



SECRETARÍA DE
SALUD



Plan Territorial de Salud Bogotá, D. C.

2020-2024

"Un nuevo contrato social y ambiental
para la Bogotá del siglo XXI"

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Bogotá, D. C., 31 de mayo de 2020

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

"Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI"

Claudia Nayibe López Hernández

Alcaldeza Mayor de Bogotá, D. C.

Alejandro Gómez López

Secretario Distrital de Salud

Juan Carlos Bolívar López

Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial

Julián Alfonso Orjuela Benavidez

Subsecretario de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía

Manuel Alfredo González Mayorga

Subsecretario de Salud Pública

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

Luis Miguel Úsuga Zamudio

Subsecretario Corporativo

Karen Cárdenas Santana

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones

Coordinación general

Juan Carlos Bolívar López

Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial

Gabriel Lozano Díaz

Dirección de Planeación Sectorial

Juan Sebastián Hoyos Castro

Líder PASE

Lucía A. Forero Rojas

Dirección de Planeación Sectorial

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Subsecretaria de Salud Pública

Guerly Alfonso López Palacios

Alejandro Castaño Vásquez

Myrian Andrea Ruiz Dionisio

Irlena Salcedo Pretelt

Lilian Maritza Núñez Forero

Ángela Andrea Portela Dussan

Henry José Forero Fernández

Gloria Patricia Villegas Rondón

Inés Marlén Esguerra Bulla

Mónica Liliana Granados Rodríguez

Equipo PASE

Blanca Inés Rodríguez Granados

Jefe de la Oficina Asesora Jurídica

Cristina de los Angeles Losada Forero

Directora de Planeación Sectorial

María Fernanda Torres Penagos

Directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

Cindy Marjory Matamoros Perdomo

Directora de Servicio a la Ciudadanía

Adriana María Ceballos Calle

Directora de Infraestructura y Tecnología

Yiyola Yamile Peña Ríos

Directora de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud

Diane Moyano Romero

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Iliana Francineth Curiel Arismendi

Directora de Salud Colectiva

Andrés José Álvarez Villegas

Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Equipo de referentes PASE

Libia Janet Ramírez Garzón

Irlena Salcedo Pretelt

Salud Ambiental

Leidy Johanna Castañeda Campos

Lilian Maritza Núñez Forero

Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Rodrigo Lopera Izasa

Angela Andrea Portela Dussan

Convivencia Social y Salud Mental

Claudia Ochoa Contreras

Henry José Forero Fernández

Seguridad Alimentaria y Nutricional

Yeimy Catherine Rodríguez Alfonso

Guerly Alfonso López Palacio

Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Lina María Pedraza Moreno

José Alexander Estepa Becerra

Alejandro Castaño Vásquez

Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Ginna Paola Sabogal

Jefe de la Oficina Asuntos Disciplinarios

Doris Marcela Díaz (e)

Directora de Calidad de Servicios de Salud

Sandra Milena Rozo Mateus

Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Martha Yolanda Ruiz Valdés

Directora de Provisión de Servicios

José Guevara Fragozo

Director de Gestión de Talento Humano

Raúl Alberto Bru Vizcaino

Director Financiero

Héctor Germán Páramo Urrea

Director de TIC

Juan Carlos Jaramillo Correa

Director de Planeación Institucional y Calidad

Edgar Bernal Hernández

Director Administrativo

Edizabett Ramírez Rodríguez

Myrian Andrea Ruiz Dionisio

Salud Pública en Emergencias y Desastres

Laura Milena Martínez Ramírez

Inés Marlén Esguerra Bulla

Salud y Ámbito Laboral

Gloria Milena Gracia Charry

Yolanda Ramírez Galeano

Gloria Patricia Villegas Rondón

Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

Consuelo Peña Aponte

Libia Esperanza Forero García

Mónica Liliana Granados Rodríguez

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Claudia Serrano Serrano

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Territorial para Gestión Integral de la Salud

José Darío Medina Palacios

Mapas

Andrea Fernanda Peña Hernández

Corrección de estilo

Carlos Arturo Betancourt González

Diseño Gráfico

Oficina Asesora de Comunicaciones

Tabla de contenido

Introducción	14
1. Antecedentes	24
1.1. Referentes estratégicos técnicos y conceptuales	25
1.1.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	25
1.1.2. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (PND "Pacto por Colombia, pacto por la equidad")	27
1.1.3. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	28
1.1.4. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)	29
1.1.5. Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres-Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres	31
1.1.6. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021	31
1.2. Lineamientos metodológicos (pase a la equidad en salud)	33
1.2.1. Primer proceso: alistamiento institucional	34
1.2.2. Segundo proceso: de ruta lógica	35
1.2.3. Tercer proceso: de gestión operativa	38
1.3. Participación en el proceso de formulación del pts	39
2. Marco normativo y enfoque teórico	44
2.1. Marco Normativo	44
2.2. Decretos y medidas adoptadas debido a la emergencia sanitaria por el covid-19	46
2.3. Enfoque teórico	48
2.3.1. Enfoque de derechos	48
2.3.2. Enfoque de determinantes sociales y ambientales	49
2.3.3. Enfoque de atención primaria en salud (APS)	52
2.3.4. Sistemas y modelos de salud	53
2.3.5. Enfoque territorial	54
2.3.6. Enfoque diferencial	54
2.3.7. Enfoque poblacional	56
3. Análisis de la situación de salud en Bogotá, D. C.	60
3.1. Estructura del territorio y de la población de Bogotá, D. C.	60

3.1.1. Estructura demográfica	65
3.2. Perfil epidemiológico de Bogotá, D. C.	70
3.2.1. Perfil de morbilidad	70
3.2.2. Perfil de mortalidad en Bogotá, D. C.	74
3.2.3. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)	80
3.2.4. Conclusiones del perfil epidemiológico de Bogotá, D. C.	82
3.2.5. Los determinantes sociales en salud en Bogotá D.C	82
4. Emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19	88
5. Resultados de la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, a las demás EAPB y a las ARL	92
6. Configuración y priorización en salud	96
6.1. Metáfora actual	97
6.2. Metáfora deseada	97
7.3. Ejes estructurantes deseados-tensiones transformadas (PASE)	98
7. Componente estratégico de mediano plazo del PTS	104
7.1. Plataforma estratégica	104
7.1.1. Misión	104
7.1.2. Visión 9	104
7.1.3. Objetivos estratégicos (desafíos priorizados)	104
7.2. Principios, enfoques y atributos	105
7.3. Propósitos, estrategias transversales y logros de ciudad	106
7.3.1. Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.	108
7.3.2. Propósito 2. Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos a la crisis climática y mitigarla	116
7.3.3. Propósito 3. Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.	118
7.3.4. Propósito 5. Construir Bogotá-Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.	119
8. Componente de inversión plurianual	126
8.1. Contexto	126
8.2. Plan plurianual de inversiones 2020-2024	128

Referencias	130
Bibliografía	136
Anexos	137

Índice de figuras

Figura 1.	Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C., 2020-2024	16
Figura 2.	Estructura del Plan de Desarrollo Bogotá, D. C., 2020-2024-marco lógico Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI	17
Figura 3.	Plan de Desarrollo 2020-2024	19
Figura 4.	Referentes del PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024	25
Figura 5.	ODS (2030)	26
Figura 6.	Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	29
Figura 7.	Modelo de Atención Integral (MAITE) MSYPS	30
Figura 8.	Dimensiones prioritarias PDSP	32
Figura 9.	Estrategia PASE a la equidad en salud	34
Figura 10.	Proceso de Alistamiento Institucional Estrategia PASE a la equidad en salud	35
Figura 11.	Proceso de la ruta lógica (momentos, pasos y actividades)	37
Figura 12.	Proceso de gestión operativa (momentos pasos y actividades)	38
Figura 13.	Modelo de los determinantes sociales de la salud	50
Figura 14.	Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital en Bogotá, D. C. (2009-2018)	73
Figura 15.	Tasa de mortalidad por grandes causas en Bogotá, D. C. (2005-2017)	74
Figura 16.	Mortalidad por neoplasias en Bogotá, D. C. (2005-2017)	75
Figura 17.	Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en Bogotá, D. C. (2005-2017)	76
Figura 18.	Casos confirmados por COVID-19 en Colombia (2020)	88
Figura 19.	Casos de COVID-19 confirmados por grupos de edad en Colombia (2020)	89
Figura 20.	Casos de COVID-19 confirmados por tipo de atención en Colombia (2020)	89

Figura 21.	Casos de COVID-19 confirmados en Bogotá, D. C. (2020)	90
Figura 22.	Casos de COVID-19 confirmados por grupos de edad en Bogotá, D. C. (2020)	91
Figura 23.	Casos de COVID-19 confirmados por tipo de atención en Bogotá, D. C. (2020)	91
Figura 24.	Configuración del territorio; metáfora actual y metáfora deseada	91
Figura 25.	Estructura del Plan de Desarrollo 2020-2024	107
Figura 26.	Propósitos del Plan de Desarrollo 2020-2024	108
Figura 27.	Participación del sector salud en el Plan de Desarrollo 2020-2024	109
Figura 28.	Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 \$ constantes de 2020	131

Índice de tablas

Tabla 1.	Distribución proporcional de la población según localidad en Bogotá, D. C. (2019)	63
Tabla 2.	Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, D. C. (2005-2010)	68
Tabla 3.	Semaforización de la mortalidad materno infantil en Bogotá vs. Colombia (2005-2017)	78
Tabla 4.	Priorización de la mortalidad general, específica y materna infantil. Bogotá, D. C. (2017)	79
Tabla 5.	Años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo en Bogotá, D. C. (2005- 2017)	80
Tabla 6.	Capacidad instalada en los servicios de salud	92
Tabla 7.	Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación (diciembre de 2018)	94
Tabla 8.	Ejes estructurantes deseados-tensiones transformadas en Bogotá, D. C.	100
Tabla 9.	Compromisos por fallos judiciales, tutelas y recobros (2016-2019) (junio; cifras en \$)	128
Tabla 10.	Financiación 2016-2020 IVC de prestadores de servicios de salud	129
Tabla 11.	Plan Plurianual de Inversiones 2016-2020 y 2020-2024	130

Índice de mapas

Mapa 1.	Población urbana y rural en Bogotá, D. C. (2016	61
Mapa 2.	Densidad poblacional por localidad en Bogotá, D. C. (2019)	64
Mapa 3.	Tasa y número de casos de mortalidad materna según localidad-UPZ (2015 y 2019)	77

Índice de Ilustraciones

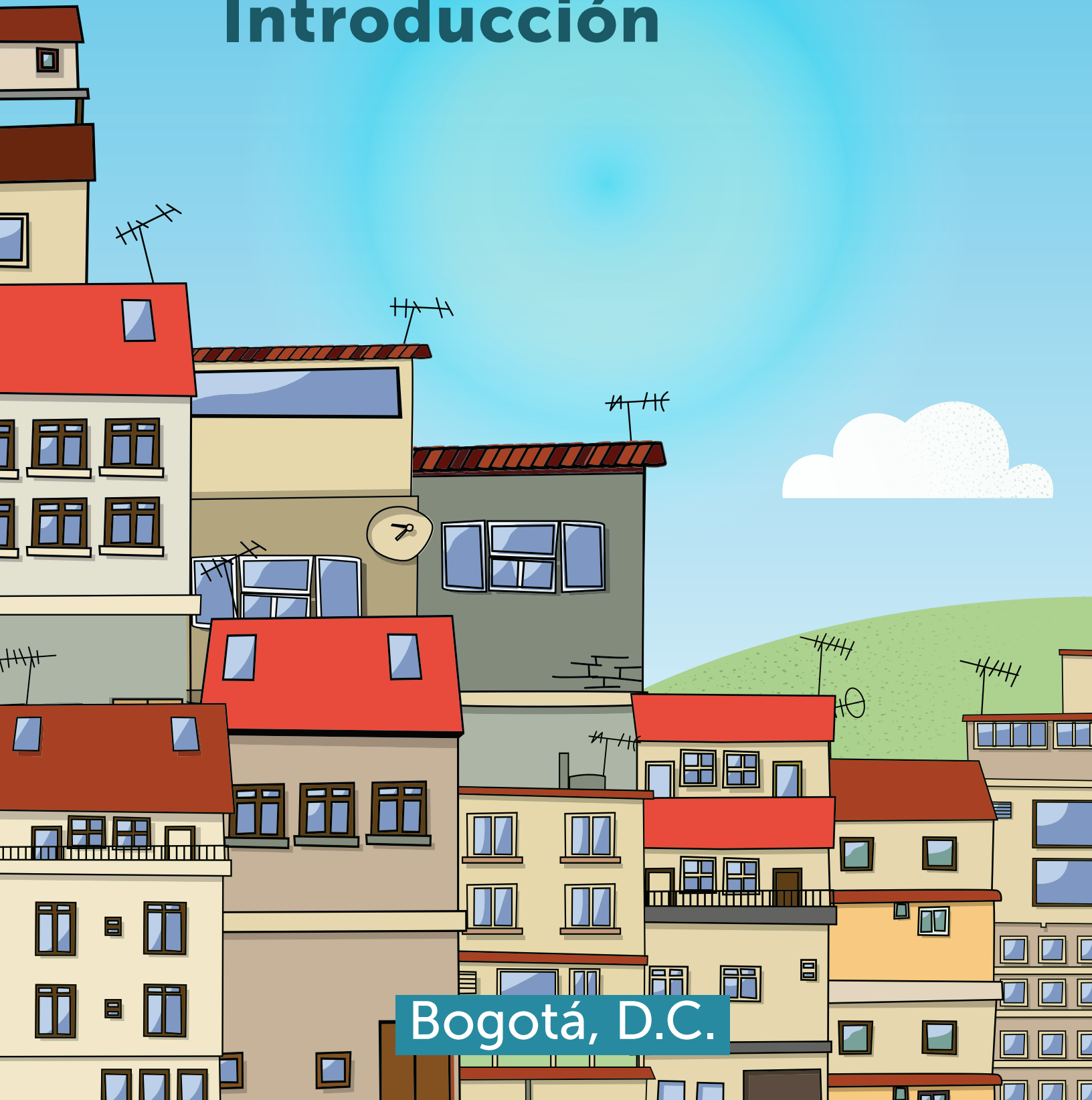
Ilustración 1.	Pirámide poblacional para Bogotá, D. C. (2005, 2019 y 2020)	66
Ilustración 2.	Pirámide poblacional de migrantes atendidos en Bogotá, D. C.	69



SECRETARÍA DE
SALUD



Introducción



Bogotá, D.C.

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 la mayor vulnerabilidad y la mayor exclusión; una ciudad cuya historia ha sido, sobre todo, 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 y que ha contado con un importante crecimiento poblacional y con un destacado fortalecimiento institucional; gracias a todo ello, la capital ha sido fuente de salud, educación, trabajo, cultura, recreación, creación y riqueza incomparables en Colombia (Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020-2023, 2019):

[...] 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 [...]” (Programa de Gobierno, 2019).

Claudia López Hernández

Bogotá, D. C., 26 de agosto de 2019

En el Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C. para el periodo constitucional comprendido entre el 1 de junio de 2020 y el 31 de mayo de 2024, y denominado Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI, se propone a los bogotanos, como soporte y eje central de esta administración, avanzar bajo la sombrilla de un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI, visto como un acuerdo entre el mercado, el Estado y la ciudadanía para cuidar a quienes están más desprotegidos; sobre todo, las mujeres, los niños, los jóvenes, los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad, de discriminación o de exclusión, sobre la base de la cooperación de la ciudadanía, la convivencia y el entendimiento mutuo, el trabajo en equipo, la confianza y la legitimidad para con sus autoridades y la inclusión social, productiva y política, con todo lo cual se transforme a Bogotá, D. C., convirtiéndola en una ciudad más cuidadora, incluyente, sostenible y consciente y en ejemplo nacional y global de cultura ciudadana y desarrollo humano, incluyente y sostenible, como se muestra en el anexo 1.

Lea propuesta es recuperar la pérdida económica y social derivada de la emergencia por el COVID-19 capitalizando los aprendizajes y los canales de solidaridad, redistribución y reactivación económica creados para atender y mitigar los efectos de la pandemia, y de esta forma construir con la ciudadanía una Bogotá, D. C., donde los derechos de los más vulnerables sean garantizados; también, a sentar las bases para la integración de Bogotá, D. C., con los municipios y los 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, de participación ciudadana y territorial, que soportan la gestión y la respuesta estatal y determinan la manera como desde la administración se comprenden y se atienden las realidades de quienes habitan el Distrito Capital y su región.

De igual forma, se plantea para todos los capitalinos 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, lo económico y lo ambiental para la ciudad y la región. Además, en el Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C., se proponen la adaptación y la mitigación de la crisis climática, el cuidado de la estructura ecológica principal y de todas las formas de vida, así como la reducción de la contaminación ambiental, junto con una ciudad libre de violencias contra las mujeres, el racismo, el clasismo, la homofobia y la xenofobia, para hacer de Bogotá, D. C., un buen lugar para vivir.

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 todos podemos vivir sin miedo, una ciudad cuidadora; una ciudad incluyente, en la que hay oportunidades para que cada cual 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, así mismo, de su capacidad para ejercer sus derechos y sus 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; es decir, una ciudad consciente.

El Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C., 2020-2024 se estructura en cinco

propósitos de ciudad, integrados a la visión 2024 de mediano plazo del plan y en 30 logros de ciudad propuestos con metas trazadoras, para que, en conjunto, Bogotá sea un ejemplo global de cumplimiento de los 17 ODS en 2030. Así mismo, contiene 17 programas estratégicos con metas estratégicas y 57 programas generales con metas sectoriales. El plan ha sido diseñado con una visión local, regional, nacional y global; le apuesta a sentar las bases para la integración de Bogotá con los municipios y los departamentos vecinos, a través de la creación de la Región Metropolitana Bogotá-Cundinamarca y de un POT con visión regional, así como con un sistema de movilidad basado en una red de metro regional. Todo ello se expresa en la figura 1.

Figura 1. Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C. 2020-2024

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



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (proyecto de acuerdo radicado al CTP)

Tal y como lo establece el Acuerdo del Concejo de Bogotá, D. C., por medio del que se adopta el Plan de Desarrollo Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024,

“[...] el objetivo de esta estructura es lograr que todos los sectores trabajen para los grandes propósitos y logros de la ciudad en el corto y largo plazo, y no que la ciudad trabaje para la lógica fragmentada de cada sector [...] (Acuerdo Distrital 761 de 2020, Artículo 3ro.)

² Concejo de Bogotá D.C., Alcaldía mayor de Bogotá D.C., Acuerdo 761 de 2020 “Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 “Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI”, Artículo 3ro. Expedido en Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de junio del año 2020, Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93649>. Fecha de consulta Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020.

Los cinco propósitos estratégicos del plan son: 1) hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para incrementar la inclusión social, productiva y política; 2) cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática; 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 multimodal, incluyente y sostenible, y 5) construir Bogotá-Región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Estructura del Plan de Desarrollo Bogotá, D. C. 2020-2024-marco lógico un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI



Fuente: Acuerdo del Concejo de Bogotá, D. C., por medio del cual se Adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI"

La cultura ciudadana, enfoque 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 de un sistema democrático y de participación le hacen cumplir a su gobierno y a sus 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" (Claudia Nayibe López Hernández y Equipo Programático. "Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020 – 2023", Página 8, Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020. A este enfoque se suman la vocación de servicio y liderazgo público, la ética, la transparencia y la rendición de cuentas, la inteligencia y la acción colectiva, la corresponsabilidad, la interdependencia y la integración, como principios que guiarán el ejercicio del servicio público del gobierno distrital, y que caracterizarán la relación público-privada y el quehacer de cada una de las entidades que conforman la administración distrital.

El PTS 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, sus logros de ciudad y sus programas. En particular el plan contribuye con el Propósito 1: "Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política"; así lo hace participando en los programas generales Sistema Distrital de Cuidado y Salud para la vida y el bienestar y, además, liderando los programas Prevención y cambios para mejorar la salud de la población, Mejora de la gestión de instituciones de salud y Salud y bienestar para niñas y niños. De esta manera, el sector salud tiene bajo su responsabilidad el liderazgo del 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".

Por otra parte, el plan aporta al Propósito 2: "Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática", y contribuye con acciones del sector salud al programa Manejo y prevención de contaminación. Cooperar, además, 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, así mismo, en el Propósito 5: "Construir Bogotá-región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente" apoyando los programas generales Gobierno abierto, Transformación digital y gestión de TIC para un territorio inteligente y Gestión pública efectiva, como se resume en la figura 3.

³ Claudia Nayibe López Hernández y Equipo Programático. "Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020 – 2023", Página 8, Ficha registro de ISBN No Radicado 334252 Colaboradores y Autor(es) Compilador Equipo Programático Diseñadora Manuelita Samudio Fotógrafo Christian Martínez Fecha de aparición: 2019-08-26 Bogotá, Colombia. Disponible en: file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%C3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20 COMUNICACIONES/programadegobiernoclaudialopez.pdf. Fecha de consulta Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020.

Propósitos		Logros de ciudad		Programas estratégicos		Programas generales	
1	Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política	3	Implementar el sistema distrital de cuidado y la estrategia de la 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 los ámbitos distrital y lo 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 los ámbitos distrital y local.	3	Sistema distrital de cuidado.	6	Sistema distrital del cuidado.
		4	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.	3	Sistema distrital de cuidado.	9	Prevención y cambios para mejorar la salud de la población.
				1	Oportunidades de educación, salud y cultura para mujeres, jóvenes, niños y adolescentes.	7	Mejora de la gestión de instituciones de salud.
				11	Salud y bienestar para niños.		
2	Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos y mitigar la crisis climática.	18	Reducir la contaminación ambiental atmosférica, visual y auditiva y el impacto en morbilidad y mortalidad por esos factores.	7	Cuidado y mantenimiento del ambiente construido.	35	Manejo y prevención de la contaminación.
3	Inspirar confianza y legitimidad para vivir sin miedo y ser epicentro de cultura ciudadana, paz y reconciliación.	21	Posicionar a Bogotá-Región como el epicentro de paz y reconciliación del país, Incluyendo un PDET rural en Sumapaz y un PDET urbano con Soacha.	12	Paz y víctimas.	39	Bogotá territorio de paz y atención integral a las víctimas del conflicto armado.
		22	Reducir la aceptación cultural e institucional del machismo y las violencias contra las mujeres, así como del racismo, el clasismo, la homofobia y la xenofobia.	11	Prevención de violencias de género y reducción de discriminaciones.	41	Sin machismo ni violencia contra las mujeres y los niños.
5	Construir Bogotá-región con gobierno abierto, transparente y ciudadanía consciente.	27	Posicionar al GABO como una nueva forma de gobernanza que reduce el riesgo de corrupción e incrementa el control ciudadano del gobierno.	15	Gestión pública efectiva, abierta y transparente.	51	Gobierno abierto.
		29	Posicionar globalmente a Bogotá como territorio inteligente (Smart city).	16	Bogotá ciudad inteligente.	54	Transformación digital y gestión de TIC para un territorio inteligente.
		39	Incrementar la efectividad de la gestión pública distrital y local.	15	Gestión pública efectiva, abierta y transparente.	56	Gestión pública efectiva.

La propuesta del sector salud para el cuatrienio parte de reconocer que, si bien en materia de salud en 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, como se muestra en el 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 casos, cobran vidas de 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 o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como por enfermedades infecciosas y eventos relacionados con la salud mental, la malnutrición, la drogadicción, las violencias, los embarazos en adolescentes y los eventos asociados a la salud sexual y reproductiva.

El eje central de la propuesta consiste en avanzar hacia la consolidación de un modelo de salud para Bogotá, D. C., basado en APS y en el enfoque de determinantes sociales con perspectiva poblacional, territorial, de cultura ciudadana, diferencial, participativa diversa e incluyente, con equipos de salud resolutivos; también, avanzando hacia un sistema de salud sistematizado y automatizado en línea con sus procesos misionales y administrativos; con una infraestructura hospitalaria pública suficiente, eficiente y moderna para la atención de los bogotanos; con un recurso humano comprometido y dignificado con vinculación estable; con un sector salud que cumpla con las competencias de ley, y que reduce la morbilidad y la mortalidad evitables y mejora las condiciones de vida de la población de Bogotá, D. C. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad y la conformación de equipos de atención territorial interdisciplinarios que aborden las unidades de planeación zonal (UPZ) de la ciudad focalizando la población por índice de pobreza multidimensional e incluyendo una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y a las personas en condición de discapacidad

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. (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, Artículo 20, Página 7 de 14)

Desde el proceso mismo de inicio de alistamiento institucional de la metodología PASE a la equidad en salud, se contó con la 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 (uno por cada subred y otro en la Localidad de Sumapaz), consulta y diálogo 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 PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024, durante el primer semestre de 2020 se presentaron hechos que perturbaron de forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, y que constituyeron una grave calamidad pública y obligaron a la nación y al Distrito Capital a declarar el estado de emergencia. Esto se hizo con fundamento en la declaración del brote de enfermedad por COVID-19 como pandemia, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2020, lo cual se sustentó, esencialmente, en la velocidad de su propagación y la escala de su transmisión. Para esa fecha se habían notificado cerca de 125.000 casos de contagio en 118 países, y a lo largo de las dos semanas anteriores el número de casos notificados fuera de la República Popular China se había multiplicado 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, la confinación, el aislamiento y el monitoreo de los posibles casos y el 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. (OMS, 2020)

Por lo anterior, la entidad hizo un llamado a los países afectados para que adoptaran una estrategia de contención.

El estado de emergencia que viven 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, las clases sociales, los niveles de la administración y los ámbitos de la vida diaria. El COVID-19 obliga a la nación, a las entidades territoriales y al Distrito Capital a adoptar medidas con el fin de 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; también, la suspensión de los eventos con aforo de más de 50 personas, la adopción de medidas higiénicas en los espacios o las superficies de contagio y las medidas de salubridad que faciliten el acceso de la población a sus servicios higiénicos en establecimientos comerciales y mercados, así como de sus trabajadores, como se muestra en el anexo 3.

El documento está conformado por once apartes: 1) 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 esta se desarrolla; 2) los antecedentes, en los cuales se visibilizan los referentes obligatorios a escala internacional, nacional y local, junto con la metodología y los principios rectores; 3) el sustento normativo y el enfoque teórico; 4) el análisis de la situación de salud (ASIS) en Bogotá, D. C.; 5) la emergencia sanitaria por COVID-19; 6) los resultados de la priorización de la caracterización de la población afiliada a las entidades promotoras de salud (EPS), a las demás entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y a las administradoras de riesgos laborales (ARL); 7) la configuración y la priorización en salud; 8) la orientación estratégica del plan; 9) el componente de inversión plurianual; 10) bibliografía, y 11) anexos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



1. Antecedentes

Bogotá, D.C.

1. Antecedentes

Al constituirse el PTS 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. Dichas disposiciones se hallan contenidas dentro del marco regulatorio expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y los demás organismos competentes, ante todo, durante la última década. En esos lineamientos, además, se reconocen y se incorporan disposiciones y acuerdos de orden internacional; entre ellos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), denominados hoy ODS.

En el PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024, por otra parte, se reconocen las directrices expedidas por la nación en materia de metodologías, guías e instrumentos de formulación, tal y como fueron expedidos en su oportunidad por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y por el Ministerio de Salud y Protección Social en el “Kit de Planeación Territorial-Kit Planes de Desarrollo Territorial en Salud”; así como, los lineamientos expedidos en el contexto del marco regulatorio y estratégico del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, entre otros, en la Ley 1438 de 2011 y en la Resolución 1841 de 2013, así:

“2.1. Plan Decenal de Salud Pública PDSP. 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). (Departamento Nacional de Planeación [DNP] y MinSalud, 2019)

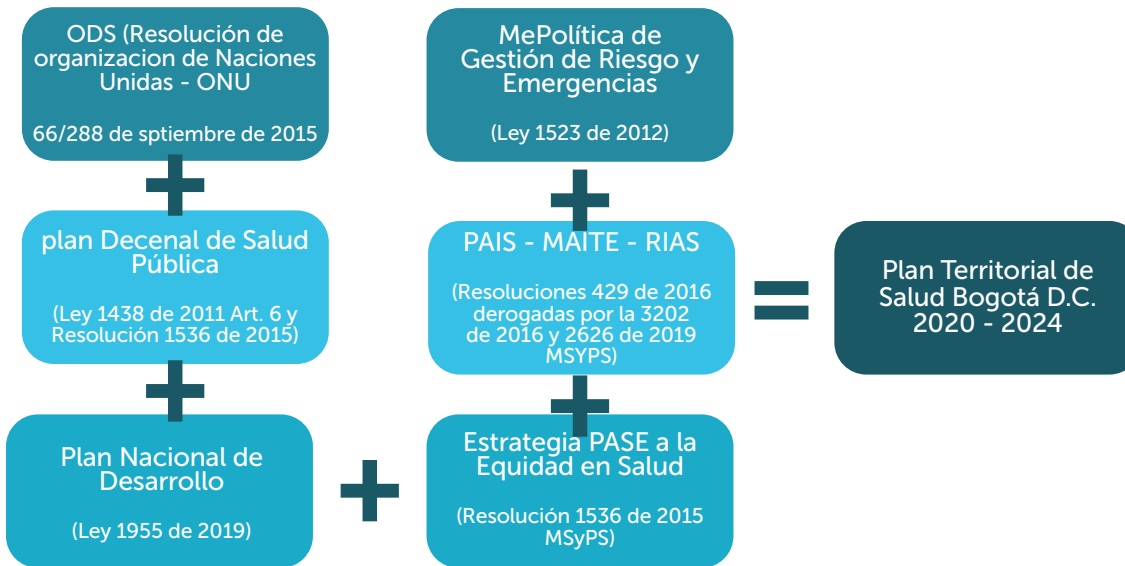
Enseguida se presentan los referentes estratégicos, técnicos, metodológicos y conceptuales en los cuales se sustenta la construcción del PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024, conforme a lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley 152 de 1994 Orgánica del Plan de Desarrollo Nacional:

[...] 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...” (Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Estratégicos KIT Planes de Desarrollo Territorial, 2019 Página 7 de 33).

1.1. Referentes estratégicos técnicos y conceptuales

El PTS 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 PND adoptado mediante Ley 1955 de 2019; la Política de Gestión de Riesgos y Emergencias de la Ley 1523 de 2012, y los acuerdos celebrados por el país con la Organización de la Naciones Unidas (ONU) en torno a los ODS, como se muestra en la figura 4.

Figura 4. Referentes del PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024



Fuente: Subsecretaría de Servicios en Salud y Aseguramiento-Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

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

1.1.1. 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 ONU. Los ODS constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población desde un enfoque capaz de integrar todas las dimensiones del desarrollo; además, constituyen un elemento integrador de las agendas que en la actualidad adelanta la nación en materia de desarrollo, así como el marco que permite alinear de manera coherente acciones tanto públicas como privadas en torno a un objetivo común (DNP, 2018).

El Gobierno nacional, a través del documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (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 impulsadas por otros actores que se posicionan como relevantes en el momento de definir las metas del país para 2030 (DNP, 2018). En tal sentido, el sector salud en Bogotá incluye en su agenda de gobierno los compromisos de los ODS en materia de salud.

Específicamente, se toman en cuenta los aportes que desde el sector se despliegan para los ODS 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 13 y 16, así: 1) erradicar la pobreza en todas sus formas; 2) poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición; 3) garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades; 5) alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas; 6) garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos; 8) fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible; 9) desarrollar infraestructuras resilientes y fomentar la innovación; 11) conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos; 13) tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos, y 16) promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas, como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), 2030



Fuente: ONU

1.1.2. PND 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”

En el 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, se incluyen estrategias concretas, cuyos objetivos primordiales en la materia apuntan a: 1) fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema, tanto en el ámbito central como en el territorio; 2) definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos; 3) articular a todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; 4) lograr más infraestructura y más dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y a la calidad; 5) formular acuerdos para el reconocimiento, la formación y el empleo de calidad para los trabajadores de la salud, y 6) 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 promover la salud y prevenir 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: del embarazo adolescente y de las uniones tempranas; de los siniestros viales; de las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas; de la malnutrición; de neoplasias; de problemas y trastornos mentales; de la violencia intrafamiliar; del consumo de sustancias psicoactivas y de la violencia.

El sector salud también está llamado a trabajar articuladamente en pro de pactos y de líneas específicas: 1) el Pacto por la legalidad, línea “Imperio de la ley y convivencia pacífica: Justicia accesible, oportuna y en toda Colombia, para todos”, y de manera específica, en el componente de prevención del consumo de sustancias psicoactivas; 2) Pacto por la construcción de paz, línea “Reparación: Colombia atiende y repara a las víctimas”, así como en el componente promoción de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de las violencias sexuales; 3) 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”; 4) Pacto por la equidad de oportunidades para grupos indígenas, negros, afros, raizales, palanqueros y Rrom”; 5) Pacto por la inclusión de las personas con discapacidad”, y 6) Pacto por la sostenibilidad, línea “Sectores comprometidos con la sostenibilidad y la mitigación del cambio climático (calidad de aire, agua y suelo)”.

El MSPS incluyó en su nueva plataforma estratégica la orientación para construir un sistema con mayor equidad, centrado en las personas. Para enfrentar este reto, propuso enfocar sus acciones en cinco ejes orientadores: 1) visión de largo plazo; 2) calidad; 3) salud pública; 4) talento humano en salud, y 5) sostenibilidad. Todo lo anterior, con el fin de alcanzar la triple meta: 1) mejorar el estado de salud de los colombianos; 2) Responder a las expectativas de la población, y 3) promover la sostenibilidad financiera.

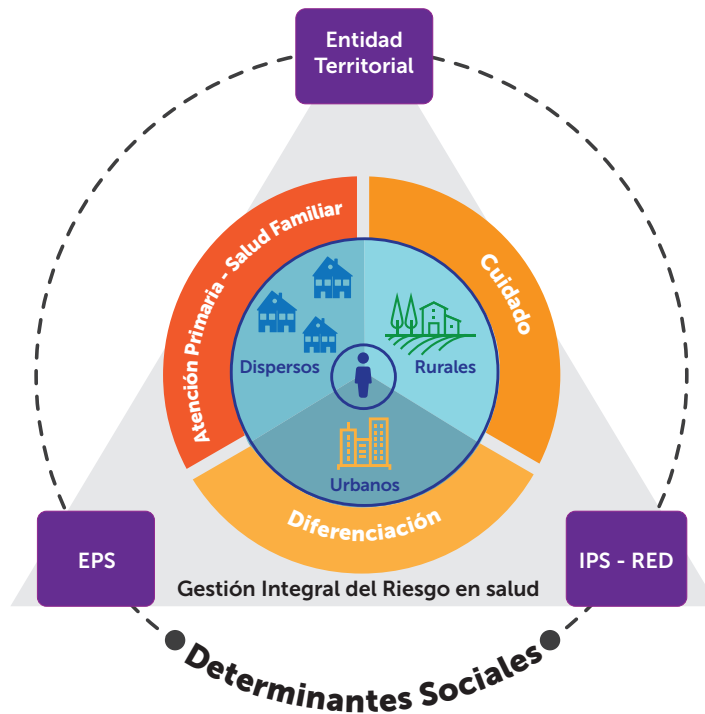
1.1.3. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

En la Resolución 2626 de 2019, que deroga la Resolución 429 de 2016, el MSPS expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con la cual atiende a la naturaleza y el 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, para así generar un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades y los intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS es generar las mejores condiciones posibles de la salud a la población regulando la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la 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 corresponden al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y acoge la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y las poblaciones. Dichas estrategias permiten la articulación y la armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y los programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, las familias y las comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, los cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales, como se muestra en la figura 6.

La política integra los componentes estratégico y operacional. El componente operacional se corresponde con el MIAS, denominado hoy Modelo de Atención (MAITE). El MIAS reúne diez componentes: 1). Caracterización de la población; 2). Regulación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) ; 3). Implementación de la gestión integral del riesgo en salud; 4). Delimitación territorial en los ámbitos urbanos, con alta ruralidad y disperso; 5). Redes integrales de prestadores de servicios de salud, 6). Definición del rol del asegurador; 7). Redefinición del esquema de incentivos; 8). Fortalecimiento del recurso humano en salud; 9). Requerimientos y procesos del Sistema de Información e Innovación y 10). Investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Figura 6. Política de Atención Integral en Salud (PAIS)



Fuente: MSPS (2016)

El Distrito Capital ha avanzado en la definición de las fases para la gestión en la implementación del MIAS; en la elaboración del plan de alistamiento y del plan de acción para la implementación del MIAS en Bogotá, D. C.; en el seguimiento y el cierre al cumplimiento del plan de alistamiento; en el seguimiento del cumplimiento del plan de acción en la implementación del MIAS en Bogotá, D. C.; en la evaluación de la implementación del MIAS en Bogotá, D. C.; en la incorporación de MIAS a MAITE, y en la propuesta de Plan de Acción desde MAITE con la incorporación de los avances del MIAS.

1.1.4. Modelo de Atención Integral Territorial MAITE

Como parte de los avances en instrumentos estratégicos de política pública en salud, como la PAIS, desde diciembre de 2018 el MSPS comenzó el diseño del MAITE. Este surge como una herramienta complementaria de la gestión territorial en salud que permite apoyar la identificación, la priorización y la 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 ocho 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, como se muestra en la figura 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, y que aplican según sus competencias.

Figura 7. MAITE. MSYPS



Fuente: MSPS

La Resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019, por la cual se modifica la PAIS y se adopta el 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 la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o el 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 público y privado y las organizaciones sociales o comunitarias, en torno a la atención integral en salud de las personas, las familias y las comunidades, a partir de sus prioridades y sus expectativas, entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva, para su abordaje, un accionar que sobrepasa los alcances del sector.

Con esta perspectiva, el MAITE basa su operación y los resultados de esta 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 las respuestas en salud acordes a cada contexto; 3) define un acompañamiento permanente del MSPS frente a las prioridades que se gestionan a través del plan de acción; 4) la asistencia técnica territorial se focaliza en las necesidades de los territorios y responde a ellas, y 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 se perfila como un instrumento sencillo y práctico para conectar y articular a todas las entidades y los agentes que forman parte de la política de salud en Colombia. Su objetivo principal es fortalecer la autoridad sanitaria territorial, de forma que muy pronto se pueda ver un mejor desempeño del sistema de salud.

Así, se centrará, primero, en dar prelación a las acciones conjuntas entre el Gobierno central y los territorios por cada línea de acción y a partir de las necesidades particulares de las regiones; segundo, en la asistencia técnica enfocada en las prioridades; y tercero, en el trabajo colaborativo y la cercanía a los territorios, por medio de "líderes MAITE" que entrarán en diálogo directo

con los actores e identificarán los aspectos que deben ser atendidos en el corto plazo y que se harán realidad mediante compromisos interinstitucionales y comunitarios.

1.1.5. Política nacional de gestión del riesgo de desastres-Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres

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 de que las autoridades departamentales, distritales y municipales formulen una estrategia y un plan para responder 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 el alcalde en un plazo no mayor a 90 días. Por lo anterior, es necesario considerar el Plan Municipal de Gestión de Riesgo de Desastres 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, de la prestación de servicios y de la salud pública, según lo dispuesto en la Ley 715 de 2001 y las demás normas relacionadas.

Dentro de este contexto, el sector salud se convierte en un protagonista principal en la respuesta efectiva que debe generarse en los planes territoriales de gestión del riesgo de desastres, así como en las estrategias territoriales de respuesta a emergencias, con acciones definidas dentro del marco de sus competencias, articuladas a los otros sectores, y buscando, en todo caso, lo necesario para garantizar, en la medida que se requieran, acciones coordinadas, concurrentes o subsidiarias entre los distintos 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) como en el POT, en el PTS y en los instrumentos de planificación.

1.1.6. PDSP 2012-2021

En el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 se origina el PDSP, 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 PDSP 2012-2021, formulado por el MSPS, 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, y 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

Uno de los mayores desafíos del PDSP2012-2021 es el 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

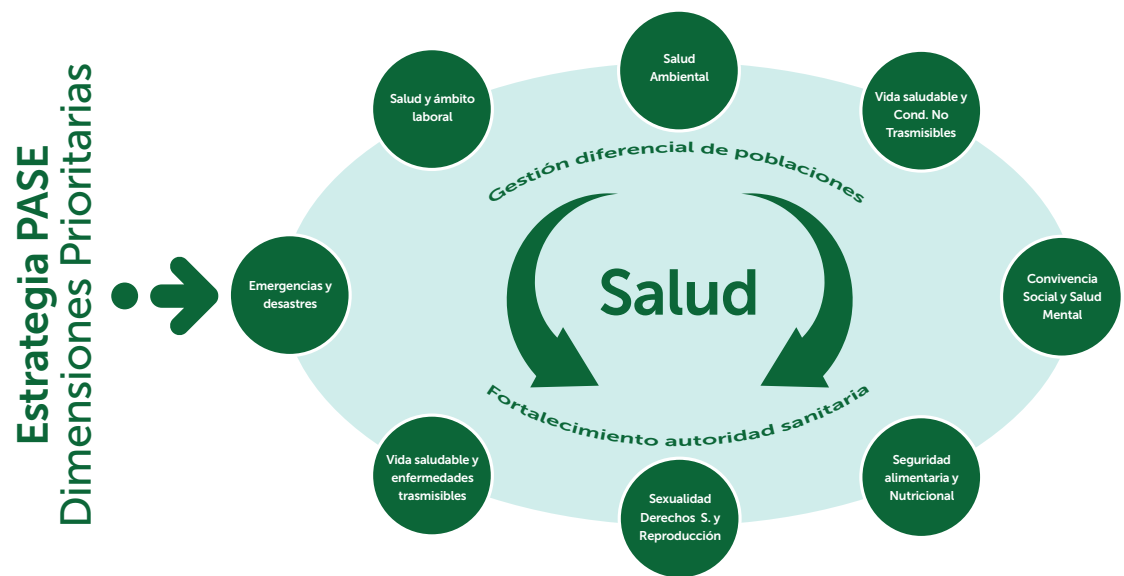
entorno y con la sociedad, a fin de acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Así, el PDSP se basa en el modelo de determinantes de la salud y en los enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional. Incluye diez prioridades de salud pública, de las cuales ocho son prioritarias, y dos, transversales, como se muestra en la figura 8.

Entre los principales componentes para tener en cuenta está el PDSP, en el cual, según la Resolución 1841 de 2013, se establece que “[...] 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).

Figura 8. Dimensiones Prioritarias del PDSP



Fuente: MSPS

Al expedir la Resolución 1536 de 2015, el MSPS determinó los aspectos generales de la planeación en salud y definió los contenidos, las etapas, la metodología y los demás lineamientos para el proceso de planeación integral en salud en las entidades territoriales. En ese 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”. (Art. 2)

1.2. 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 PDSP 2012-2021, el MSPS entregó a los departamentos, los municipios y los distritos, incluida Bogotá, D. C., los lineamientos conceptuales y metodológicos para la construcción de los PTS y los planes operativos anuales de inversiones en su componente operativo anual de inversiones en salud (COAI); para ello, dichas entidades debieron adoptar la estrategia PASE a la 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. Desinféctalas

Conforme a los lineamientos conceptuales y técnicos y las guías operativas publicadas por el MSPS, 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” (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) “Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud” - Lineamientos conceptuales, página 9 de 219).

La estrategia, además, 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 entretajan de manera armónica, para garantizar así la formulación integral de los PTS de los departamentos y los distritos del país, incluida la capital de la república, y permitiendo, como parte del proceso, un balance de tensiones e interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas, vistas todas ellas como categorías que determinan el estado de salud de la población e inciden en este.

Dentro del contexto descrito, 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 del PTS para Bogotá, D. C., para el periodo administrativo 2020-2024, acorde con lo establecido en los artículos 20, 21, 24, 30 y 35 de la Resolución del MSPS 1536 de 2015, 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’.

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.

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.

En desarrollo de la aplicación de esta metodología para la formulación del PTS para Bogotá, D. C., se siguió una secuencia lógica, sistemática y ordenada que contempló tres procesos: 1) alistamiento institucional; 2) ruta lógica, y 3) gestión operativa; así mismo, seis momentos: 1) organización; 2) dinamización; 3) identificación; 4) comprensión; 5) respuesta, y 6) programación; también, 17 pasos y 39 actividades. Se consultaron, de igual forma, los instrumentos técnicos que soportan la metodología (MinSalud, et al., 2014), como se muestra en la figura 9.

Figura 9. Estrategia PASE a la Equidad en Salud



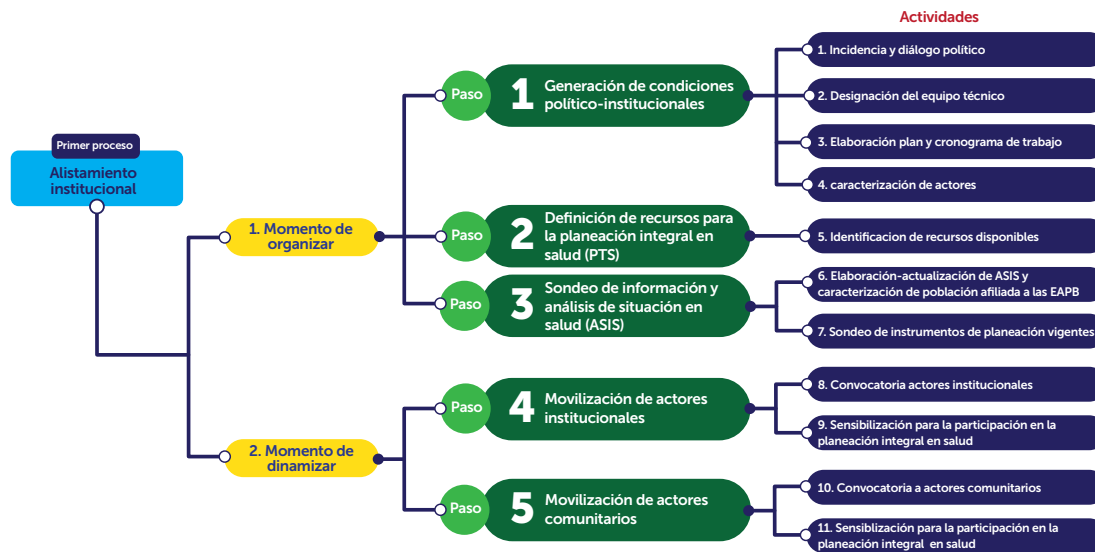
Fuente: MSPS, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidad (UNFPA).

El componente pedagógico se basó en aprendizajes colaborativos, participativos, no jerárquicos, donde todos, desde su saber y conocimiento, aportaron a la comprensión del territorio y sus condiciones y a la visión de desarrollo de este. El primer proceso fue de alistamiento institucional, en los momentos de organización y dinamización, y el segundo proceso, de ruta lógica, en los momentos de identificación y de comprensión, hasta el paso proyección de tensiones. Si no se intervienen ni se priorizan para la comprensión, se realizan de manera participativa desde el segundo semestre de 2019.

1.2.1. Primer proceso: alistamiento institucional

El proceso incorpora dos momentos: 1) organización y 2) dinamización. Se generan condiciones institucionales para la conformación de equipos territoriales; se lleva a cabo el levantamiento de la información disponible y se avanza con el ASIS; se definen recursos; se identifican, se organizan y se motiva a los actores institucionales del sector salud, de otros sectores, de sociedades científicas y de agremiaciones, así como a actores comunitarios, y se define el plan de trabajo, como se muestra en la figura 10.

Figura 10. Proceso de alistamiento institucional, estrategia PASE a la Equidad en Salud



Fuente: MSPS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.

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

Participaron en la formulación del PTS 2020-2024 delegados de la administración central y descentralizada de los sectores: 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).

1.2.2. Segundo proceso: de ruta lógica

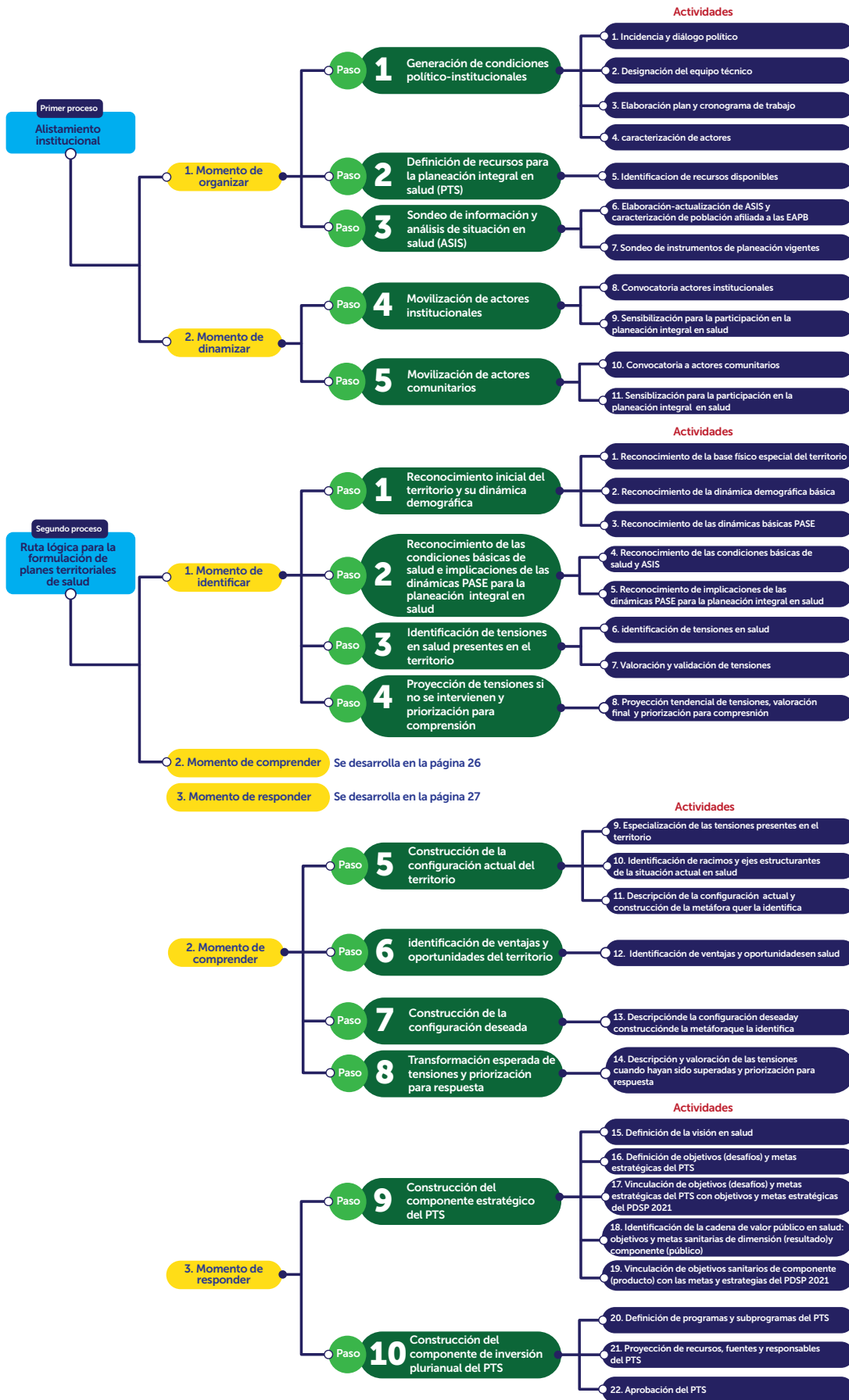
El proceso de ruta lógica convoca tres momentos: 1) identificación; 2) comprensión, y 3) respuesta. A su vez, el momento de identificación incorpora cuatro pasos: 1) reconocimiento inicial del territorio y de su dinámica demográfica; 2) reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicación de las dinámicas PASE para la planeación en salud; 3) identificación de tensiones en salud presentes en el territorio, y 4) proyección de tensiones en un escenario en el cual se deja la situación tal como está; es decir, se trata de visibilizar qué pasaría si no se realizan acciones o intervenciones para su transformación. El segundo momento se desarrolla en cuatro pasos: 1) construcción de la configuración actual del territorio; 2) identificación de ventajas y oportunidades del territorio; 3) construcción de la configuración deseada, y 4) transformación esperada de tensiones, como se muestra en la figura 11.

El proceso de respuesta se llevó a cabo en dos momentos: 1) construcción del componente estratégico y del plan de inversiones, y 2) definición de

mecanismos para la implementación, el monitoreo y la evaluación del PTS para Bogotá, D. C., 2016-2020. En desarrollo del proceso de ruta lógica se llevó a cabo un trabajo conjunto con los demás sectores de la administración distrital para el reconocimiento del territorio desde lo físico-espacial, la demografía, las condiciones básicas de salud, el reconocimiento de las dinámicas PASE y su interacción, las implicaciones y las tensiones propias de estas en el estado de salud de la población, dados los desequilibrios y las interacciones entre ellas, su valoración y su priorización, para comprender el territorio actual y proyectar su transformación.

Esta comprensión y esta priorización permiten definir elementos fundamentales del PTS desde lo estratégico, lo táctico y lo operativo, en términos de objetivos, metas y estrategias, de definición de prioridades en salud pública, de intervenciones y de recursos para su aprobación. Así mismo, permite avanzar en la identificación y la 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 1-8 del MSPS. Finalmente, la formulación del PTS 2020-2024 se enriquece con la participación de la comunidad y de las sociedades científicas, y así se logra llegar a consensos, a agendas comunes y a acuerdos de gestión.

Figura 11. Proceso de la ruta lógica (momentos, pasos y actividades)



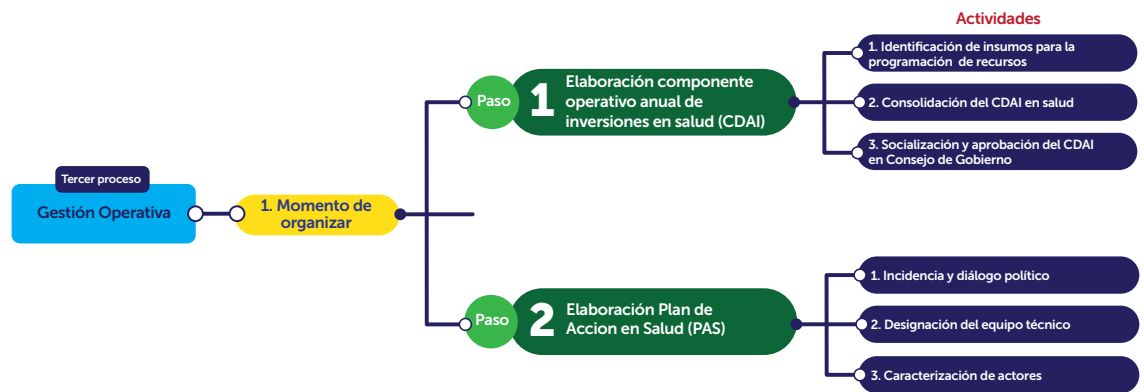
Fuente: MSPS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.

1.2.3. Tercer proceso: de gestión operativa

Incorpora el componente operativo y de programación de las inversiones del sector salud para el periodo 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 años del periodo administrativo en relación con los proyectos de inversión que contribuirán a la ejecución de las metas formuladas en el PTS 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: 1) plan de desarrollo; 2) proyectos inscritos y viabilizados en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión; 3) componente estratégico del PTS (metas y estrategias por prioridad y programas o subprogramas de inversión), y 4) plan financiero de salud de Bogotá, D. C., para salud, como se muestra en la figura 12.

En desarrollo de este proceso se identifican y se 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 PTS 2020-2024 y se somete a aprobación por parte de la autoridad competente en la entidad territorial para, posteriormente, llevar a cabo su implementación, su monitoreo y su evaluación. Comprende también la ejecución de dos pasos que culminan con la elaboración del componente operativo anual de inversiones (COAI) y del plan de acción en salud (PAS) para todas y cada una de las vigencias fiscales que integran el periodo 2020-2024.

Figura 12. Proceso de gestión operativa (momentos, pasos y actividades)



Fuente: MSPS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.

1.3. 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 MSPS expidió la Política de Participación Social en Salud, mediante la 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" . (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 002063 de junio 9 de 2017 por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS), Artículo 1ro. Página 39 Documento Técnico.

En ese sentido, en el artículo 4 de la resolución 1536 de 2015 el mismo 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"; una línea de acción que resulta coherente con los artículos 3 y 16 de la Ley 152 de 1994, en la cual se establece, a su vez, la participación como uno de los principios fundamentales del proceso de planeación, acorde con lo establecido por el mencionado 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, sus compromisos, sus momentos y el 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 y 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 a esta última promover y tramitar causas o iniciativas locales en torno a las decisiones que la 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, la implantación y el control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Por eso, como parte de la construcción del PTS 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 de la 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., a la formulación conjunta del Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C., 2020-2024, espacio en el que 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 dicho 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. Por otra parte, en desarrollo del proceso de formulación del proceso de construcción del PTS para Bogotá, D. C., en 2020 se realizaron 15 sesiones de trabajo en equipo con la comunidad, la academia, la Gobernación de Cundinamarca, Mesa Saludable, Mesa de Salud Mental y 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 y 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 SDS 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, visitaron la SDS 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 (INS). En total, se dio la participación de 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 4 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, el fortalecimiento de hospitales, los servicios de urgencias, la atención a migrantes y la evolución de Saludata como observatorio de salud de Bogotá-Región; además, se plantearon 40 desafíos en salud. La SDS, el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (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 empezaron a definir 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 de los sectores público y privado, trabajó en la formulación del Decreto Distrital de Alimentación Saludable, como se muestra en el anexo 4.



Participa del primer espacio

Formulemos juntos el Plan de Desarrollo de Bogotá 2020-2024

escucharte

y aporta tus ideas para construir una Bogotá cuidadora, sostenible, incluyente, productiva y creativa

Inscríbete aquí

ALCALDÍA MAJOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ





2. Marco normativo y enfoque teórico

Bogotá, D.C.

2. Marco normativo y enfoque teórico

2.1. Marco normativo

El sector salud cuenta hoy con un marco regulatorio muy extenso y complejo, 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, como se muestra en el anexo 5. Acorde con la jerarquía establecida en la pirámide de Hans Kelsen (1908) Y Galindo Sosa (2018), 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, se 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. (Constitución, 1991)

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 SDS, 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 Constitución, 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 determinan el alcance, los contenidos, la estructura, las autoridades y los organismos de planeación en los ámbitos 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, los cronogramas, las autoridades, las instancias y los criterios para los planes de desarrollo nacionales y territoriales.

La planeación en salud se reglamenta en el Título II, artículo 6, de la Ley 1438 de 2011, por medio de la que se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En dicho artículo se determina la obligatoriedad

de que el Ministerio de la Protección Social elaborare el PDSP a través de un proceso amplio de participación social dentro del marco de la estrategia de APS, y en el cual deben confluír 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 MSPS establece la obligatoriedad de que los entes territoriales, incluida Bogotá, D. C., implementen, ejecuten y realicen monitoreo y evaluación del PDSP 2012-2021, de acuerdo con la metodología PASE a la Equidad en Salud.

Por 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, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesionales. La Corte Constitucional de Colombia en Sentencia T-092/18, 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 la Ley Estatutaria, bajo la indelegable dirección, la supervisión, la organización, la regulación, la coordinación y el control del Estado, y este es responsable de hacer 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, de obligatorio cumplimiento para los actores del SGSSS, y se la organiza bajo los enfoques de la APS, la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas, y los enfoques poblacional y diferencial, teniendo en cuenta los componentes relativos a las RIAS, para la promoción y el 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 y el desarrollo de incentivos en salud, así como la definición de requerimientos de información para su seguimiento y su evaluación.

En la Resolución 2626 de 2019, el MSPS modifica la PAIS y define las siguientes estrategias y enfoques de la política de atención integral en salud: APS; gestión integral del riesgo en salud; enfoque de cuidado, y enfoque diferencial de derechos. En la misma resolución se adopta el MAITE como eje fundamental para el desarrollo de la PAIS, y 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, a 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 PND 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, se incorporan estrategias concretas, cuyos objetivos primordiales en la materia apuntan a: 1) fortalecer la rectoría y la gobernanza en el sistema, tanto a escala central como en el territorio; 2) definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos; 3) articular a todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; 4) lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad; 5) formular acuerdos para el reconocimiento, la formación y el

empleo de calidad para los trabajadores de la salud, y 6) alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando unos 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 quedó expreso en sus artículos 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238; de esa manera, queda 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 1990. Se hace necesario, pues, 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 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 a través de 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” . (ONU, 2015, p. 3)

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 en torno a 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 para 2030 (DNP, 2018).

2.2. Decretos y medidas adoptadas a raíz de la emergencia sanitaria por el COVID-19

Se declaró 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 OMS, 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 periodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario.

Con esta medida, se ordenó a los alcaldes y los gobernadores:

- Suspender los eventos con aforo de más de 500 personas.
- Ordenar a los establecimientos comerciales y los mercados que implementen las medidas higiénicas en los espacios o las 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, el desembarque, el cargue y el descargue de pasajeros y mercancías de las naves de pasaje de tráfico marítimo internacional.
- Ordenar a las administraciones de los centros residenciales, los condominios y los espacios similares la adopción de las medidas higiénicas en los espacios o superficies de contagio.
- Ordenar a los jefes, los representantes legales y los administradores, o a quienes hagan sus veces, a adoptar en los centros laborales públicos y privados las medidas de prevención y control sanitario para evitar la propagación de 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 adoptar las medidas higiénicas y las 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 de COVID-19 cumplir, con carácter vinculante, las recomendaciones y las 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 MSPS para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19, y el cual podrá actualizarse con base en la evolución de la pandemia.
- Ordenar a las EPS, a las entidades territoriales y a las IPS facilitar la afiliación de oficio al SGSSS 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 las 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. Estas medidas van desde la declaración de la alerta amarilla por parte de la alcaldesa Claudia López, el 11 de marzo de 2020, 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 del 10 de marzo 2020, 470 del 20 de marzo de 2020 y 0397 del 16 de marzo de 2020, y los 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, como se muestra en el anexo 3.

2.3. Enfoque teórico

El PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024 es la expresión de los avances y los postulados teóricos en materia de salud pública y seguridad social en salud que en el mundo entero han transformado y enriquecido los modelos y los sistemas de salud basados en el enfoque de derechos y APS. Asume un abordaje de enfoques como el enfoque de derechos, el enfoque de determinantes sociales y ambientales, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional, y sistemas y modelos de salud y APS.

2.3.1. 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 y 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, por parte del Estado, de todos los recursos posibles para hacer efectivo el derecho.

Acorde con la definición de la OMS, el término salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, lo cual la 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, así como 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, por las iniciales de United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) 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 promover 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 deben 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) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) 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 la salud es un derecho que “entraña libertades y derechos”. Entre las libertades, destacan la sexual y al 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, por otra parte, el derecho a la salud

como un derecho relacionado con las condiciones en las cuales las personas viven, por lo que abarca los principales determinantes de la salud.

En la octava sesión plenaria de la LXII 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, para que se desarrollen y se apliquen estrategias a fin de mejorar la salud pública, centradas en afectar de manera positiva los determinantes de la salud, que son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas, y que, 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 hecho de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual como histórica y socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja, e involucra muchos niveles de la sociedad que, como ya se ha señalado, abarcan desde el nivel micro (celular) hasta el macro (ambiental) (OMS, 2011, 19-21 de octubre). Dentro de 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.

2.3.2. Enfoque de determinantes sociales y ambientales

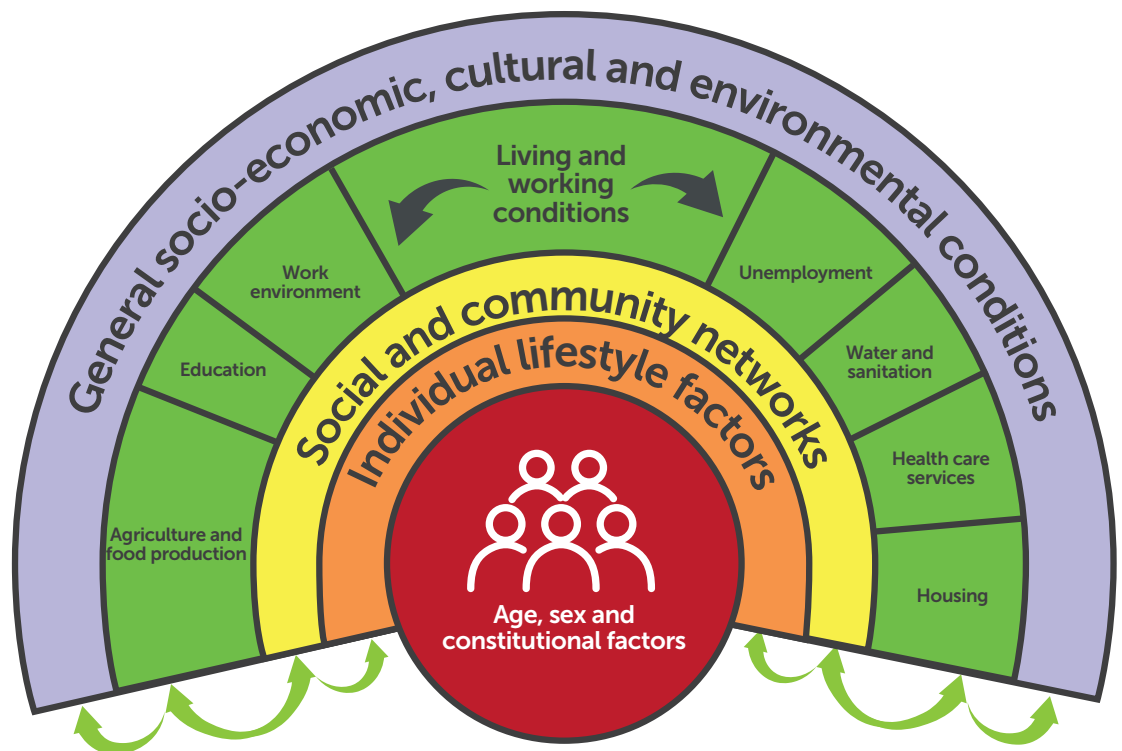
Se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados sanitarios, para, a su vez, hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas 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 et al., 2001), Evans et al. (2001), Mackenbach (1994), Kunst (1994) y Marmot y Wilkinson (1999) (Marmot, 1999). Estos modelos resultan de especial importancia al hacer visibles las maneras como los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad.

En su informe final, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS (OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud: esta se halla 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 depende no solo 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: 1) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; 2) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; 3) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que es más importante abordar; 4) 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 sociopolítico que genera desigualdades socioeconómicas que, a su vez, responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, la educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Dichos 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 una vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud, como se muestra en la figura 13.

Figura 13. Modelo de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Lalonde (1974).

El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero también, 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 para ejercer una libertad positiva, lo que hace imperativo adoptar medidas en relación con dichos determinantes sociales, a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud.

El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario considerándolo un factor social determinante de la salud en sí mismo, y cuya función de reducción de las desigualdades en salud opera no solo 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 e impactan en las condiciones de vida de la población, por lo cual promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud se constituye en función clave para el sector salud. La salud se ve como sustrato de todos los demás aspectos de la capacidad o la prosperidad humanas; por lo tanto, promover 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 a las condiciones sociales, políticas y ambientales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y 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 escala 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 en el 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.

Con 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 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 que, de acuerdo con los diferenciales, puedan contar con acciones afirmativas orientadas a la equidad y al goce efectivo de derechos (dignidad, no discriminación). La responsabilidad de generar estas oportunidades, si bien recae casi mayoritariamente en el Estado, no lo hace de manera exclusiva.

El Estado tiene la obligación de disponer de 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 presta un servicio público y participa en la protección del derecho a la salud. El PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024 retoma el modelo teórico propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009) en su informe final (ver figura 13. Modelo de los determinantes sociales de la salud).

2.3.3. Enfoque de 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 la atención domiciliaria exige la aplicación de métodos y técnicas mundialmente reconocidos. La APS es la estrategia mundialmente reconocida que permite, a un bajo costo, mejores resultados de salud en el ámbito 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” (OMS, 1978).

La efectividad de la APS es reconocida por mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva de manera eficaz a enfrentar los determinantes sociales, permite accesibilidad, utilización adecuada de los servicios de salud, organización de respuestas integrales y continuas, la realización de acciones coordinadas a escala sectorial e intersectorial y el empoderamiento, la movilización y la participación social y comunitaria. Las redes integradas de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS en el contexto de los servicios de salud, pues contribuye a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como: la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y la 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. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”

El nuevo modelo de atención en salud propuesto para la ciudad se basa en una APS que, ajustada a 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 sus habitantes. En tal sentido, la APS sigue siendo la estrategia fundamental en la concepción y la 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.

2.3.4. Sistemas y modelos de salud

Bogotá, D.C., 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 las expectativas en salud, bajo el reconocimiento de las diferencias y las diversidades en razón de las etapas y los momentos del curso de vida, de generación, de género, de identidad de género, de orientaciones sexuales y de etnia, entre otras características de las poblaciones, con énfasis en la promoción y la protección de la salud, en los planos 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, y 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, y hacerlo generando condiciones que garanticen oportunidades y el mejoramiento de las 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, y que permita el servicio en los territorios sociales de la ciudad.

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

La SDS, 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 APS y en el enfoque de determinantes sociales y ambientales, en el que deben concurrir todos los actores del sistema, en procura de lograr las mejores condiciones de acceso y de calidad en los servicios a los que tienen derecho los ciudadanos, independientemente del régimen al cual se encuentren afiliados. En ese 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 resolutive de los servicios de atención domiciliaria y de servicios ambulatorios de baja complejidad y se impulsarán 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 RIAS que incluyan respuestas integrales y garanticen todos los atributos de la calidad acercándolos a la cotidianidad y a los 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 SGSSS teniendo en cuenta los regímenes de afiliación y los planes de beneficio en los territorios de la ciudad, así como articulando las carteras de servicios en las diferentes instituciones que conforman las redes de salud.

2.3.5. Enfoque territorial

Este enfoque parte de la comprensión del territorio como una construcción social que tiene particularidades derivadas no solo 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 Capital. Implica una planeación del territorio en los distintos ámbitos: local, distrital y regional.

2.3.6. 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, su orientación sexual, su identidad de género, su ubicación geográfica, su discapacidad, su situación socioeconómica, o bien, por la intersección de diversos sistemas de discriminación, como el racismo, el clasismo, la homofobia y la xenofobia, que impiden el acceso a las oportunidades en igualdad de condiciones. Este tipo de discriminación se sustenta en imaginarios, estereotipos, prejuicios y comportamientos contruidos social y culturalmente, y que impiden la garantía plena de derechos. La finalidad del enfoque diferencia es hacer ajustes a la oferta institucional para garantizar adecuadamente el acceso a los bienes y los servicios reconociendo las particularidades y las 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 las libertades: "El enfoque diferencial en las políticas públicas contemporáneas es un imperativo ético en razón a que grupos históricamente excluidos ya sea por su participación o por modo de vida, en razón a su etnia, sexo, identidad de género, ciclo vital y discapacidad, reivindican hoy el ejercicio de una ciudadanía desde el reconocimiento y la redistribución, desde la libre escogencia de llevar el tipo de vida de acuerdo a sus preferencias y capacidades; lo que ha gestado procesos de autoafirmación frente a la opción de ser distinto, de ser diferente, sin perder la capacidad de disfrutar y participar de las demás opciones humanas. 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, 2009, página 1). El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y las posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como sujetos de derechos, inmersos en dinámicas particulares culturales, económicas, políticas, de género y de etnia.

Así mismo, el enfoque tiene en cuenta las condiciones de los momentos del curso de vida de las personas y las identidades de género y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como en el caso de la discapacidad y la pertenencia étnica, 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 den 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.

Lo anterior implica la consulta previa y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige, a su vez, 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, dignos de especial protección respecto a las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades, las cuales 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 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 el fin de evitar que sean la razón en la cual 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 los colectivos supone, entonces, la materialización de intervenciones que den cuenta de dichas necesidades, 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. Con 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, se halla en permanente interdependencia con los demás. Para fines de comprensión de la diversidad, el enfoque diferencial comprende los subdiferenciales 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 región que se habita).

2.3.7. Enfoque poblacional

Tal y como se plantea en la Guía de Aplicación del “Enfoque Poblacional para Revisión y Ajuste de Planes de Ordenamiento Territorial: “El enfoque poblacional consiste en identificar, comprender y tomar en cuenta 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 ahí se derivan y con orientación a formular 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” (Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Universidad Externado de Colombia. Página 29 de 52)

A este respecto, existen características sociales y económicas que son relevantes para comprender la población de acuerdo con cada territorio, tales como la actividad económica, el nivel educativo, el estado civil y la condición socioeconómica (UNFPA, 2008). El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) con 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 un elemento ordenador de políticas y respuestas, y 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 local.

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, conforme se plantea en el modelo teórico adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS); adoptado para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, a partir de los modelos propuestos por Navarro y por Solar e Irwin, el cual se compone de los siguientes elementos: “1) El contexto socioeconómico y político: se refiere a los factores que afectan de forma importante la estructura

social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. 2) La estructura social: incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o raza y el territorio. 3) Los determinantes intermedios: la estructura social establece desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales fijan las desigualdades en salud; tal y como lo plantean Borrell Carme y Malmus Davide en el documento "La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas - Informe SESPAS 2010".

El enfoque poblacional incluye la cultura ciudadana, en la cual se concibe a los hábitos y a los 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 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: 1) la educación y la cultura tienen un papel fundamental tanto para explicar la realidad que vivimos como para transformarla; 2) las personas tienen la capacidad para cooperar en la consecución de bienes colectivos, y 3) 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 que 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.



3. Análisis de la situación de salud (ASIS) en Bogotá, D. C.

Bogotá, D.C.

3. Análisis de la situación de salud (ASIS) en Bogotá, D. C.

El 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 tiene 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. Dentro del 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 Distrito Capital.

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, ayuda a orientar las intervenciones apropiadas y permite evaluar el impacto de estas. La finalidad del ASIS es ser usado 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 ASIS a escala 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, la de aquellos que generan información y participan en la toma de decisiones. Además, es importante resaltar que, si bien el equipo local ASIS está a cargo del liderazgo y la 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.

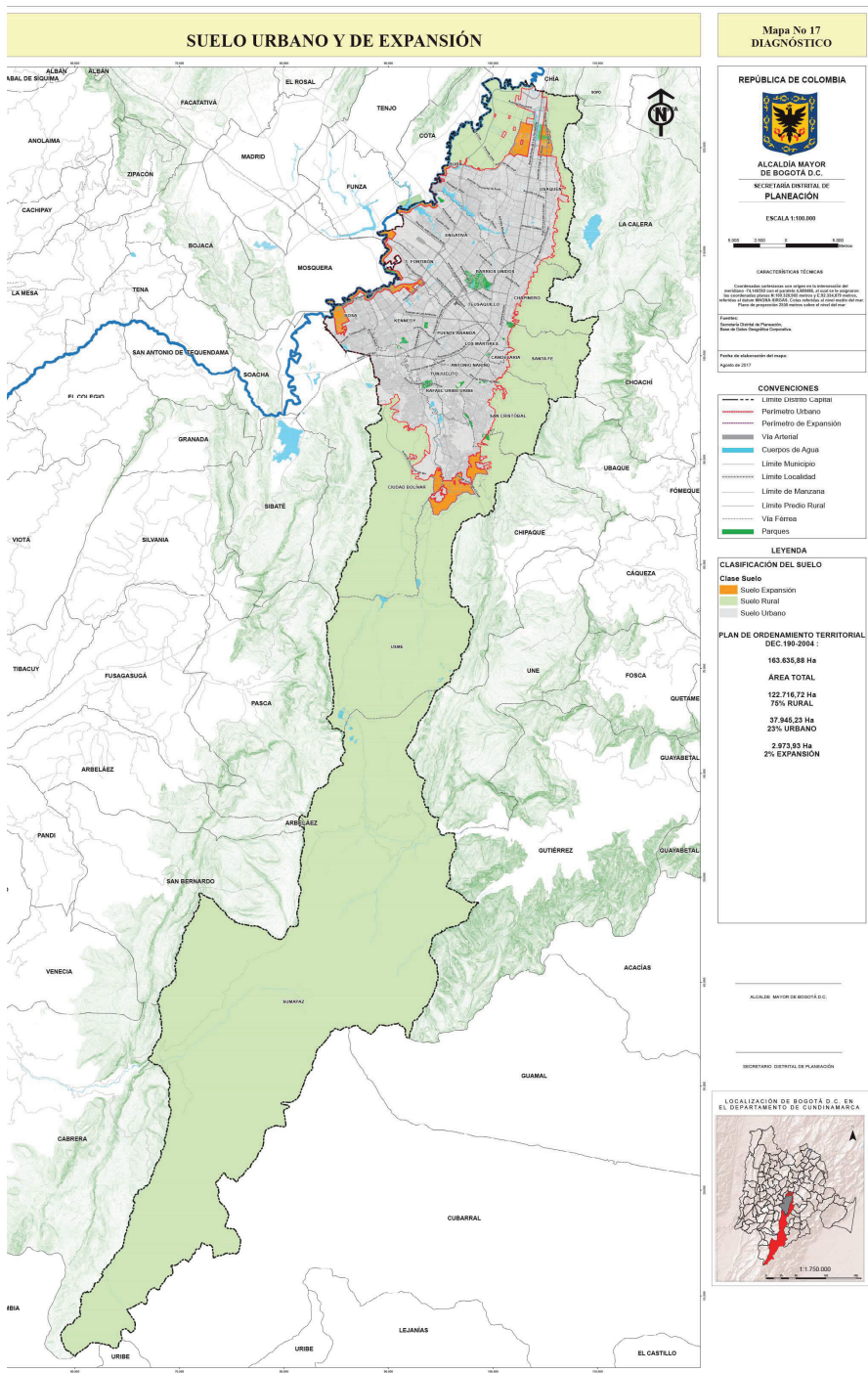
El ASIS es útil en la identificación de necesidades y respuestas locales, que realimentan el proceso y aportan insumos para el mejoramiento de las políticas públicas y las intervenciones en salud que se realizan en el Distrito Capital. El presente documento incluye el análisis de situación en salud para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

3.1. 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 los municipios de Soacha,

Mosquera y Funza. La ciudad domina una longitud, de sur a norte, de 33 km, y de oriente a occidente, de 16 km. Se encuentra ubicada sobre el altiplano cundiboyacense, entre los relieves de montaña media y alta en la Cordillera Oriental de Los Andes, a una altura de entre 2500 y 4000 msnm-. Cuenta con un área total de 1776 km² entre sus partes urbana, rural y suburbana; se puede afirmar que el territorio del Distrito Capital es rural en el 82,7%, mientras que el territorio urbano corresponde al 17,3%, como se muestra en el mapa 1. Sus formaciones montañosas más representativas son el cerro de Monserrate y el cerro de Guadalupe; cuya elevación oscila entre 2.500 y 3250 msnm.

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



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La ciudad se subdivide en 20 localidades; cada una, con alcaldía local; 19 de dichas localidades son principalmente urbanas, y una, la de 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 4 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 correspondiente a 2019, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) proyectó en Bogotá, D. C., una población de 8.281.030 personas; según su género, 4.266.589 son mujeres, y 4.014.441, hombres. La Secretaría Distrital de Planeación estimó para el periodo 2019 un total de 2.737.038 hogares, que moraban en 2.430.172 viviendas, equivalentes a una relación promedio de 1,13 hogares por vivienda. Por 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 km², lo que representa una densidad poblacional aproximada de 5025 habitantes por km². Es la mayor aglomeración de personas del país, equivalente al 16,39% de su población, por lo cual supera a la segunda ciudad a escala nacional, que es Medellín (departamento de Antioquia), con 2.508.452 habitantes, que equivalen al 5,09%.

La distribución poblacional según localidad de residencia se muestra en la tabla 1, donde se observa que las localidades de Suba (16,3%), Kennedy (15,1%), Engativá (10,7%), Bosa (9,4%) y Ciudad Bolívar (9,2%) tienen el mayor número de habitantes. En estas 5 localidades reside el 60,7% de la población del Distrito Capital.

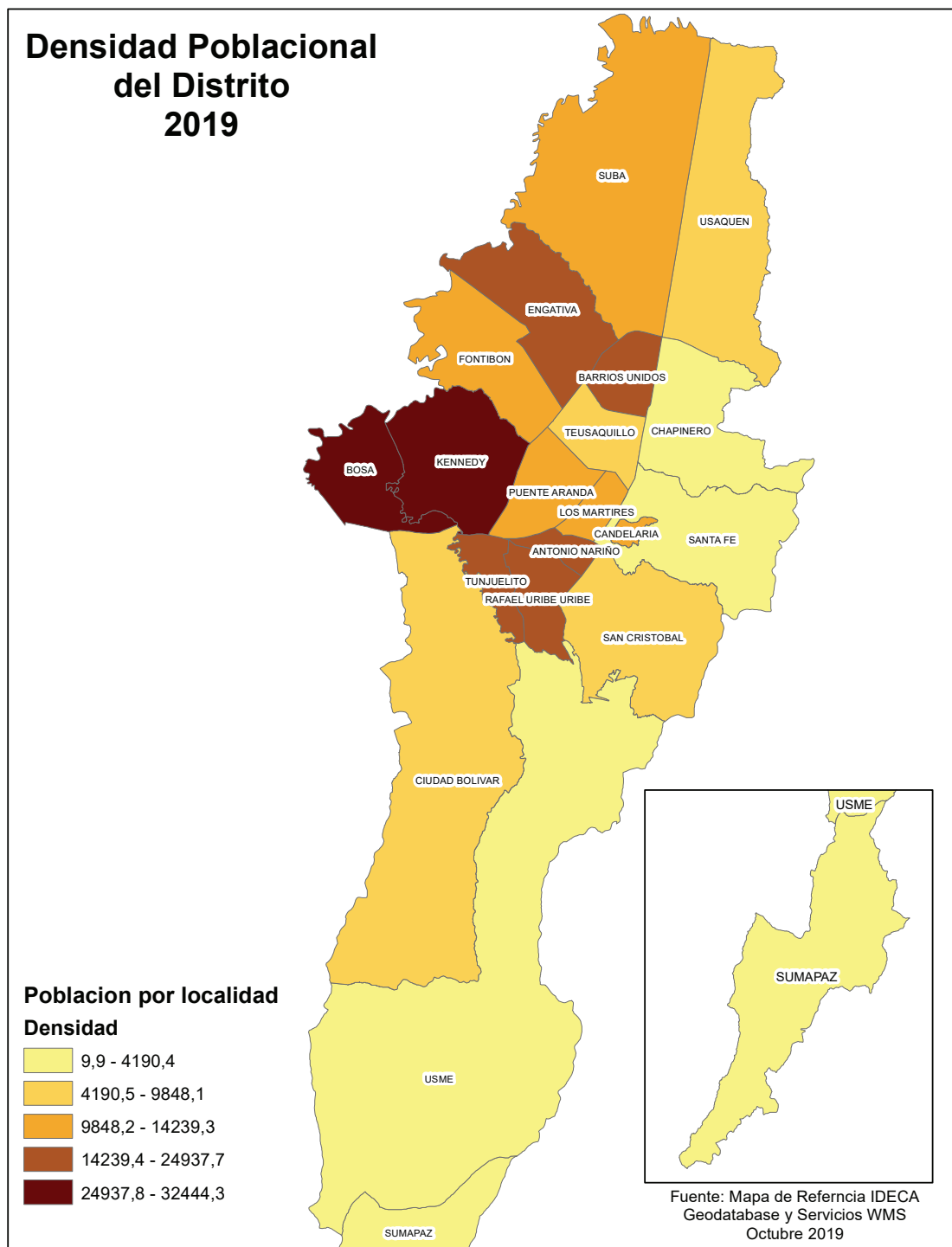
Tabla 1. Distribución proporcional de la población según localidad. Bogotá, D. C., en 2019

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 Cristobal	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	Ciuda Bolívar	371.732	590.452	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 km² para cada localidad. En color amarillo claro se observan las localidades donde hay menos habitantes por km²; es decir, las localidades de Sumapaz, Usme, Santafé y Chapinero; el color 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: Kennedy y Bosa.

Mapa 2. Densidad poblacional por localidad en Bogotá, D. C., en 2019
(habitantes por km²)



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, 15.032 personas (0,18 %) corresponden a población indígena, 523 personas (0,006%), pertenecen al pueblo Rrom o gitano, mientras que los afrocolombianos ascienden a 97.885 personas (1,18 %). Estas poblaciones étnicas suman el 1,37% del total de la población de la ciudad.

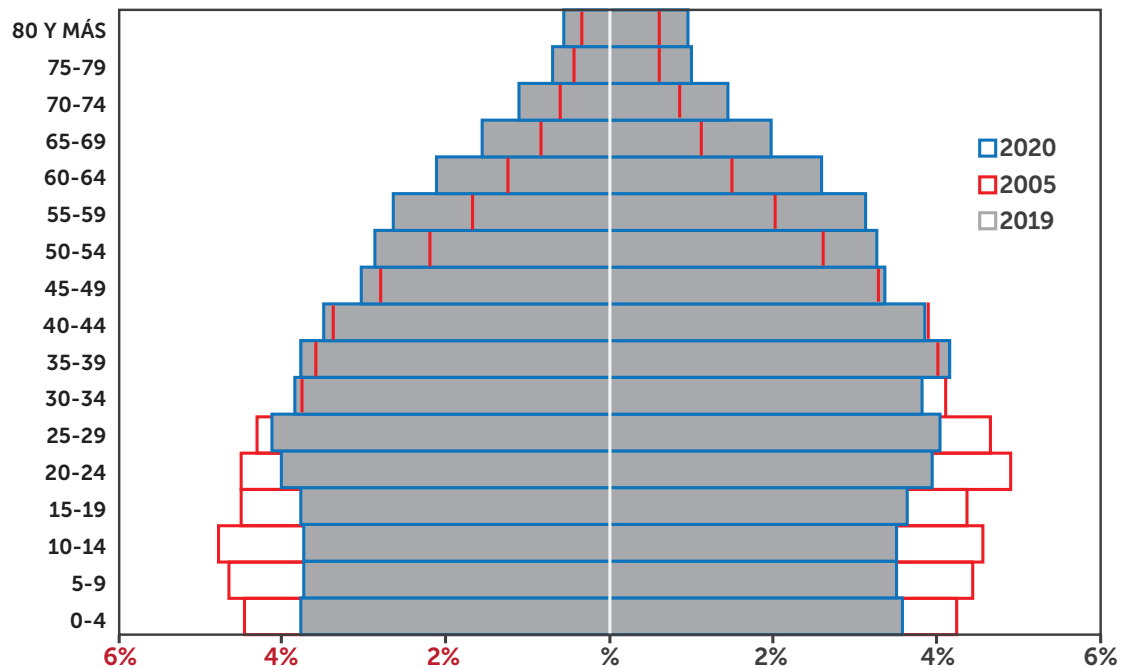
Según datos de la encuesta multipropósito para Bogotá, D. C. de 2017, a partir de una muestra no probabilística para grupos étnicos, donde se indagó sobre el autorreconocimiento étnico de los entrevistados; de un total de 2.232 personas autorreconocidas, se pudo establecer que el 71,2% se autorreconoce como de las etnias negra, mulata, o afrodescendiente; el 20,5%, como de la indígena; el 4,9%, como de la gitana o rrom; el 2,6%, como raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia, y el 0,8%, como palenquera de San Basilio de Palenque. Al desagregar por localidad, se evidencia que de las 20 localidades de la ciudad, la de Kennedy concentra el 12,1% que corresponde a la mayor proporción de personas autorreconocidas en un grupo étnico.

3.1.1. Estructura demográfica

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

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, dicha pirámide sigue siendo progresiva; es decir, se caracteriza por tener una base ancha, indicativo ello del 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), corresponde a las edades avanzadas, lo cual se observa como 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 muestra un fuerte crecimiento, que suele

Ilustración 1. Pirámide poblacional para Bogotá, D. C. (2005, 2019 y 2020)



Fuente: DANE. Proyección de población. Bogotá, 2005, 2019 y 2020.

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

La tasa de crecimiento natural (que 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 de 12,43, al disminuir 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 de 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 de 1,93; disminuyó a 1,91 en el quinquenio 2010-2015, y para el quinquenio 2015-2020 fue de 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 de 16,74; disminuyó a 15,87 en el quinquenio 2010-2015, y para el quinquenio 2015-2020 fue de 15,09, lo cual sugiere que en Bogotá, D. C., por cada 1000 habitantes se presentan 15,09 nacimientos en el último quinquenio analizado, según lo cual en el quinquenio 2015-2020 hubo 1,65 nacimientos menos que en el quinquenio 2005-2010.

Frente a la tasa general de fecundidad por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, en la ciudad de Bogotá, D. C., en el quinquenio 2005-2010 esta fue de 58,2; disminuyó a 56,8 en el quinquenio 2010-2015, y para el quinquenio 2015-2020 fue de 56,1; según ello, se evidencia 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., fue de 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). Por otra parte, en el mismo periodo de análisis la tasa bruta de natalidad fue de 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 en 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 de 66,22. Esta tasa aumento a 72,56 en el quinquenio 2000-2005, y a 76,83, para el quinquenio 2015-2020; según ello, se estima 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; aumentó, según ello, a 78,31 en el quinquenio 2000-2005, y para el quinquenio 2015-2020 es de 81,02; se estima, por ende, un incremento de 8,76 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con el de 2015-2020. La esperanza de vida al nacer (en años) total en el quinquenio 1985-1990 fue 69,16; aumentó a 75,36 en el quinquenio 2000-2005, y para el quinquenio 2015-2020 es de 78,87; se estima, pues, un incremento de 9,71 años al comparar el quinquenio 1985-1990 con el de 2015-2020.

Históricamente, la esperanza de vida al nacer ha sido mayor en las mujeres que en los hombres; no obstante, esta se incrementó en 10,61 años en los hombres, y en 8,76, en las mujeres durante el quinquenio 2015-2020 con respecto al quinquenio 1985-1990, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Otros indicadores de la dinámica de la población de Bogotá, D. C. (2005-2010)

Indicador	Quinquenio		
	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Edad media de la fecundidad (años)	29	29	29
Tasa bruta de natalidad (por 1000)	16,74	15,87	15,09
Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	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 1000)	12,43	11,40	10,33
tasa media de crecimiento (exponencial)	14,75	13,52	12,35
Tasa de migración meta (por 1000)	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

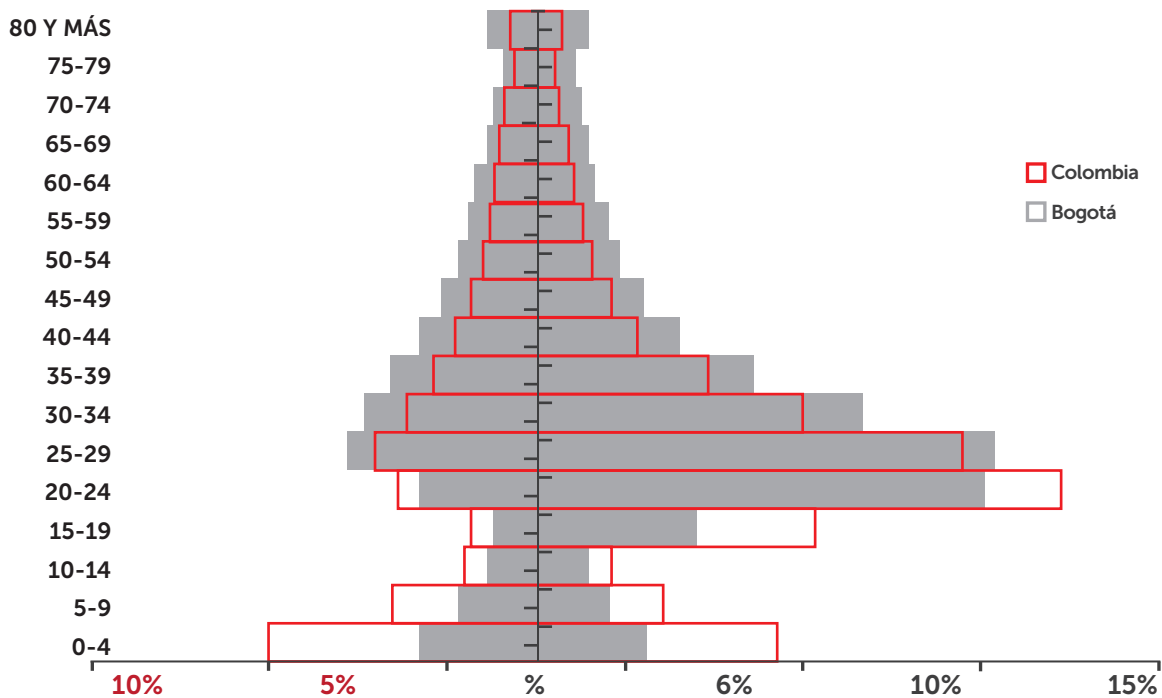
Fuente: DANE. Indicadores según departamento (1985-2020).

Uno de los fenómenos que generan 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 MSPS, para el periodo 2018 se encuentran registradas un total de 594.228 personas víctimas de desplazamiento en Bogotá, D. C.; el 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 los 34 años de edad; un porcentaje similar se evidencia para los hombres víctimas de conflicto armado, lo cual corresponde a que el 45,8% de los hombres se encuentran entre los 15 y los 34 años.

Un fenómeno poblacional importante que se ha incrementado a lo largo de los últimos años corresponde a las dinámicas migratorias y que pueden afectar el perfil y epidemiológico de la población. 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 dichos grupos poblacionales de forma diferencial respecto al resto de la población colombiana. 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, como se muestra en la 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) brindadas a la población migrante, así:

- **Relación hombres-mujeres:** En Bogotá, para 2018, por cada 63 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud; muy parecido al caso de Colombia en 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 2018, por cada 12 niños (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49 años) que recibieron atenciones en salud; en contraste, en Colombia, para 2018 por cada 28 niños (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud.
- **Índice de infancia:** En Bogotá, en 2018, de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 12 correspondían a población migrante hasta los 14 años, mientras que en Colombia, para 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 23 personas migrantes con atenciones en salud.
- **Índice de juventud:** En Bogotá, en 2018, de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 35 correspondían a población de 15-29 años migrante, mientras que en Colombia, en 2018 este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud.
- **Índice de vejez:** En Bogotá, en 2018, de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 12 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en Colombia, en 2018, este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud.

- Índice de envejecimiento: En Bogotá, en 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 2018, este grupo poblacional fue de 31 personas migrantes con atenciones en salud.

3.2. 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 esta como una reducción de los menores de 15 años durante la última década y el incremento de los grupos mayores de 50 años de edad, ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por prevalencia de las no transmisibles.

En la ciudad se ha pasado de la alta mortalidad ocasionada por patologías infecciosas y la desnutrición a la caracterizada por enfermedades crónico-degenerativas, al tiempo que se hacen presentes las lesiones por causa externa, las adicciones y las enfermedades mentales. La mortalidad materna, perinatal, infantil y en el grupo de menores de 5 años, lo mismo que por enfermedades crónicas, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer de mama, de útero y de próstata son las causas y los eventos que mayor número de vidas cobran en el Distrito Capital.

Las mencionadas enfermedades se caracterizan porque, en su conjunto, son potencialmente evitables y prevenibles si se toman medidas tempranas sobre sus determinantes y se incide oportunamente sobre sus 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.

3.2.1. 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 que permite 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, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, la paliación y el 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 MSyPS, que permite analizar las siguientes categorías de grandes causas desagregadas por ciclo de vida, sexo y diagnóstico: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas y perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones y condiciones mal clasificadas. 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 el periodo 2009-2018 se realizaron en Bogotá, D. C. en total 175'847.915 atenciones. Acorde con las grandes causas de morbilidad atendida,

en la ciudad predominaron los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles, con el 67,37% (118.472.749 atenciones); el segundo lugar lo ocuparon las condiciones mal definidas, con el 13,61% (23.938.748 atenciones); le siguieron las enfermedades transmisibles y nutricionales, con el 5,23% (9.204.066 atenciones); el cuarto lugar lo ocuparon las lesiones, con el 12,22% (21.493.441 atenciones) y el quinto lugar lo impusieron las condiciones maternas y perinatales, con el 1,56% (2.738.911 atenciones).

En términos generales, el perfil de la morbilidad atendida en Bogotá D.C. evidencia una transición epidemiológica, donde predominan las enfermedades no transmisibles y prevalece aún un porcentaje importante de enfermedades transmisibles. De otra parte, es necesario señalar que en el perfil de morbilidad de Bogotá D.C. se registra como segunda causa de morbilidad las condiciones mal definidas con un aumento de 3.106.634 atenciones entre 2017 y 2018; lo cual es señal de que se deben seguir fortaleciendo los procesos de captura, registro y fuentes de información para así contar con un sistema de información robusto, íntegro y de calidad que permita la toma de decisiones oportunas y adecuadas.

En la primera infancia, las principales causas de morbilidad atendidas en 2018 fueron por condiciones no transmisibles, con el 37,32%; en tal sentido, se observa, en comparación con 2017, una disminución del 3,04% en la proporción de atenciones. Las principales causas de consulta fueron: condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades respiratorias. En el siguiente grupo de edad que corresponde al de infancia adolescencia se encuentra que la principal causa de morbilidad atendida corresponde a condiciones transmisibles y nutricionales, con el 27,82% de los casos, donde también se observa, en comparación con 2017, una disminución en la proporción de atenciones del 6,59% por grupo de subcausas como enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales.

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

En infancia, para 2018, el 49,20% la mayor proporción corresponde a enfermedades no transmisibles; principalmente: condiciones orales, condiciones neuropsiquiátricas y enfermedades respiratorias, seguido por el 15,44% de condiciones transmisibles y nutricionales, por subcausas como enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales; en ambas se observa una disminución en la proporción de atenciones, comparadas con 2017; para enfermedades crónicas, una disminución del 6,08%, y para enfermedades transmisibles y nutricionales, el 4,03%.

En la adolescencia, las principales causas de morbilidad atendida para 2018 son las enfermedades no transmisibles, con el 48,29%; principalmente, por condiciones orales, condiciones neuropsiquiátricas y enfermedades musculoesqueléticas, con una disminución del 12,55% en la proporción de atenciones, en comparación con 2017. El grupo de las condiciones transmisibles y nutricionales fue el siguiente, con el 7,43%, donde también se observa, en comparación con 2017, una disminución en la proporción de atenciones del 2,25%, con subcausas como enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales.

Si se analiza por sexo, se observa diferencia en las enfermedades no transmisibles, pues en las mujeres son más significativos los eventos asociados a condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades musculoesqueléticas; así como aquellas causas asociadas a las condiciones maternas. En lesiones, las principales causas son traumatismos o envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas se ven con mayor proporción en los hombres.

En la juventud, las principales causas de morbilidad atendida para 2018 son las enfermedades no transmisibles; principalmente, por condiciones orales, enfermedades genitourinarias y enfermedades musculoesqueléticas, con el 50%, con una disminución del 6,35% en la proporción de atenciones, en comparación con 2017, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales, con subcausas como enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales, con el 12,24%, donde también se observa, en comparación con 2017, una disminución en la proporción de atenciones del 1,44%.

Si se analiza la morbilidad de Bogotá D.C. por sexo, se observan diferencias en las enfermedades no transmisibles. En los hombres, la tercera causa de morbilidad se asocia a condiciones neuropsiquiátricas; en tanto que para las mujeres está relacionada con las condiciones maternas.

En adultez y persona mayor, la principal causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles, con el 63,79% de atenciones; al comparar los porcentajes de atención entre 2018 y 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 las enfermedades musculoesqueléticas, las condiciones orales y las enfermedades genitourinarias. Les siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, con mayor prevalencia de: enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales.

En la vejez, las enfermedades no transmisibles fueron, principalmente, por: enfermedades cardiovasculares, enfermedades musculoesqueléticas y enfermedades de los órganos de los sentidos. Les siguen las condiciones transmisibles y nutricionales por subcausas como enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y deficiencias nutricionales. En las lesiones, la mayor proporción es por traumatismos y envenenamientos, como se muestra en la figura 14.

Figura 14. Principales causas de morbilidad atendida por ciclo vital.

Bogotá, D.C., 2009-2018

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	App 2018-2017
Primera infancia (0-5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,46	40,92	43,62	41,33	38,77	37,38	36,01	36,52	34,41	27,82	-6,59
	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
Infancia (6-11 años)	Condiciones mal clasificadas	10,96	13,62	14,26	13,46	12,66	11,69	11,86	15,21	19,08	29,84	10,76
	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,67	21,99	20,56	18,40	16,97	17,92	18,04	20,98	19,47	15,44	-4,03
	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	-6,08
Adolescencia (12-18 años)	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	11,07
	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
Juventud (14-26 años)	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	17,10
	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
Adultez (27-59 años)	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	9,93
Persona mayor (Mayores de 60 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
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones mal clasificadas	10,45	11,90	10,86	9,356	9,99	9,43	10,71	11,98	14,72	24,22	9,50
	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
Persona mayor (Mayores de 60 años)	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	12,79

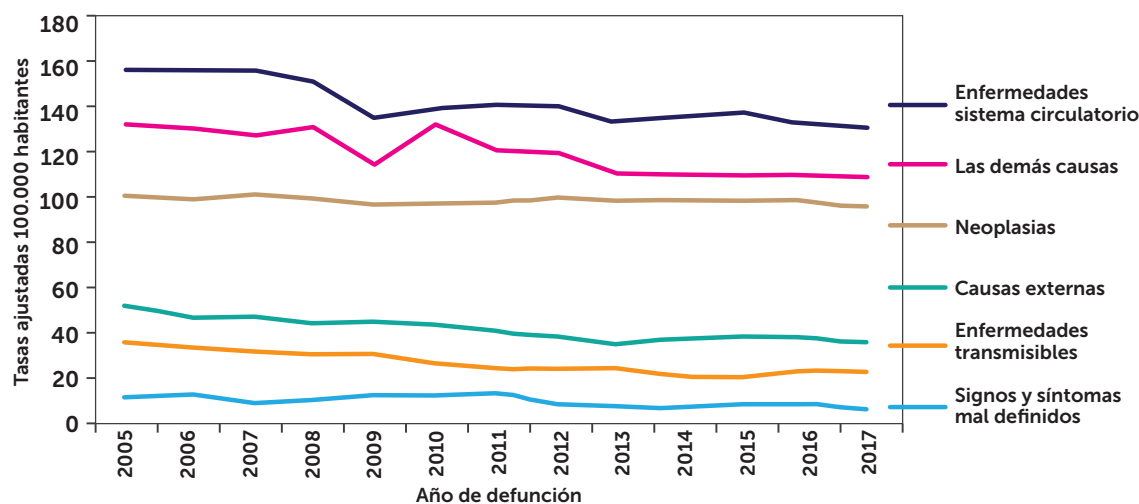
3.2.2. Perfil de mortalidad en Bogotá, D. C.

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 2017 fueron por enfermedades del sistema circulatorio ($131,5 \times 100.000$ habitantes), seguidas por todas las demás enfermedades agrupadas ($109,7 \times 100.000$ habitantes), entre las que se encuentran diabetes, deficiencias nutricionales y trastornos mentales, entre otros.

En el periodo 2005-2017 se observó una disminución de las enfermedades transmisibles en el 36,03%; por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio fue del 5,18% y del 16,46%, respectivamente, como se muestra en la figura 15.

Figura 15. Tasa de mortalidad por grandes causas. Bogotá, D. C., 2005-2017



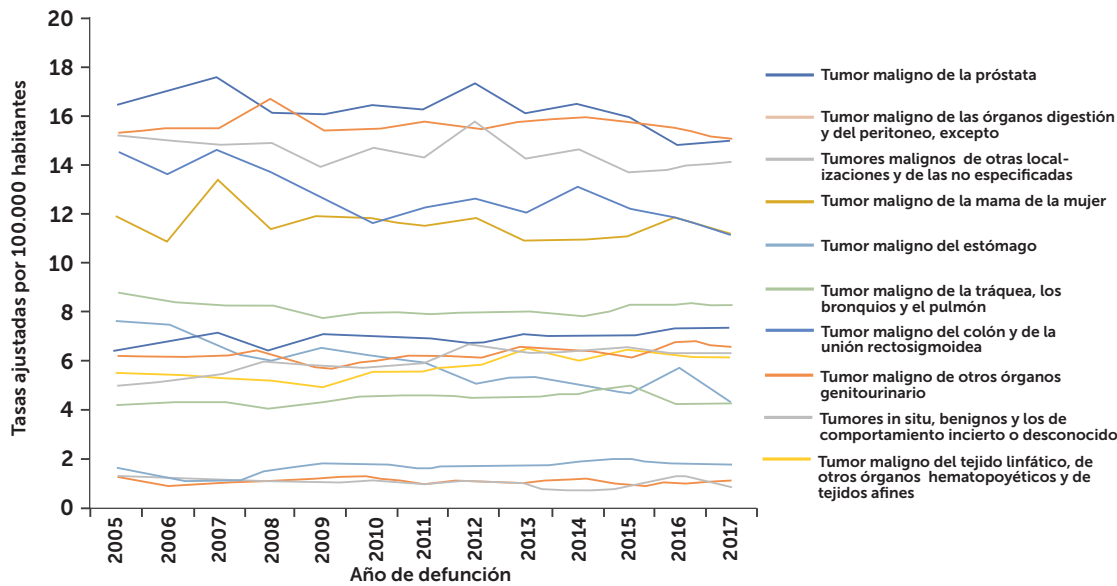
Fuente: Bodega de datos SISPRO. MSPS.

En el comportamiento por sexo se observa en el grupo de los hombres una tendencia similar a la del 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 por causas externas.

La mortalidad por enfermedades transmisibles en el periodo 2005-2017 presentó una reducción de tasas por las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH (sida), por septicemia excepto neonatal (73%) y meningitis (72%) y por otras transmitidas por vectores y rabia (2,32%) y por las enfermedades infecciosas (14,2 %). Por sexo las mujeres presentaron tendencia a la disminución por las IRA, seguidas de enfermedades infecciosas intestinales. En los hombres, las primeras causas fueron las IRA, seguidas de la enfermedad por el VIH (sida), a diferencia de las mujeres, que 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 5 de las 15 causas encontradas: tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido (28,5%), tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea (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 %), como se muestra en la figura 16.

Figura 16. Mortalidad por neoplasias. Bogotá, D. C., 2005-2017

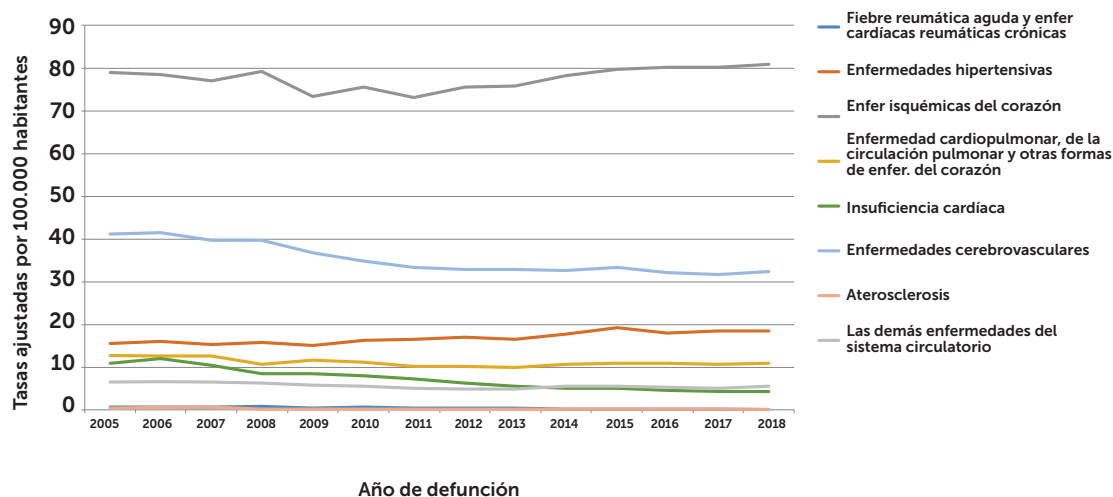


Fuente: Bodega de datos SISPRO. MSPS.

En los hombres, la primera causa de mortalidad fue por tumores malignos de próstata, con una tasa de 15 x 100.000 hombres. En el grupo de las mujeres se redujo la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino (43,7%), por tumor maligno de útero, y en parte no especificada (29,1%). De las 14 causas identificadas, se observó que en 6 se presentó un incremento por tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido (17,3 %), tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea (15,5 %), tumor maligno de otros órganos genitourinarios (11,3 %), tumor maligno del cuerpo del útero (10,5%), tumor maligno de tráquea, de bronquios y de 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 en el 6,7%, así como las enfermedades hipertensivas (10,8%). Por su parte, la mayor disminución se encontró en la fiebre reumática aguda y en las enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (91%), seguidas de la aterosclerosis (80%) y de la insuficiencia cardíaca (62,3%). Respecto al año inmediatamente anterior, la mayor disminución se observó en la aterosclerosis (45 %), y el mayor aumento, en la insuficiencia cardíaca (4,3%), como se muestra en la figura 17.

Figura 17. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Bogotá, D. C., 2005-2017

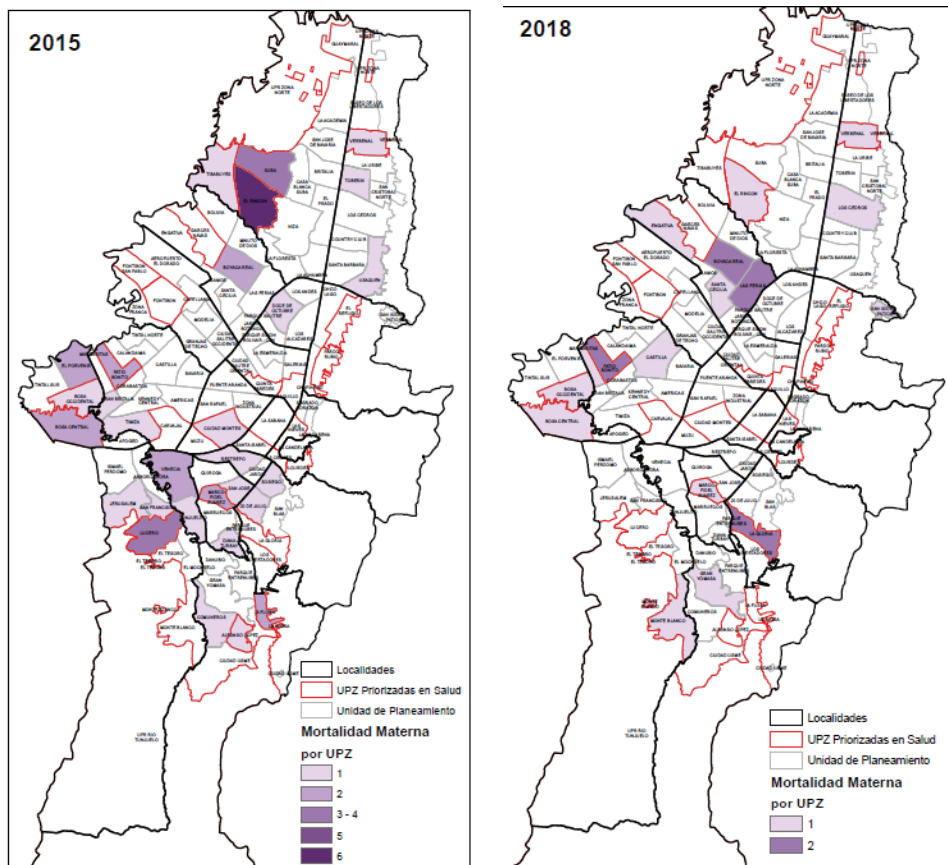


Fuente: Bodega de datos SISPRO. MSPS.

El comportamiento de la mortalidad evitable como la materna, la perinatal y la infantil, ha presentado tendencia a la reducción ante todo durante la última década. Actualmente, Bogotá D.C. cuenta a ese respecto con una de las razones más bajas del país y de Latinoamérica, lo cual está asociado a 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 la realimentación continua del comportamiento epidemiológico del evento.

La razón de mortalidad materna ha mostrado un descenso en Bogotá desde 2005 y registra tendencia hacia la estabilidad en los últimos años. Para 2019 fue de 17,7 x cada 100.000 nacidos vivos (datos preliminares). De acuerdo con la localidad de residencia, se presentaron mayor número de muertes maternas en Bosa, Kennedy, Rafael Uribe, Chapinero y San Cristóbal. En el mapa 3 se muestra la variación de la mortalidad materna según la localidad de residencia de la fallecida durante 2015 y 2019 (Acuerdo 067, 2019) . Por etnia, la mayor razón de mortalidad materna se observó en la población negra, mulata, afrocolombiana y afrodescendiente.

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



Fuente: SDS. Elaborado por Grupo ACCVYS, Subsecretaría de Salud Pública.

Igualmente, la mortalidad perinatal durante el periodo 2016-2019 ha presentado leve tendencia a la disminución, al pasar de 1303 casos y una tasa de 13,1 por 1000 nacidos vivos, más mortalidades fetales, a 1053 casos y una tasa de 12,3 muertes perinatales por 1000 nacidos vivos, más mortalidades fetales en 2019 (Acuerdo 067, 2019). La mortalidad infantil ha presentado una disminución en el tiempo, pues en 2019 (Acuerdo 067, 2019) se tuvo una tasa de 9,1 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad infantil está altamente relacionada con la mortalidad perinatal; es así como una importante reducción de la mortalidad perinatal efectuará de manera positiva la tasa de mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años muestra una reducción sostenida, al pasar de una tasa de 11,2 por 1000 nacidos vivos en 2016 a 10,9 muertes por 1000 nacidos vivos en 2019. La mortalidad por neumonía ha sido fluctuante a lo largo del periodo 2016-2017, explicado ello por el pico de enfermedades respiratorias. Para 2019, se presentaron 32 muertes, lo que representa una tasa de mortalidad de 5,2 muertes por 100.000 menores de 5 años (Acuerdo 067, 2019), por lo cual se logra una reducción importante, comparada con 2017, la cual fue de 7,9 por 100.000 menores de 5 años. La mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) 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, mostraron la mayor diferencia en la mortalidad materna. Para 2017, la ciudad tuvo una razón de mortalidad materna de 27,16 por 100.000 nacidos vivos; esta razón en la ciudad siguió reduciéndose en 2019, cuando 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, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Semaforización de la mortalidad materno-infantil. Bogotá, D. C., 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 5 años	14,17	10,70	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	2,97	0,66	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de años	5,84	0,16*	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	

Fuente: Bodega de datos SISPRO. MSPS.

*Nota: Este dato corresponde a una mortalidad, sobre la cual en unidad de análisis se identificó y se validó que el paciente no vive en Bogotá, por lo cual se hizo el trámite respectivo, 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 × 100.000 habitantes. Les siguen los accidentes de transporte terrestre, con 8,61 × 100.000 habitantes. Diferenciado por sexo, en el grupo de mujeres, la principal causa fueron los accidentes de transporte terrestre, con 3,7 × 100.000 mujeres, seguidos de las agresiones (homicidios), con 2,9 × 100.000 mujeres, y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), con 2,0 × 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 de Bogotá están por debajo de los indicadores nacionales, excepto para el gran grupo de neoplasias, en los subgrupos de las demás causas; específicamente, en enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y el resto de enfermedades del sistema digestivo.

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

Mortalidad	Prioridad	Bogotá D.C. (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	31,66		1. Población con riesgo o alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas	
	3. Enfermedades hipertensivas	15,51	18,36		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	
	Específica por Subcausa o subgrupo	3. Neoplasias				
		1. Tumor maligno de la próstata	15,00	24,34		7. Población con riesgo o presencia de cáncer
2. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y color		14,99	14,02		7. Población con riesgo o presencia de cáncer	
3. Tumores malignos de otros localizaciones y de las no específicas		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)		4,26	5,47		12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	
5. Enfermedades transmisibles						
1. Infecciones respiratorias agudas		15,47	19,7		9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas	
2. Enfermedades 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 originales en el periodo perinatal						
1. Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal		144	1.479		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 propia, a partir de datos de la Bodega de datos SISPRO. MSPS.

*Nota: El dato de mortalidad por desnutrición corresponde a una mortalidad, sobre la cual en la unidad de análisis se identificó y se validó que el paciente no vive en Bogotá, por lo que se hizo el trámite respectivo, el cual está certificado por necropsia médico-legal ante las instituciones competentes.

3.2.3. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Este es un indicador importante que ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad, y cuya consecuencia es que la mortalidad prematura corresponda a los años de vida potencialmente perdidos por la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Adicionalmente 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 cerebrovasculares, 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 de años perdidos por mortalidad prematura durante 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 propias del periodo perinatal (45%) y enfermedades transmisibles (35%), como se muestra en la tabla 5

Tabla 5. Años de vida potencial perdidos por grandes causas según sexo. Bogotá 2005-2017

Grupo	Sexo	2005	2006	2007
200 Neoplasias	Femenino	64.491	63.887	65.654
	Masculino	46.569	47.407	48.227
	Total	111.061	111.294	113.881
600 Todas las demás enfermedades	Femenino	71.631	69.855	72.091
	Masculino	69.599	72.360	70.385
	Total	141.230	142.215	142.477
500 Causas externas	Femenino	26.904	24.772	25.103
	Masculino	132.392	120.293	122.633
	Total	159.296	145.065	147.736
300 Enfermedades sistema circulatorio	Femenino	53.275	53.141	56.237
	Masculino	53.120	55.201	57.006
	Total	106.395	108.342	113.243
100 enfermedades transmisibles	Femenino	21.581	19.606	18.477
	Masculino	37.084	32.577	33.269
	Total	58.665	52.183	51.746
400 ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Femenino	30.585	25.970	29.595
	Masculino	37.173	36.610	38.212
	Total	67.759	62.580	67.806
700 signos, síntomas y afecciones mal definidas	Femenino	11.563	10.880	7.482
	Masculino	20.426	19.179	14.802
	Total	31.989	30.059	22.284

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
66.066	70.842	69.734	72.263	74.826	75.684	80.034	79.093	84.418	82.078
50.048	51.097	53.706	55.413	59.193	60.805	60.746	63.257	64.020	65.605
116.114	121.940	123.441	127.675	134.020	136.489	140.780	142.350	148.438	147.683
73.727	66.910	74.694	71.379	68.032	64.146	65.003	67.036	68.586	66.192
71.796	66.889	70.495	64.574	69.575	66.848	66.701	66.632	66.100	67.022
145.523	133.799	145.189	135.954	137.607	130.995	131.704	133.668	134.687	133.214
20.799	21.709	22.284	20.680	21.571	18.028	21.132	20.546	20.060	21.220
117.482	126.088	323.293	112.660	102.580	95.587	104.351	106.687	108.446	99.612
138.281	147.797	145.576	133.339	124.151	113.615	125.484	127.233	128.506	120.832
56.000	49.659	52.313	52.805	53.403	52.032	54.651	56.605	54.354	55.927
54.813	52.612	53.957	54.461	58.958	56.209	59.178	59.163	60.158	61.038
110.812	102.272	106.271	107.266	112.361	108.240	113.830	115.768	114.513	136.965
19.427	19.509	16.599	15.683	16.699	13.236	12.532	11.766	14.502	13.697
35.163	28.042	29.509	27.202	25.808	26.520	22.310	22.867	25.992	24.143
54.591	47.552	46.109	42.885	42.507	39.756	34.842	34.633	40.493	37.841
25.723	25.246	23.740	22.913	24.153	19.164	19.222	14.309	16.643	15.958
36.215	33.174	27.645	29.976	27.961	23.443	26.865	24.016	22.596	21.012
61.938	58.420	51.386	52.889	52.115	42.606	46.086	38.325	39.240	36.970
8.498	11.199	12.343	12.112	8.909	8.973	6.703	8.318	8.134	5.053
13.962	19.004	20.810	21.399	13.759	12.000	12.393	15.109	15.156	9.223
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. MSPS.

En general, se observó que las neoplasias presentaron un aumento en el aporte a este indicador durante el periodo de análisis, situación contraria a la de las enfermedades transmisibles, que han presentado disminución; esto puede deberse 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.

3.2.4. 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, y que es menos acentuada en el cáncer. Los valores de las tasas para dichas 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, tal 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 causantes de muerte han sido beneficiosos, pero 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

3.2.5. Los determinantes sociales en salud en Bogotá, D. C.

han mostrado 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, dichas muertes podrían indicar que hay acciones pendientes para disminuir desigualdades en el interior de la población.

Para el Ministerio de Salud, el modelo explicativo de los determinantes sociales de la salud se entiende como: “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan en la salud. También se lo 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 efectivas” . (Ministerio de Salud. “Determinantes Sociales en Salud”. Santiago de Chile, 24 de enero de 2019. Página 1 de 1) (MinSalud, 2019, p. 1).

Bogotá presenta un índice de pobreza del 24,3%, lo que corresponde a la mitad de la que se presenta en el país. Esta situación es más compleja al observarse las diferencias cuando se calculan en el área urbana o la rural, y que son más del doble en la ruralidad. Según 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: en las mujeres es del 13,4%, y en los hombres, del 11,9%. Y en la extrema pobreza, en las mujeres es del 3,5%, y en los hombres, del 2,0% (SDP, 2020).

Además de 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 (del 13% frente al 9,8% de los hombres): también un número mayor de ellas trabajan en la informalidad (42,5% frente y 41% hombres) y una tasa de ocupación menor (55% frente al 68% de los hombres), según cifras del DANE (2019).

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

De otra parte, se presentan 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 relación con la violencia hacia las mujeres, en 2015, según el reporte de Bogotá Cómo Vamos, cada día en el Distrito Capital, en promedio, 25 mujeres fueron agredidas por su pareja; otras 10, víctimas de presunto delito sexual, y 34, víctimas de violencia interpersonal. Así mismo, cada 3 días una mujer fue asesinada en Bogotá; todo lo anterior se traduce en deficiencias en el dialogo social y en desconfianza, lo que, a su vez, favorece una débil convivencia 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 Bolívar concomitante con ello, están los delitos y la ilegalidad, que afectan a los ciudadanos del común que transitan por el espacio público. Les siguen en su orden las muertes y los hechos violentos, con afectación primordial contra mujeres, peatones, ciclistas y usuarios en general del transporte público. Hay una necesidad sentida de realizar un POT

que esté articulado con la región (es decir, con los municipios vecinos), en beneficio de la integración en movilidad, medio ambiente y productividad, buscando, entonces, apoyar la conformación del área Bogotá-Región.

De las 163.634 hectáreas que tiene en total Bogotá, 95.967 conforman la estructura ecológica principal; las anteriores cifras implican que el 58% del área del Distrito Capital es vital para la preservación y la conservación de Bogotá. En este contexto, adquieren relevancia 15 humedales, 4 parques ecológicos distritales de montaña y 4 aulas ambientales.

El sector salud en Bogotá, D. C., asume el reto ante un previo reconocimiento de esta situación manifiesta. En este contexto de "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI" 2020-2024, la administración distrital 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.



4. Emergencia sanitaria por COVID-19

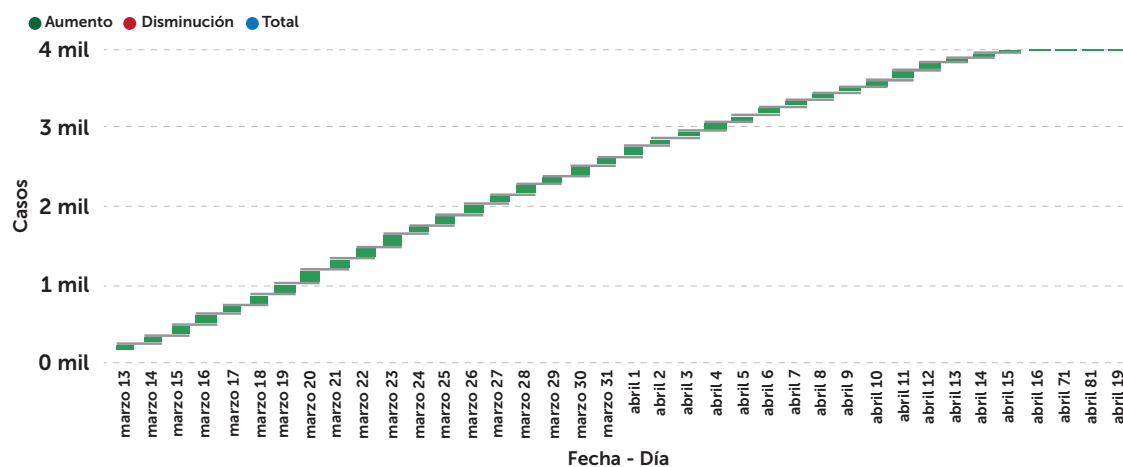
Bogotá, D.C.

4. Emergencia sanitaria por COVID-19

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

El 10 de marzo de 2020, el MSPS 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 la Resolución 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 COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020, y en virtud de esta, adoptó una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación de COVID-19 y mitigar sus efectos. A partir del 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; 12 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, como se muestra en la figura 18.

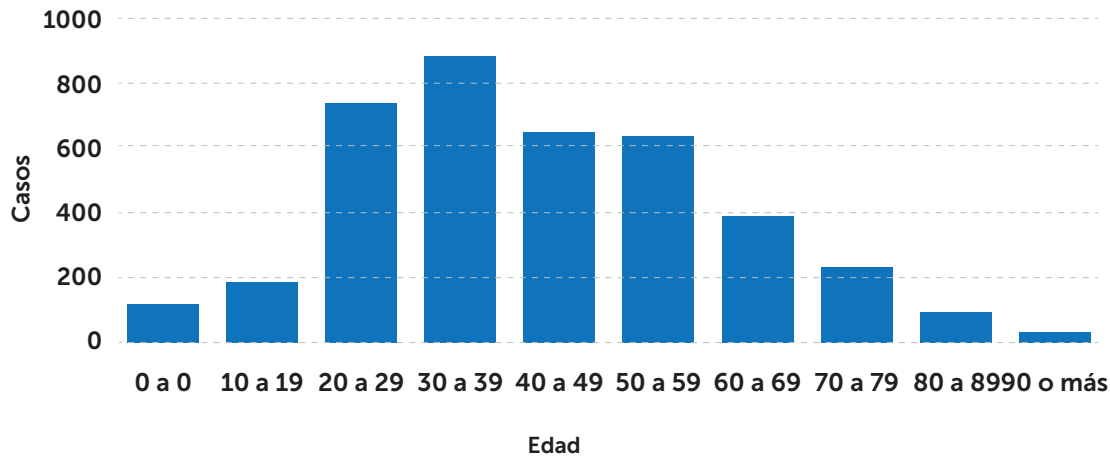
Figura 18. Casos Confirmados por COVID-19 en Colombia 2020



Fuente: INS

Un mes y 17 días después del primer caso, la cifra de positivos para COVID-19 se acerca a los 4000 casos; sin embargo, la tendencia no es exponencial: por el contrario, las acciones de aislamiento la han desacelerado. Por grupos de edad, el grupo etario de 30-39 años ha sido el más afectado frente al total de casos de muerte registrados en el país; en segundo lugar está el grupo de 20-29 años, y en tercer y cuarto lugares están los grupos de 40-49 años y de 50-59 años, como se muestra en la figura 19.

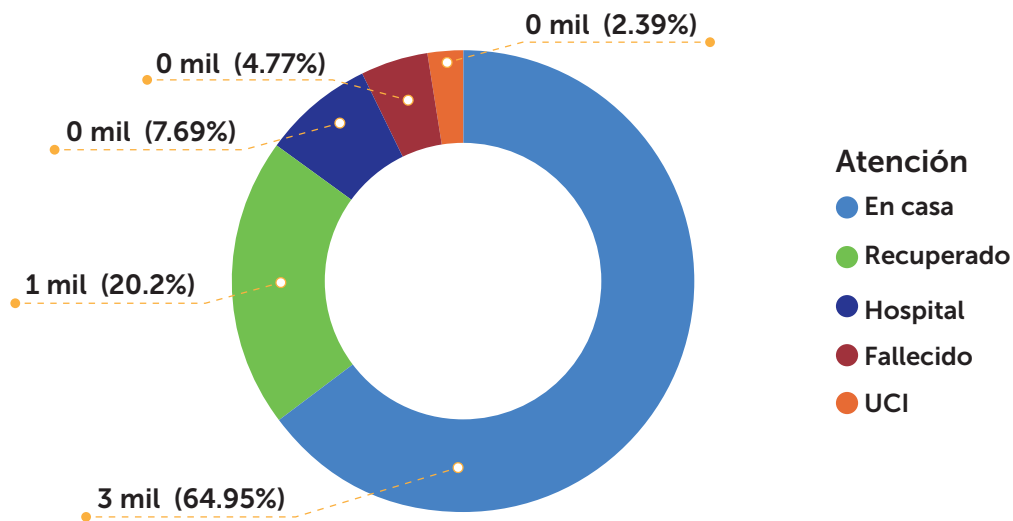
Figura 19. Casos de COVID-19 confirmados por grupos de edad en Colombia (2020)



Fuente: INS

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 y el 2,39% ha fallecido, como se muestra en la figura 20.

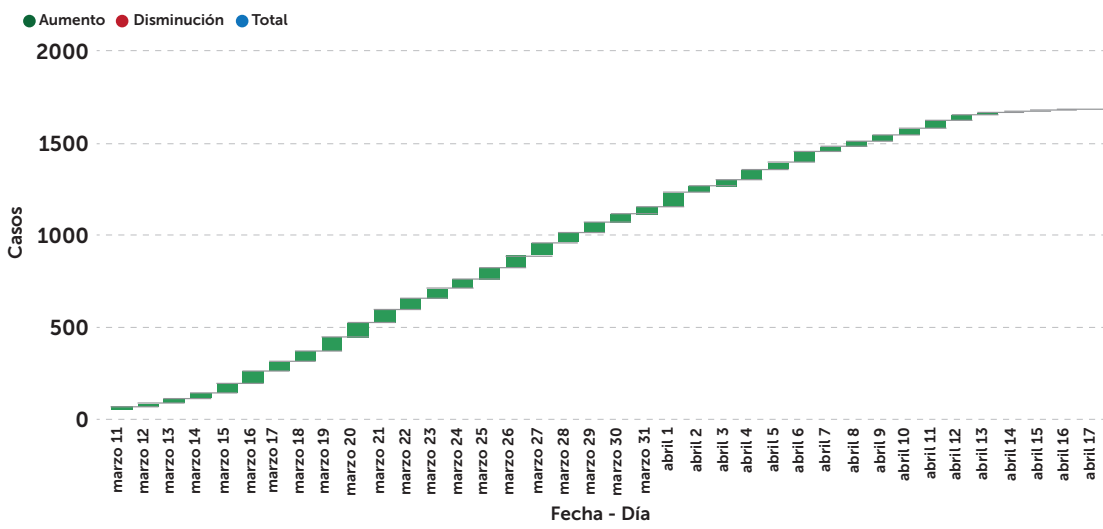
Figura 20. Casos de COVID-19 confirmados por tipo de atención en Colombia (2020)



Fuente: INS

Por otra parte, es necesario reconocer particularidades y retos para el 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 la figura 21 se puede ver cómo la curva es muy pronunciada, similar a la registrada para el país.

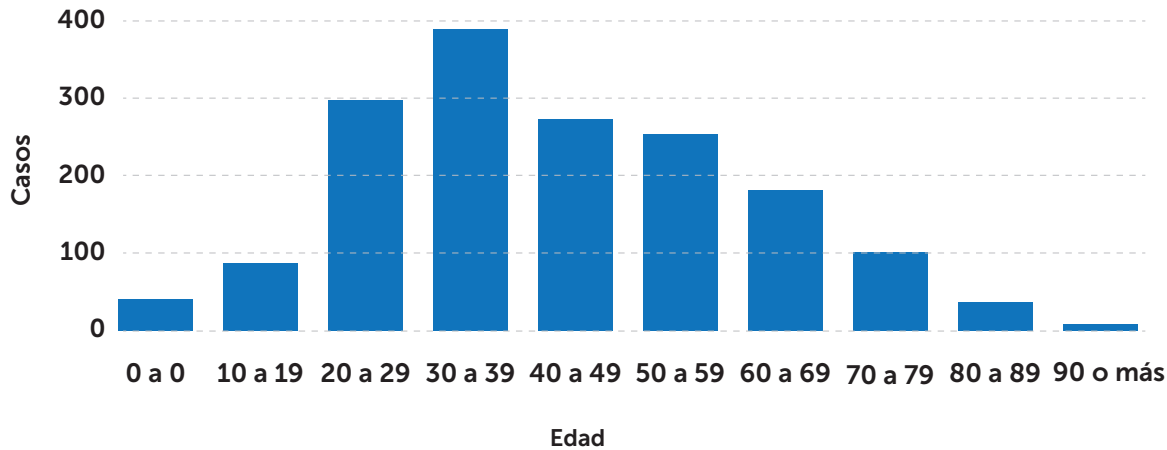
Figura 21. Casos de COVID-19 confirmados en Bogotá, D.C. (2020)



Fuente: INS

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 20-39 años, seguido del grupo de 20-29 años y del grupo de 40-49 años, como se muestra en la figura 22.

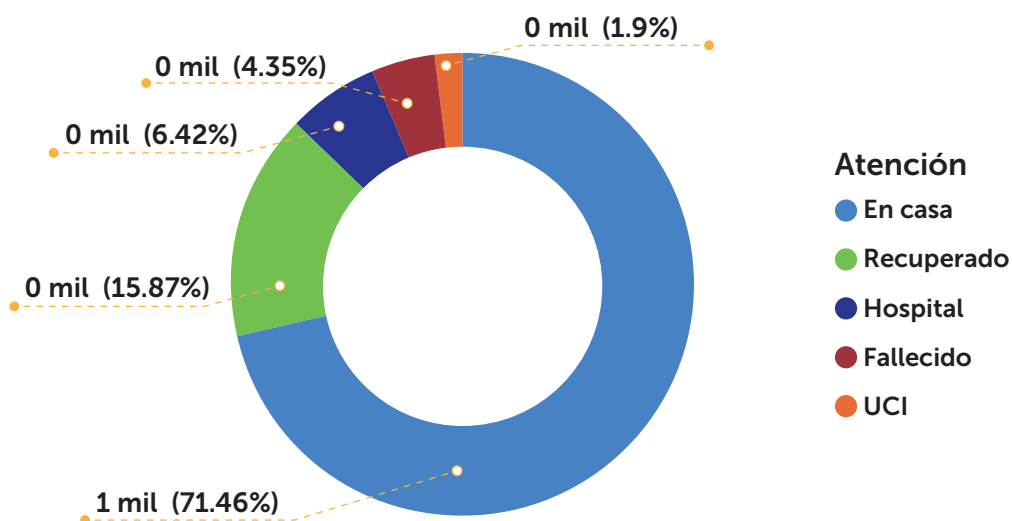
Figura 22. Casos de COVID-19 confirmados por grupos de edad en Colombia (2020)



Fuente: INS

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, como se muestra en la figura 23.

Figura 23. Casos COVID-19 confirmados por tipo de atención en Bogotá, D.C. (2020)



Fuente: INS

El Distrito Capital, lo mismo 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, como se muestra en la 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	4.587	34	1.974	146	6.561
General pediátrica	60	1.243	27	529	87	1.772
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 adultos	62	478	15	98	77	576
Cuidado intensivo adultos	59	755	12	198	71	953
Urgencias	46	0	36	0	82	0
Total (General)	499	7.901	177	3.253	676	11.154

Fuente: SDS.

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 COVID-19 (Anexo 6), dentro de las cuales se destacan la disposición de un hospital provisional en Corferias, que tendrá capacidad para 2000 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”.

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

- Para 2024, atender el 100% de los brotes y las emergencias en salud pública, así como las propias de los eventos de salud pública de interés internacional.
- Para 2024, implementar el plan de acción para la prevención, la contención y la mitigación de La pandemia por COVID-19 en Bogotá, D. C.
- Para 2024, disponer de un laboratorio de salud pública con tecnología de punta y bioseguridad tipo 3, que avanza hacia una Unidad Administrativa Pública.
- Para 2024, incrementar en el 8% los establecimientos sobre los cuales se verifican las condiciones higiénico sanitarias con enfoque de riesgo.

Ajustar el actual modelo de salud, para basarlo en APS incorporando los enfoques poblacionales diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo, que incluya la ruralidad y aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad y la conformación de 200 equipos de atención territorial interdisciplinarios, que abordarán, como mínimo, el 40% de las UPZ de la ciudad focalizando la población por índice de pobreza multidimensional e incluyendo una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y a las personas en condición de discapacidad.

- Para 2024, realizar el seguimiento a la implementación de un modelo de salud basado en APS, ajustado con enfoques poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo, y que incluya la ruralidad y el aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad involucrando las EAPB autorizadas para operar en Bogotá, D. C. y las IPS priorizadas.
- Para 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
- Para 2024, mantener el 100% de la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá, D. C.
- Para 2024, mantener la atención en el 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).
- Para 2024, hacer seguimiento e incrementar de 6 a 8 las RIAS en las 4 subredes integradas de servicios de salud pública distritales, de manera progresiva y escalable, dentro del marco del modelo de salud.

5. Resultados de la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS y a las demás EAPB y las ARL

En la Resolución 1536 de 2015, el MSPS establece los contenidos y los alcances del PTS, así como las entidades responsables de adelantar cada uno de los capítulos. En el Título II, artículo 7, se determina como uno de los contenidos del PTS la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, y a las demás EAPB y las 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.

Así mismo, en el Título III, Capítulo I, artículos 12-18 de la mencionada resolución se incluyen las obligaciones que tienen las EPS, las EAPB y las ARL para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando los insumos que permitan su ejecución. De manera específica, en el artículo 14 se establece la responsabilidad para las EPAB de hacer 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.

Como resultado del ejercicio de caracterización y priorización para Bogotá, D. C., adelantado por las EAPB bajo la coordinación y el liderazgo de la SDS, 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 cardiocerebrovascular-metabólico, que es el identificado con mayor frecuencia dentro de las prioridades 1, 3 y 5. En segundo lugar están la población con riesgo de infecciones y la población con riesgo de presencia de cáncer, como se muestra en la tabla 7 y el anexo 7.

Tabla 7. Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad 1	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas
Prioridad 2	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con infecciones
Prioridad 3	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas
Prioridad 4	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer
Prioridad 5	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas

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

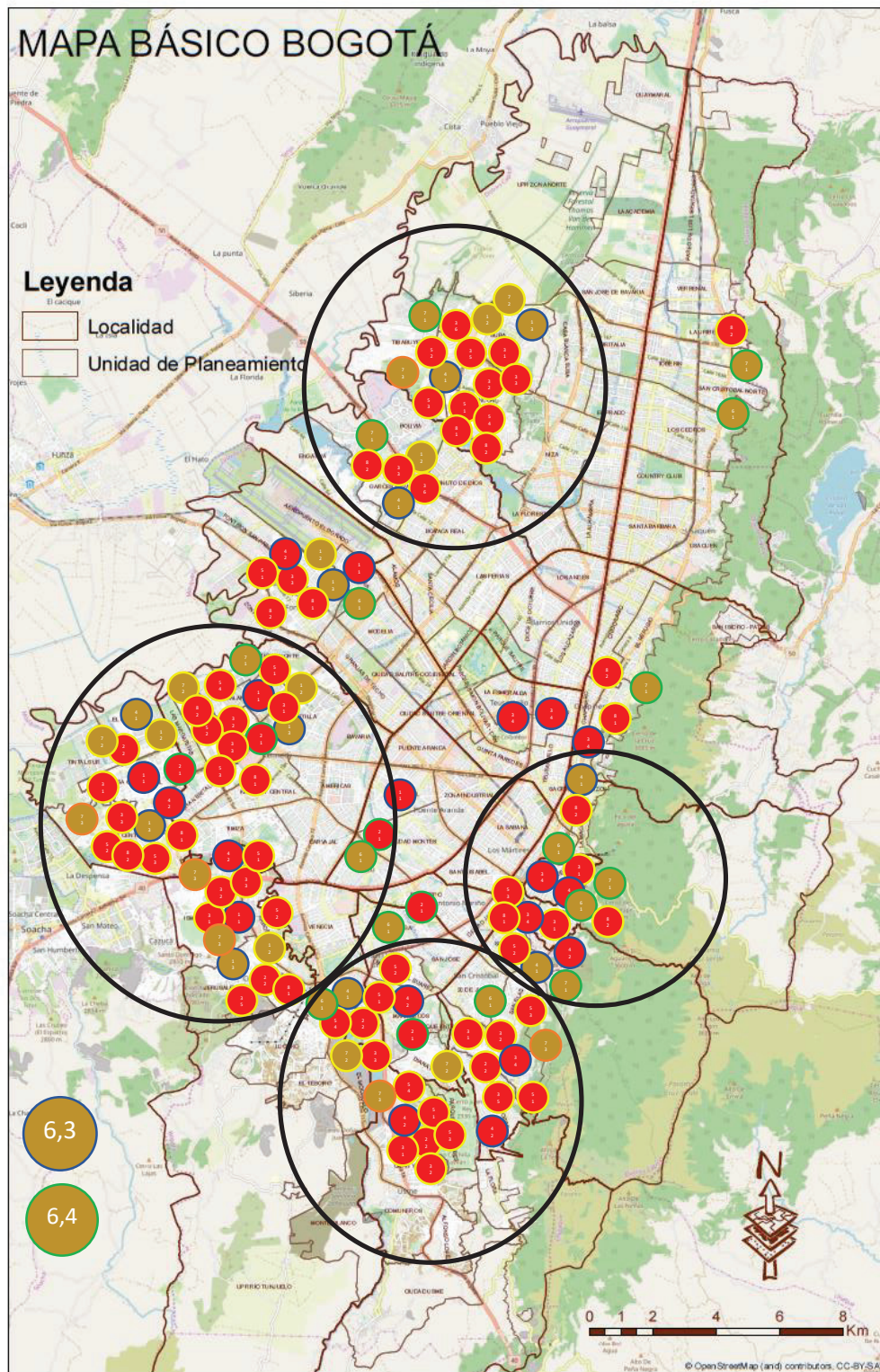


6. Configuración y priorización en salud

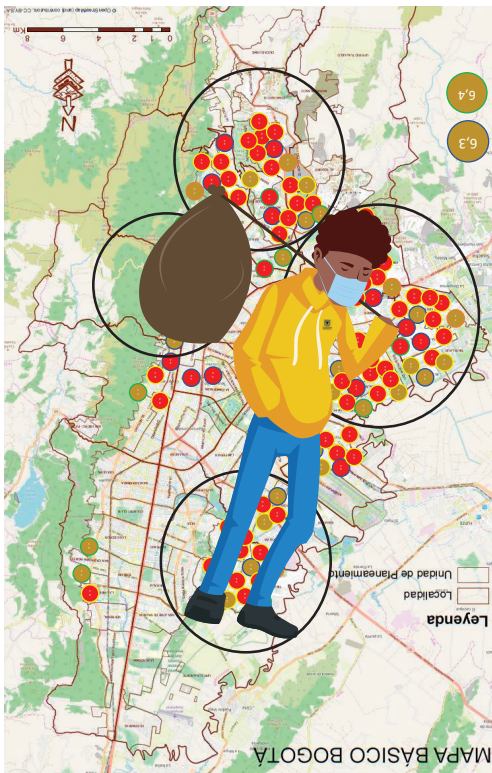
Bogotá, D.C.

6. Configuración y priorización en salud

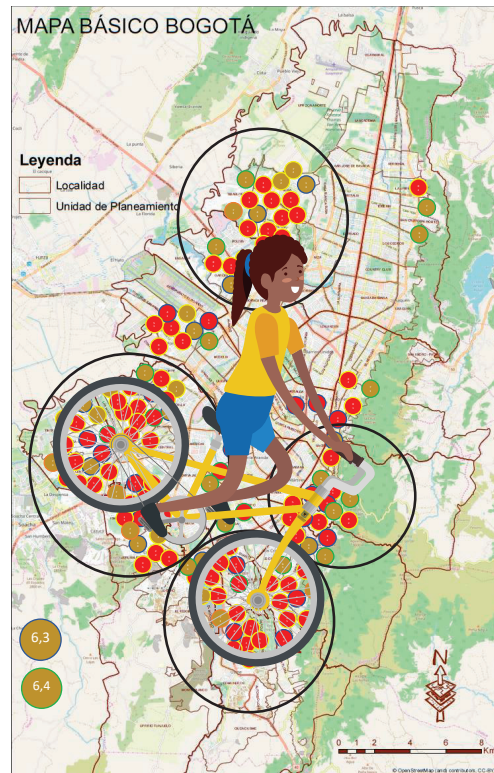
Figura 24. Configuración del territorio; metáfora actual y metáfora deseada; configuración del territorio



Metáfora actual



Metáfora deseada



6.1. 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, en el social y el familiar, dentro 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 las cargas que genera el territorio, y la otra, en el bolsillo de su saco, porque no tiene las oportunidades para trabajar en condiciones dignas. Lleva su rostro mirando al piso, pensando qué va a hacer con su vida y cómo sobrevivir.

6.2. Metáfora deseada

La joven representa al ciudadano que a través del nuevo contrato social se 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 propios 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 un tapabocas. Las ruedas representan el avance, y se mueven juntas, como toda la ciudadanía con el sector público y el privado. Los engranes representan la articulación intersectorial e interadministrativa, la cual permite que estas ruedas avancen. La mujer lleva sus manos al volante, con el mensaje de que el rumbo de nuestra vida y el futuro están en nuestras manos; mira hacia arriba, con una mejor perspectiva de lo que será Bogotá entre 2030 y 2038: una nueva ciudadanía.

6.3. Ejes estructurantes deseados -tensiones transformadas (PASE)

Tabla 8. Ejes estructurantes deseados-tensiones transformadas. Bogotá, D. C.

Dimensión	Alcance
Dimensión salud ambiental	Disminución de la enfermedad cardiovascular y respiratoria atribuibles a la contaminación del aire, por medio del control de los factores de riesgo que favorecen esa contaminación; igualmente, por la apropiación de las prácticas 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 la 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 a vivir 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, las familias y las comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante acciones de gestión coordinada entre el sector y los 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 la prevención y la intervención del consumo de sustancias psicoactivas, y que permiten mejorar su calidad de vida y su 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 cuidadores reconociendo contextos, culturas, género, 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 la 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 la paternidad planeadas, seguras y felices.
	Familias gestantes y lactantes que viven y habitan el Distrito Capital ejerciendo el derecho a la maternidad y la paternidad responsables; que cuidan a sus niños generando adherencia y corresponsabilidad a través de la asistencia a la atención integral en salud con calidad a los programas pre y posnatales.
	Padres, madres y cuidadores que protegen y orientan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de niños y adolescentes para la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, con el acompañamiento y la atención en servicios de salud cálidos, integrales, con enfoque poblacional diferencial.
Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	Ciudadanos 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, la prevención y el control de las IAAS.
	Ciudadanos informados y empoderados en el 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 ciudadanos 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, y que, 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 distintos eventos de interés de salud pública emergentes y reemergentes, nacionales e internacionales.
	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.

<p>Dimensión salud y ámbito laboral</p>	<p>Familias que promueven la desvinculación del trabajo infantil, a través del reconocimiento de los derechos de los niños y los adolescentes para la atención en salud, educación y manejo del tiempo libre y de su entorno social transformando sus modos y sus estilos de vida.</p> <p>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, de hábitos y estilos de vida saludable, y reconociendo los eventos de salud relacionados con el trabajo.</p>
<p>Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables</p>	<p>La ciudad, en articulación con el Sistema Distrital de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SDARIV), implementa estrategias de reparación integral dirigidas a la población víctima del conflicto armado articulando procesos sectoriales e intersectoriales para respuesta integral y para el restablecimiento efectivo de los derechos vulnerados a dichas comunidades; lo anterior, con la vinculación activa y efectiva de las víctimas a procesos de construcción e implementación de las políticas públicas, promoviendo la incidencia en diferentes instancias institucionales, sociales y comunitarias.</p> <p>Población víctima del conflicto armado residente en el Distrito Capital y que cuenta con acceso a servicios sociales que garantizan el cuidado, la inclusión y la sostenibilidad de esta población, así como con la satisfacción de las necesidades básicas que posibilitan 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 la carga de enfermedad y mitigan afectaciones e impactos diferenciales según la situación o la 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 y sus cuidadores incrementando las oportunidades para un acceso y una vinculación en igualdad de condiciones con los demás, así como a la oferta integral de salud y rehabilitación dentro del 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, resolutoria, participativa e incluyente, con ajustes razonables, y estructurada en tres componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento en prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo), así como en el uso de rutas sectoriales e intersectoriales para la promoción y la gestión integral de la salud. • Participación en redes de apoyo para informar y educar en prácticas de cuidado colectivo y del entorno. • 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>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 afrocolombianos, raizales, palenqueros, indígenas y rrom 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>Ruta Integral de Atención desde la Gestación hasta la Adolescencia (RIAGA), la Ruta de Oportunidades para Jóvenes (ROJ) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para los momentos del curso de vida de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, como mecanismos para contribuir a la atención integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de manera que se aporte a la transformación de condiciones sociales y económicas de esta población. Accesibilidad a servicios de salud, con énfasis en la prevención y el tratamiento integral de patologías propias de este momento de la vida. Programas sociales que involucran a la persona mayor como transmisor de conocimiento, experiencia y sabiduría social con sus pares, niños 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 este; su distribución y su aplicación serán responsabilidad de la entidad territorial, y 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 sus expectativas, a fin de 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.</p>

Fuente: equipo PASE a la Equidad en Salud- SDS.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



7. Componente estratégico de mediano plazo del PTS

Bogotá, D.C.

7. Componente estratégico de mediano plazo del PTS

7.1. Plataforma estratégica del PTS

7.1.1. 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, y 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 la habitan.

7.1.2. Visión

Para 2024, Bogotá, D. C., será una ciudad incluyente, protectora, cuidadora, sostenible y consciente, que promueve el bienestar de todos sus habitantes, bajo los enfoques 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 aunarán 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 y afectando determinantes sociales de la salud, y con ello, la morbilidad y la mortalidad evitables.

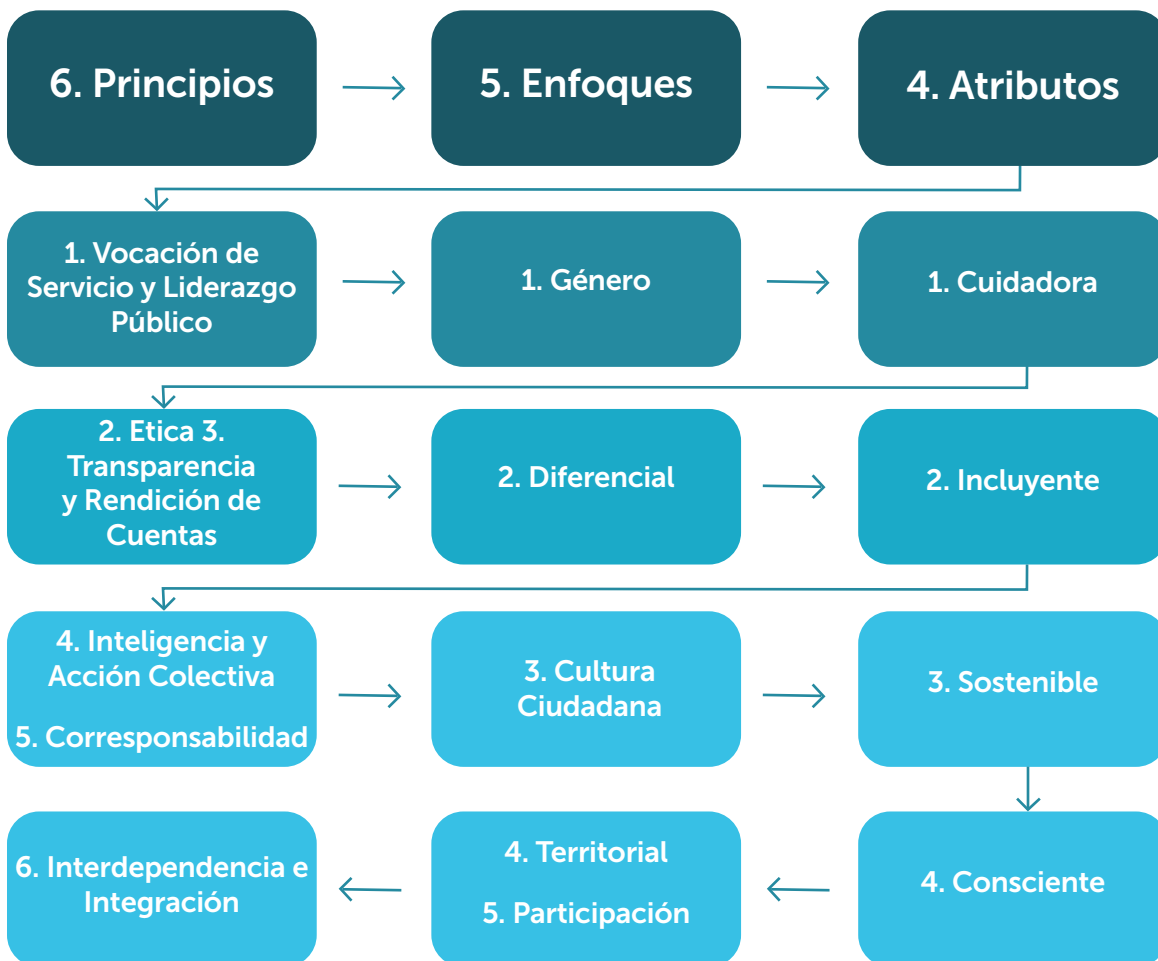
7.1.3. Objetivos estratégicos (desafíos priorizados)

- Consolidar un modelo de atención integral de salud fundamentado en la 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, responder a las necesidades de la población buscando mejorar la calidad de vida.
- Mejorar las condiciones, los modos y los hábitos de vida de la ciudadanía, por medio de la articulación de acciones colectivas e individuales con los programas intersectoriales e interadministrativos para reducir los factores de riesgo en salud y mejorar 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, que reduzcan los factores de riesgo asociados al entorno y al ambiente.

7.2. Principios, enfoques y atributos

Acorde con la visión y el objetivo general del plan de desarrollo, en el cual se busca la consolidación de un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI. que permita construir con la ciudadanía, de manera progresiva, 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 en torno a los principios, el enfoque y los atributos en los cuales se soporta la propuesta de la administración distrital para el periodo 2020-2024, como se muestra en la figura 25.

**Figura 25. Estructura del plan de desarrollo 2020-2024
(componente estratégico)**



Fuente: Acuerdo 761 del Concejo de Bogotá D. C. 11 de junio de 2020 "Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI".

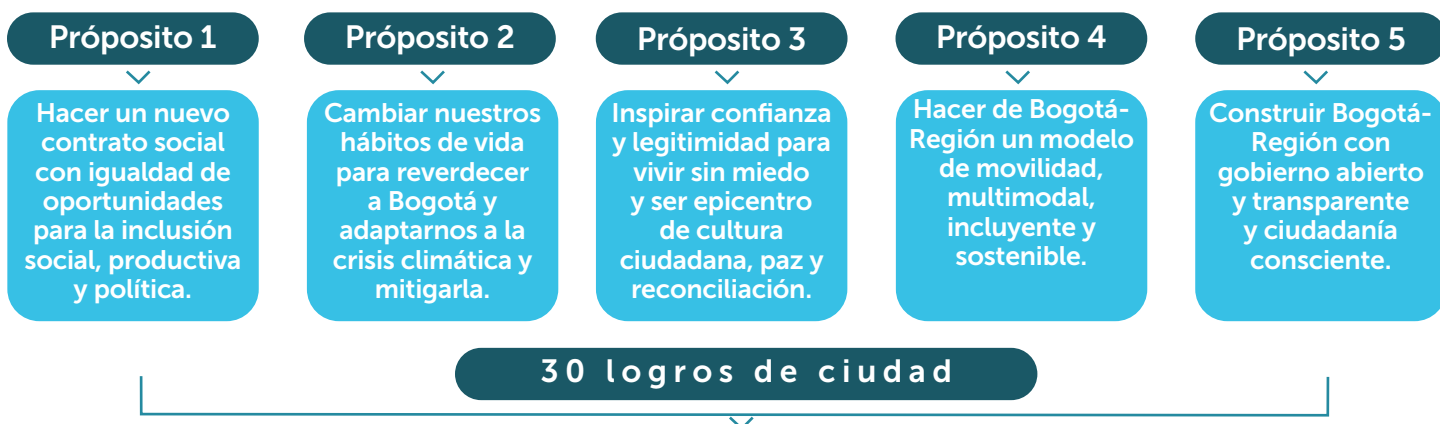
El sector salud en Bogotá, D. C., tendrá como principios básicos que caracterizarán la acción estatal y el quehacer de todas y cada una de las personas que forman parte del equipo de trabajadores de la salud en Bogotá, D. C., y que guiarán el ejercicio del servicio público de la salud en Bogotá, D. C.: la vocación de servicio y liderazgo público, la ética, la transparencia y la rendición de cuentas, la inteligencia y la acción colectivas, la corresponsabilidad, la interdependencia y la 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.

7.3. Propósitos, estrategias transversales y logros de ciudad

El PTS para Bogotá, D. C., 2020-2024 se fundamenta en los cinco pilares en los cuales la alcaldesa Claudia López fundamentó su programa de gobierno, y los cuales, a su vez, se constituyen en la columna vertebral del Plan de Desarrollo Bogotá, D. C., 2020-2024; a saber: 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 a la crisis climática y mitigarla; 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, y 5) construir una Bogotá-Región con gobierno abierto y transparente, y ciudadanía consciente, como se muestra en la figura 26.

Figura 26. Propósitos del Plan de Desarrollo 2020-2024

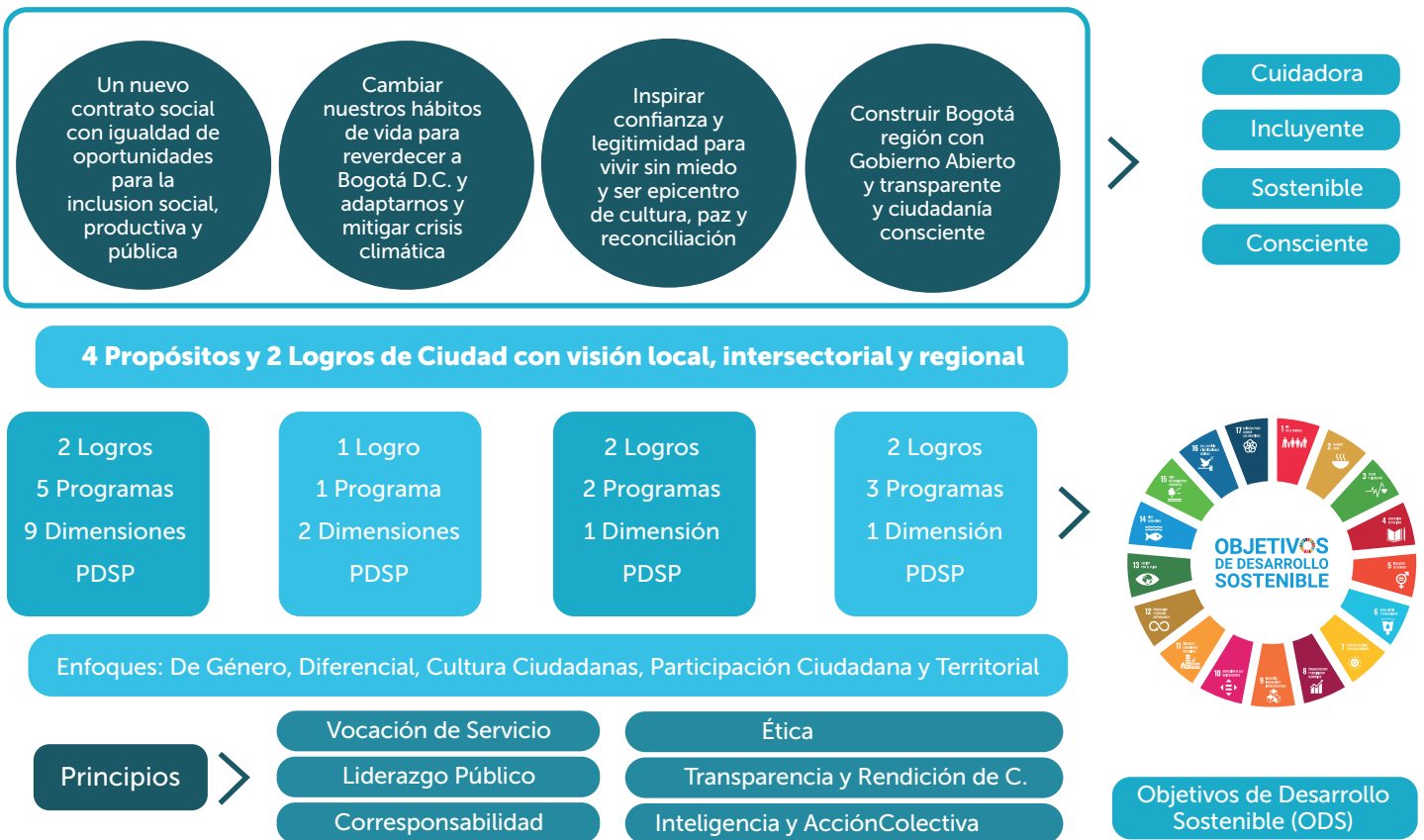


Fuente: Acuerdo 761 de 2020 "por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 "un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI", (Artículos 8 y 9).

La propuesta del desarrollo de la ciudad frente a los 5 propósitos del programa de gobierno de la alcaldesa se materializa en 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 57 programas generales, en los que se integran 500 metas de sectores que, a su vez, se agrupan en 17 programas estratégicos con 76 indicadores de gestión.

En el contexto de la visión y el objetivo general, así como de los 6 propósitos, 6 principios, 5 enfoques, 4 atributos, 30 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 donde se formula y se armoniza el PTS para Bogotá, D. C., para el periodo 2020-2024, y el cual aporta al logro de las apuestas de la actual administración, tal y como se muestra en la figura 28.

Figura 27. Participación del sector salud en el Plan de Desarrollo 2020-2024



7.3.1. Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política

Este propósito busca cerrar brechas y sentar las bases en estos cuatro años para lograr los ODS en 2030. De igual forma, persigue atender la emergencia social, económica y ambiental derivada de la pandemia por el COVID-19, mitigar sus consecuencias y generar condiciones de reactivación social y económica en el mediano y largo plazo. Para mitigar los efectos negativos que en materia económica genere la pandemia, este propósito también busca aumentar, de manera sostenible, la productividad, la competitividad, la innovación, el bienestar y la distribución equitativa de la prosperidad colectiva.

El propósito busca también redistribuir los costos y los beneficios de vivir en Bogotá y su región; también, generar condiciones de posibilidad para que las poblaciones que tradicionalmente han sido excluidas de las oportunidades de desarrollo y han asumido los mayores costos de vivir en la ciudad puedan ejercer plenamente sus derechos, realizar sus deberes y disfrutar de los beneficios de vivir en la ciudad. Para quienes han gozado de mayores oportunidades de desarrollo educativo, social y económico, aumentar las oportunidades de solidaridad, generación y redistribución de los beneficios de vivir en la ciudad, en función de disminuir las inequidades y aumentar las oportunidades para todos.

Frente a la pandemia generada por el COVID-19, se proponen estrategias para recuperar la pérdida económica y social derivada de la emergencia por COVID-19 capitalizando los aprendizajes y los canales de salud pública, solidaridad, redistribución y reactivación económica creados para atender y mitigar los efectos de la pandemia. De igual forma, se plantea articular esos aprendizajes y estos canales con estrategias de mediano y largo plazo que fortalezcan la capacidad creadora y transformadora de la ciudadanía y la pongan al servicio del bienestar colectivo; apuesten al acceso, a la permanencia y al mejoramiento de la calidad educativa; transformen los patrones de consumo y la promoción de hábitos de vida saludables; y permitan la optimización de las condiciones productivas de los hogares, las industrias y la comunidad de manera que se incremente la productividad social

Este propósito incluye 12 logros de ciudad, 28 metas trazadoras, 5 programas estratégicos, 46 metas estratégicas y 26 programas generales. El sector salud aporta en 2 de los 12 logros, así: 1) 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 los ámbitos distrital y local; y 2) 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: 1) Sistema Distrital de Cuidado; 2) Mejora de la gestión de instituciones de salud; 3) Prevención y cambios para mejorar la salud de la población; 4) Salud para la vida y el bienestar, y 5) Salud y bienestar para niñas y niños.

7.3.1.1. Programa Sistema Distrital de Cuidado

Se lo entiende como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad, acorde con estándares existentes de derechos humanos en materia de cuidado. Concibe al menos dos tipos: el cuidado indirecto, o trabajo doméstico, y el cuidado directo, que comprende el cuidado de personas en condición de dependencia, incluyendo el cuidado y la formación de los niños, el cuidado de ancianos y enfermos y de personas con discapacidad, y el cuidado de los animales domésticos. Incluye acciones individuales y colectivas que promuevan la transformación cultural para la redistribución de las labores de cuidado y la participación de las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores en los asuntos que tienen que ver con su salud, con sus vidas y con 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 la 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 la dimensión del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP): gestión diferencial de poblaciones

- Para 2024, incrementar la vinculación en 70.000 personas con discapacidad y sus cuidadores a las acciones individuales y colectivas para la identificación, el reconocimiento y la atención integral a las necesidades diferenciales en salud e inclusión priorizando estrategias de prevención de la salud mental (meta sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, incrementar en 24.000 personas con discapacidad la participación en las acciones de rehabilitación basada en comunidad (RBC), como respuesta integral y multisectorial (partiendo de una línea de base de 20.000, llegar a 44.000).
- Para 2024, incrementar en 36.000 cuidadores de personas con discapacidad la participación en las acciones de RBC, como respuesta integral y multisectorial. (Partiendo de una línea de base de 30.000, llegar a 66.000).
- Para 2024, llegar a 10.000 cuidadores de personas con dependencia funcional moderada y severa, mediante acciones de RBC, como respuesta integral y multisectorial.

7.3.1.2. Programa 'Mejora de la gestión de instituciones de salud'

El programa busca llevar la salud a la residencia, al barrio y al entorno. Desarrolla de manera efectiva un modelo de salud basado en 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 reconocen realidades

distintas en las diferentes localidades, y 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 la dimensión del PDSP-Autoridad Sanitaria Territorial

- Para 2024, continuar con la implementación del Plan de Asesoría y Asistencia Técnica a la EPS Capital Salud y las subredes, con miras a fortalecer su articulación, su complementariedad y su sostenibilidad (financiera y técnica), dentro del marco del modelo de salud ajustado con enfoques poblacional, diferencial, participativo, resolutivo y territorial. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Ajustar el actual modelo de salud para basarlo en APS incorporando los enfoques poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo, y que incluya la ruralidad y el aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad. La implementación del modelo incluirá coordinaciones por localidad y la conformación de 200 equipos de atención territorial interdisciplinarios, que abordarán, como mínimo, el 40% de las UPZ de la ciudad focalizando la población por índice de pobreza multidimensional e incluyendo una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio que priorizará a los adultos mayores y a las personas en condición de discapacidad. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, orientar la implementación de las RIAS con énfasis en las priorizadas para el Distrito Capital, en las redes integrales de prestadores de servicios de salud de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá, D. C.
- Para 2024, realizar el seguimiento a la implementación de un modelo de salud basado en APS, ajustado con enfoques poblacional, diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo, territorial y resolutivo, y que incluya la ruralidad y aporte a modificar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud en la ciudad involucrando las EAPB autorizadas para operar en Bogotá, D. C., y las IPS priorizadas.
- Para 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 mantener el 100% de la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública en Bogotá, D. C.
- Para 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.
- Para 2024, disponer de un laboratorio de salud pública con tecnología de punta y bioseguridad tipo 3, que avance hacia una unidad administrativa pública.
- Para 2024, mantener en el 100% la garantía de la atención en salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS a cargo del Distrito Capital.

- Para 2024, diseñar e implementar un abordaje para la atención en salud para población migrante, de conformidad con la normatividad vigente.
- Para 2024, conseguir una cobertura del 95% o más en el aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital. (Con base en Censo DANE 2018). (Meta Sectorial del Plan de Desarrollo).
- Para 2024, cumplir con el avance del plan de fortalecimiento de la infraestructura y la dotación del sector salud. Contribuir al cierre de brechas de inequidad territorial con el sur y el suroccidente de la ciudad, mediante la ampliación de servicios de salud en las localidades con menos servicios, tanto por la creación de nueva infraestructura como con el fortalecimiento de los servicios actuales. Esto, en defensa del derecho a la salud y en virtud de sus elementos esenciales, como: accesibilidad equidad y progresividad.

Porcentaje de avance en construcción y dotación de tres (3) instalaciones hospitalarias. LB. 4.3 % (Meta: 75%)

Porcentaje de avance en construcción y dotación de Centros de Atención Prioritaria en Salud (16 terminados, 1 en obra y 3 en estudios y diseños) LB. 1% (Meta: 100%)

Porcentaje de avance en estructuración de tres (3) instalaciones hospitalarias. LB. 0% (Meta: 100%)

Porcentaje de avance en obras y dotación complementarias para la infraestructura en salud del D.C. (10 unidades de servicios, 3 salud mental y 1 laboratorio de biocontención). LB. 1% (Meta: 80%). (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

- Para 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 Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, lograr el 95% de intercambio recíproco de la información de los procesos (administrativos-asistenciales) en la historia clínica de las 4 subredes de servicios de salud y el 50% de intercambio recíproco de la información de los procesos (administrativos asistenciales) en los sistemas de información de historias clínicas en las IPS privadas, que concentran el 80% de la oferta de los servicios de salud de alta complejidad que se encuentran incluidos en el plan de beneficios en salud, interoperen con la HCEU según lo establecido en la Ley 2015 de 2020.

En la dimensión del PDSP Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

- Para 2024, mantener por debajo del 2% la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud.

En la dimensión del PDSP Salud Pública en

Emergencias y Desastres

- Para 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), modernizando el CRUE de la SDS, para responder con oportunidad y calidad. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, mantener al 100% la gestión del riesgo en salud frente a emergencias y desastres, a través del fortalecimiento de competencias, preparación y respuesta, de acuerdo con las amenazas y a la dinámica distrital y regional.
- Para 2024, la atención de emergencias CRUE de la ciudad, tanto en su componente prehospitario como en el hospitalario, será coordinada y gestionada con la dotación y la operación de un centro de mando integrado georreferenciado con información en tiempo real.

En la dimensión del PDSP Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles

- Dentro del marco de la ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud, implementar con el 100% de las EAPB una estrategia para la promoción y la prescripción de la actividad física, haciendo énfasis en personas con riesgo cardiovascular alto y medio.

7.3.1.3. 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. Se busca: detectar oportunamente la enfermedad o fortalecer el proceso de recuperación o rehabilitación del paciente; disminuir la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (tosferina, varicela, hepatitis A, parotiditis y meningitis) y controlar la pandemia de COVID-19. Ello contribuirá a la inclusión social y al desarrollo integral de familias, comunidades y población en general, así como al mejoramiento de espacios personales y entornos territoriales. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Convivencia Social y Salud Mental

- Para 2024, ejecutar un programa de salud mental a través de acciones de atención integral que incluyan la promoción y la prevención, consejería e intervención con enfoque comunitario. También, mediante el reforzamiento de dos centros de salud mental actuales y la creación de un nuevo centro especializado con tratamiento diferencial de menores de edad, y la implementación de unidades móviles especializadas. Para la prevención del

consumo de sustancias psicoactivas se llevarán a cabo acciones enfocadas en el cuidado y la prevención, con énfasis en el control del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Para la atención de consumidores problemáticos y habituales de sustancias psicoactivas se usarán estrategias de reducción del daño. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

- Para 2024, mejorar los niveles de habilidades y competencias protectoras de la salud mental en 301.405 niños y adolescentes y cuidadores en los entornos de vida cotidiana.
- Para 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 la dimensión del PDSP sustancias psicoactivas.
- Para 2024, crear y mantener en funcionamiento el Fondo Rotatorio de Estupefacientes.
- Para 2024, crear y mantener en funcionamiento el Observatorio Intersectorial de Drogas.
- Para 2023, contar con un estudio sobre trastornos y problemas en salud mental.

En la dimensión del PDSP Vida Saludable y Enfermedades Trasmisibles

- Para 2024, disminuir en el 20% la morbilidad por enfermedades transmisibles en control (tosferina, varicela, hepatitis A, parotiditis y meningitis). (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Atender el 100% de los brotes y las emergencias en salud pública, así como de los eventos de salud pública de interés internacional. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 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.
- Para 2024, implementar el plan de acción para la prevención, la contención y la mitigación de la pandemia por COVID-19 en Bogotá, D. C.
- Para 2024, alcanzar el 90% de personas que conviven con el VIH y conocen su diagnóstico, el 90% que acceden al tratamiento y el 80% que alcanzan la carga viral indetectable.
- Para 2024, mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis en menos de 1 caso por 100.000 habitantes en el D.C.

En la dimensión del PDSP Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles

- Para 2024, mantener la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por debajo de 127 por 100.000 personas en edades de 30-69 años. Implementar, para ello, estrategias de promoción de prácticas y estilos de vida saludable, para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer y enfermedades de las vías respiratorias inferiores, entre otras. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

- Para 2024, cumplir con el 30% del plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuesta y afectada por condiciones crónicas en Bogotá, D. C., dentro del marco de los nodos sectoriales e intersectoriales en salud.
- Para 2024, incrementar en el 30% la oportunidad en el inicio de tratamientos para la leucemia en menores de 18 años.
- Incrementar en el 40% la oportunidad en el inicio de tratamientos para cáncer de cuello uterino y de mama en las mujeres. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

En la dimensión del PDSP Salud y Ámbito Laboral

- Para 2024, que el 50% de los trabajadores informales intervenidos por el sector salud mejoren sus condiciones de salud y trabajo.

En la dimensión del PDSP Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Para 2024, que el 65% de escolares de 5-17 años de las instituciones educativas intervenidas tengan un estado nutricional adecuado, según el indicador Índice de Masa Corporal para la Edad.

7.3.1.4. Programa salud para la vida y el bienestar

Reducir la mortalidad materna promocionando la salud materna, perinatal y de aquellas poblaciones que cuentan con condiciones diferenciales o de vulnerabilidad. Se formula bajo criterios de inclusión, respetando cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada población y apuntando a una atención con acciones promocionales y preventivas más seguras, eficientes y equitativas. De la misma forma, la administración distrital, a través de la SDS, adelantará acciones de articulación y gestión intersectorial con el Gobierno nacional para promover la ruta de atención integral de salud en la lactancia y el cuidado de la mujer gestante. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- Para 2024, disminuir en el 20% la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, reducir en el 10% la tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos + fetales (Cierre de base de datos 2018 EEVV- RUAF tasa de 14,6).
- Para 2024, cero tolerancia con la maternidad temprana en niñas de

10-14 años reduciéndola en el 20%, previniendo el delito de violencia sexual contra las niñas y fortaleciendo las capacidades sobre derechos sexuales y reproductivos de niños, adolescentes y sus familias.

- Para 2024, reducir en el 10% la maternidad y la paternidad tempranas en mujeres con edades entre 15 y 19 años fortaleciendo las capacidades sobre derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, jóvenes y sus familias.
- Para 2024, reducir en el 35% los nacimientos en mujeres con edad ≤ 19 años que ya tuvieron un hijo.

En la dimensión del PDSP Gestión Diferencial de Poblaciones

- Para 2024, incrementar en el 33% la atención a las poblaciones diferenciales (etnias, comunidad LGBTI, habitantes de la calle, carreteros, personas que ejercen actividades sexuales pagadas), desde la gestión de la salud pública y acciones colectivas. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 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.

7.3.1.5. Programa: Salud y bienestar para niñas y niños

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

En la dimensión del PDSP Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Para 2024, llevar a cero la tasa de mortalidad por 100.000 en menores de 5 años por desnutrición aguda como causa básica. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, disminuir al 17% la proporción de niños menores de 5 años con estado nutricional inadecuado según el indicador peso para la talla.
- Para 2024, certificar las 4 subredes y las 10 IPS privadas con la estrategia de instituciones amigas de las mujeres y la infancia integral.
- Para 2024, lograr y mantener por encima del 65% la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses. Línea de base: 59,3%, equivalente a 3,6 meses. Fuente: SISVAN.

En la dimensión del PDSP Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

- Para 2024, lograr y mantener coberturas de vacunación $\geq 95\%$ en los biológicos del PAI, incluida la varicela, y realizar el estudio de inclusión de la vacuna contra el herpes zóster.

En la dimensión del PDSP Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- Para 2024, disminuir en el 25% la incidencia de sífilis congénita (Meta Sectorial del Plan de Desarrollo).
- Para 2024, reducir en el 8% la tasa de mortalidad infantil implementando programas y acciones de promoción y prevención (entre los que se encuentra el programa ampliado de inmunizaciones PAI y la gestión de riesgo preconcepcional, prenatal y postnatal); de igual forma, se fortalecerán acciones para la identificación temprana de posibles casos de meningococo para garantizar la aplicación de la vacuna como acción preventiva para su contención. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, incrementar en el 20% la detección precoz y la atención integral de niños con defectos congénitos, a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo para preconcepciones, tanto prenatal como postnatal.

7.3.2. Propósito 2. Cambiar nuestros hábitos de vida para reverdecer a Bogotá y adaptarnos a la crisis climática y mitigarla

Este propósito le apunta a mejorar la calidad del medio ambiente natural y construido de Bogotá y la región disminuyendo las afectaciones a la salud producidas por la contaminación del aire en niños, adolescentes, jóvenes y personas vulnerables y espacialmente segregadas, y reduciendo los factores de riesgo que inciden en la fragilidad de la población expuesta al riesgo, en el deterioro de los ecosistemas y en la segregación socioeconómica y espacial del área urbana y rural. Implica también ocupar el territorio de una manera más ordenada y sostenible; cambiar la forma como nos movilizamos, utilizar más energías y formas de movilidad limpias y modificar la manera como producimos, consumimos y reutilizamos.

7.3.2.1. Programa: Manejo y prevención de contaminación

Reducir la mortalidad por contaminación del aire por material particulado. Realizar el manejo y la prevención de la contaminación del aire, prevenir y

controlar la propagación de incendios forestales, la contaminación visual y la auditiva del Distrito Capital, mediante el fortalecimiento y la ampliación de la red de monitoreo de la calidad del aire, la realización de acciones de evaluación, control y seguimiento a las fuentes fijas, móviles y a centros de diagnóstico automotor, así como a las fuentes de generación de ruido y a los elementos visuales de publicidad exterior. Implementar y actualizar los proyectos definidos en el Plan Decenal de Descontaminación del Aire de Bogotá, basado en un modelo de gobernanza para proponer un nuevo plan de gestión integral de la calidad del aire con base en la articulación interinstitucional y regional, la planeación sostenible en la participación integral de la comunidad, a través de la aplicación de criterios de justicia ambiental, y teniendo en cuenta la incidencia y el aporte regionales. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Salud Ambiental

- Para 2024, reducir en el 5% la mortalidad por contaminación del aire por material particulado PM 2.5 (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, implementar una vigilancia centinela de eventos respiratorios y cardiovasculares para monitorear episodios de contaminación del aire en la ciudad, dentro del marco de un sistema de alertas tempranas.
- Para 2024, implementar el 100% de las estrategias establecidas en la política de salud ambiental para Bogotá, D. C., contribuyendo a prevenir la enfermedad y a promocionar la salud individual y colectiva de la población. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, desarrollar una estrategia de entornos ambientalmente saludables a escala urbana 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).
- Para 2024, diseñar e implementar un sistema de vigilancia de eventos transmisibles de origen zoonótico de interés en salud pública, con el apoyo del Centro de Zoonosis de Bogotá, D. C. y el Laboratorio Distrital de Salud Pública.
- Para 2024, lograr cobertura de vacunación antirrábica canina y felina \geq 80%.

En la dimensión del PDSP Autoridad Sanitaria Territorial

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

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

Este propósito va dirigido a aumentar la confianza interpersonal e institucional, la convivencia y la seguridad consolidando una Bogotá-Región líder en la implementación de los acuerdos de paz, reconciliación y cuidado, caracterizada por aumentar las prácticas de convivencia, la seguridad y la reconciliación en los ámbitos individual, familiar, comunitario e institucional, disminuyendo las violencias de género, la inseguridad ciudadana y la ilegalidad, a través de la promoción de la autorregulación, la regulación mutua pacífica, la cultura ciudadana, el acceso a la justicia y la gestión de irregularidad e informalidad, y consolidando una Bogotá-Región líder en reconciliación y cuidado. Este propósito implica reducir la aceptación cultural e institucional del machismo y las violencias contra las mujeres y garantizar el acceso efectivo a la justicia con enfoque de género.

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

Busca fortalecer los mecanismos de cuidado que promuevan la reconciliación y la cultura ciudadana para la convivencia pacífica. Se desarrollará a partir de la formulación y la implementación de un Plan Distrital de Prevención Integral de las Violencias contra los niños, los adolescentes, las mujeres y las personas mayores, de carácter interinstitucional e intersectorial, con enfoques de derechos, diferencial, poblacional, ambiental, territorial y de género, a través del fortalecimiento de las comisarías de familia, para garantizar a las víctimas de violencia intrafamiliar el oportuno acceso a la justicia y la garantía integral de sus derechos, y mediante la ampliación de acciones para la atención integral en salud de las personas víctimas de la violencia intrafamiliar y violencia basada en género y la promoción de nuevas masculinidades. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Gestión Diferencial de Poblaciones

- Para 2024, implementar y mantener en funcionamiento 20 servicios de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres en todas sus diversidades. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Incrementar en 22 puntos porcentuales el abordaje integral con enfoque de género de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual, para salvaguardar la salud mental. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, aumentar en el 40% las intervenciones a través de las líneas, las plataformas y los canales de prevención y atención a las violencias (violencia sexual, violencia intrafamiliar y maltrato infantil y violencia basada en género).

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

Consolidar a Bogotá-Región como líder en la implementación del acuerdo de paz, la reconciliación y el cuidado. Para ello, se propone: 1) el desarrollo de acciones y procesos de asistencia y atención, con énfasis en la reparación integral y la participación para las víctimas del conflicto armado, en concordancia con las obligaciones y las disposiciones legales establecidas para el Distrito Capital; 2) la formulación y el desarrollo de una estrategia que le permita a Bogotá implementar los acuerdos de paz, y conformada por: dos planes de desarrollo con enfoque territorial (PDET), con carácter reparador (zona rural de Sumapaz, y en el borde de Bogotá, con Soacha), una política de reconciliación y paz, y la articulación con el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición (SIVJRNR), y 3) la formulación y la implementación de una estrategia que permita la apropiación social de la memoria, para la paz y la reconciliación, y que contemple la pedagogía social y la gestión del conocimiento en materia de memoria, en coordinación con el Centro de Memoria, Paz y Reconciliación (CMPR). Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Gestión Diferencial de Poblaciones

- Para 2024, brindar atención psicosocial a 14.400 personas víctimas del conflicto armado. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

7.3.4. Propósito 5. Construir 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, lo económico y lo ambiental para la ciudad y la región. Así mismo, persigue garantizar un gobierno empático, íntegro, participativo y transparente que permita la integración del Distrito con la región, a través de la promoción de alianzas orientadas a la acción colectiva y al sentido de la corresponsabilidad, de la concurrencia y de la subsidiaridad entre todos los actores de Bogotá-Región.

7.3.4.1. Programa Gobierno Abierto

Gobernar con la ciudadanía, bajo una estrategia de gestión pública que promueve prácticas de transparencia en el gobierno, canales de participación ciudadana para el diseño y la implementación de planes, normas y políticas públicas, y mecanismos que estimulen el aprovechamiento de las capacidades, de la experiencia, del conocimiento y del entusiasmo de la ciudadanía, para generar soluciones a todo tipo de problemáticas comunes; para ello, se priorizará el uso intensivo de una plataforma virtual y de herramientas TIC que faciliten y unifiquen la interoperabilidad de los sistemas de información del Distrito.

Estructurar la estrategia bajo tres pilares: 1) transparencia: rendir cuentas de manera permanente a la ciudadanía, compartir información pública útil para acceder a servicios, trámites y documentos de interés, así como promover el uso de datos y archivos abiertos, facilitar el control ciudadano al presupuesto y la contratación, implementar medidas para luchar contra la corrupción, de la mano de la ciudadanía, modernizar los procesos y los canales para interactuar con la ciudadanía y fomentar una cultura de la integridad como servidores públicos; 2) participación: promover una participación vinculante en la formulación de planes, normas y políticas, la participación con decisión en la orientación del presupuesto, la elaboración de proyectos e iniciativas comunitarias; 3) colaboración: invitar a la ciudadanía a colaborar en la búsqueda de nuevas soluciones a los retos de Bogotá. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Autoridad Sanitaria Territorial

- Para 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, reconciliación, transparencia, control social y rendición de cuentas y servicio al ciudadano, con procesos comunitarios e intersectoriales en las 20 localidades. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, diseñar e implementar el 100% del plan de acción, dentro del marco de la política pública distrital de servicio al ciudadano, con los actores del Sistema Distrital de Salud (las cuatro subredes, IDCBIS, Capital Salud, SDS), 10 EAPB y 20 IPS priorizadas.
- Para 2024, diseñar e implementar una estrategia de gestión territorial en salud, orientada a fortalecer los procesos comunitarios e intersectoriales en las 20 localidades.

7.3.4.2. Programa transformación digital y gestión de TIC para un territorio inteligente

Generar las capacidades necesarias para realizar la coordinación y la articulación adecuadas de los proyectos de transformación digital y gestión de TIC en el Distrito. Dichas capacidades están centradas al talento humano especializado, a esquemas de acompañamiento, a campañas de comunicación y difusión,

a la habilitación de tecnologías, laboratorios de innovación y a los demás elementos que permitan generar valor a las iniciativas TIC de los sectores.

La transformación digital y la gestión de TIC para un territorio inteligente contemplan dos ejes de acción: 1) el acompañamiento para la formulación y la implementación de las agendas de transformación digital en los sectores administrativos de la ciudad; 2) la promoción del fortalecimiento de la gestión de tecnologías en el interior de las entidades del Distrito. Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Autoridad Sanitaria Territorial

- Para 2024, diseñar e implementar la estrategia de transformación digital en salud (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, diseñar e implementar un ecosistema inteligente con alcance de Ciudad-Región.

7.3.4.3. Programa gestión pública efectiva

Posicionar la gerencia pública distrital al servicio de la ciudadanía. Lograr una institucionalidad que articule acciones entre Bogotá y la Región. Construir agendas públicas integrales que promuevan el intercambio de saberes para generar bienes y servicios acordes con las necesidades de la ciudadanía, entre otras cosas, mediante la ampliación y el mejoramiento de los servicios de orientación e información de las entidades distritales, a través de la Red CADE. Hacer la gestión pública más transparente, moderna, innovadora y efectiva. Tomar decisiones basadas en datos, información y evidencia haciendo uso de la tecnología y la transformación digital. Desarrollar estrategias de fortalecimiento de la gestión, la innovación, la creatividad, la gestión documental distrital y la apropiación de la memoria histórica (archivo). Las metas evaluables para el programa son:

En la dimensión del PDSP Autoridad Sanitaria Territorial

- Para 2024, avanzar en la dignificación laboral del talento humano en el sistema distrital de salud implementando acciones que promuevan el bienestar. Comprende dos indicadores: 1) dignificación laboral del talento humano en la SDS. L.B. 648 funcionarios en planta de la SDS. Meta a 2024: Crear 852 cargos formales en la planta de la SDS. 2. Crear 40% de empleos temporales adicionales a la planta provista, en las Subredes. L.B: Planta Provista 3.806 en las subredes (Fuente: SIDEAP-dato preliminar 31 de marzo de 2020). Meta 2024: Crear 1522 cargos provistos de planta temporal en las Subredes de Servicios de Salud. 3. 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 Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).

- Para 2024, adelantar la revisión y la actualización de la plataforma estratégica de la SDS, acorde con el nuevo modelo de salud incluyente, sostenible, participativo y diferencial.
- Para 2024, garantizar el 100% de los recursos humanos, técnicos y financieros con criterios de eficiencia y eficacia para desarrollar las acciones delegadas en la SDS en los procesos de apoyo, conforme la normatividad que la regula.
- Para 2024, posicionar a la EGAT como una entidad que asesora el 100% de los procesos de compras conjuntas previstos en las resoluciones 278 y 2426 de 2017, para las 4 subredes integradas de servicios de salud distritales, dentro del marco del nuevo Modelo de Atención en Salud.
- Para 2024, hacer la inspección, la vigilancia y el control por año al 25% de los prestadores de servicios de salud de Bogotá, D. C. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, diseñar e implementar un programa para la generación, la producción y el uso del conocimiento enfocado en la transformación de la vida y el bienestar de los ciudadanos a partir de la ciencia, la tecnología, la innovación y la educación en salud. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).
- Para 2024, diseñar e implementar un programa de educación para la toma de decisiones y la producción de conocimiento para la vida y la salud por y para los ciudadanos.
- Para 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.
- Red de hospitales universitarios líderes en investigación y tecnología. Implementar las estrategias necesarias para el fortalecimiento inicial de un hospital por subred del Distrito, de acuerdo con su nivel de complejidad, como hospital universitario, con la infraestructura adecuada y la tecnología necesaria para la formación de talento humano para nuestra ciudad, con las mejores capacidades, e implementado, además, el enfoque de atención primaria en salud. (Meta Sectorial Plan de Desarrollo Distrital).



8. Componente de inversión plurianual

Bogotá, D.C.

8. Componente de inversión plurianual

8.1. Contexto

Desde su creación, en 1993, el SGSSS colombiano ha venido enfrentando retos en el área financiera que obedecen más al uso, la distribución y el flujo adecuado de los recursos en el interior del sistema y de sus entidades, que a la falta de disponibilidad o a la insuficiencia de estos (Ospina, 2015). Tal situación origina la toma de medidas por parte de la nación, a través de la expedición, durante las últimas dos décadas, de leyes, decretos y resoluciones, encaminados a mantener el equilibrio financiero, garantizar el flujo de los recursos y lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud, como se muestra en el anexo 5.

Dentro de este contexto, en Bogotá, D. C., se llevaron a cabo reformas locales importantes y se adoptaron estrategias locales que permitieron una mejora ostensible en los indicadores de salud y calidad de vida de su población, evidenciado ello por la tendencia registrada en los eventos de morbilidad, mortalidad y aseguramiento en salud, como se muestra en el anexo 2, así como 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 de que desde la nación se han venido transfiriendo recursos importantes a la entidad territorial para cubrir el seguro individual de salud del régimen subsidiado; resalta 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, como se muestra en la tabla 9; la cartera incobrable de las ESE, que contribuye a la disposición del adecuado flujo de fondos y de capital de trabajo, y la atención de población no asegurada ni 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
	(I semestre)	(II 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.

Aunque en Bogotá, D. C., se han hecho esfuerzos y se ha venido financiando la función esencial de salud pública de IVC de prestadores de servicios de salud, delegada en 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, como se muestra en la tabla 10, es preciso señalar que, tratándose de una competencia delegada por la nación en el 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
		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 del Fondo Financiero Distrital de Salud, SDS. Subsecretaría Corporativa Dirección Financiera.

*Nota: en 2016 se suman los proyectos 1192 en el componente de IVC, y 877 Calidad de los Servicios de Salud.

Por 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 quedó expreso en sus artículos 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, quedaron para financiar los componentes de subsidios a la oferta que 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 1990.

En este sentido, Bogotá, D. C., requiere una mirada y un tratamiento especiales en materia de financiación, dada su singularidad como ciudad capital, y cuya economía se constituye en el principal polo de desarrollo económico, industrial y centro de negocios del país (Cámara de Comercio, 2018) que reúne alrededor del 15% del total de la población, pero que hoy no cuenta con seguridad jurídica en materia de gasto público 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 margen para regular, administrar y disponer de los recursos transferidos para cumplir con competencias delegadas en la entidad territorial.

8.2. Plan Plurianual de Inversiones 2020-2024

Para el periodo administrativo 2020-2024, el sector público de la salud en Bogotá, D. C., dispone de recursos por el orden de los \$16.1 billones de pesos; de los cuales el 20,31%, corresponde al SGP; el 8,29 % proviene del FOME; el 26,78%, son recursos de aportes del Distrito Capital (Aporte Distrito: 14,36%, Recursos del Crédito: 11,12% y Otros distrito: 1,30%); el 30,21%, son recursos del presupuesto general de la nación ADRES para el régimen subsidiado de salud; el 0,50%, se origina en otras transferencias de la nación; el 5,42%, corresponde a recursos de capital; el 7,13%, es por rentas cedidas, y el 1,37%, son recursos del FONPET, como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Plan Plurianual de Inversiones 2016-2020 y 2020-2024

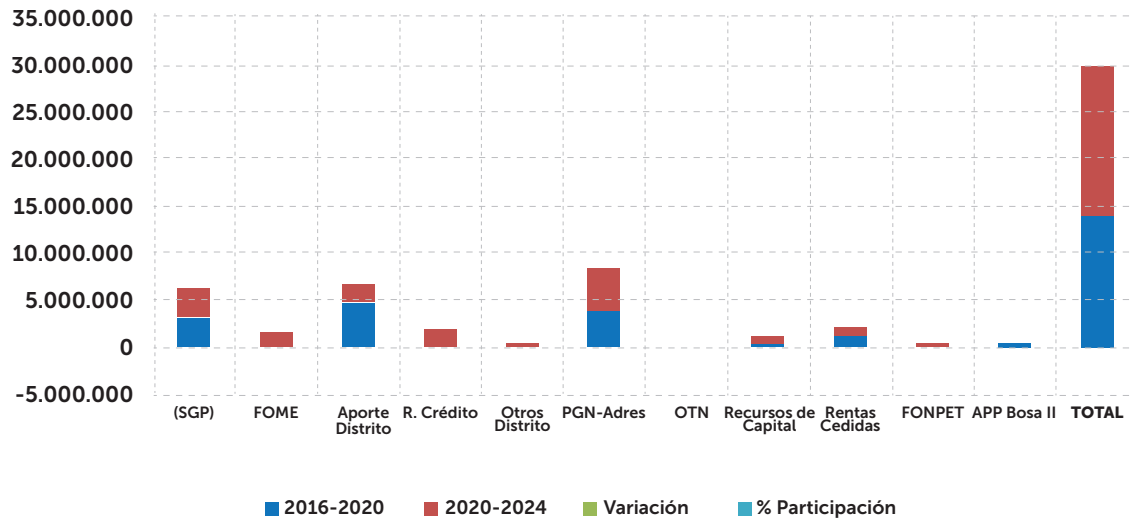
Cifras constantes de 2020

Fuente	2016-2020	2020-2024	Variación	% Participación
(SGP)	3.034.315	3.287.200	8 %	20,31 %
FOME		1.341.146		8,29 %
Aporte Distrito	4.459.038	2.32.662	-48 %	14,36 %
R. Crédito	69.010	1.800.000	25,08 %	11,12 %
Otros Distrito		210.000		1,30 %
(PGN) - ADRES	3.810.518	4.889.156	28 %	30,21 %
OTN	23.580	80.500	241	0,50 %
Recursos de Capital	586.247	877.123	50 %	5,42 %
Rentas Cedidas	1.089.466	1.154.793	6 %	7,13 %
FONPET	0	222.544		1,37 %
APP Bosa II	573.898		-100 %	0,00 %
Total	13.646.072	16.186.124	19 %	100,00 %

Fuente: SDS-DPS.

La variación registrada con respecto al periodo 2016-2020 evidencia un incremento del 19%. El SGP aumenta en el 8%; los aportes del Presupuesto General de la Nación ADRES se incrementan en el 28%; los recursos del crédito aumentan en el 2,508%; otras transferencias de la nación crecen en el 241%; los recursos de capital crecen en el 50%, y las rentas cedidas aumentan en el 6%, como se muestra en la figura 28. Por su parte, el aporte del Distrito se reduce en 48 % y APP Bosa II se disminuye en 100 % debido a que el proyecto se financió en la vigencia 2016-2020. En su conjunto, las transferencias del Distrito Capital se reducen en 4 %, al pasar de \$4.528.048 millones en 2016-2020 a \$4.333.662 millones en 2020-2024.

Figura 28. Plan Plurianual de Inversiones en Salud 2016-2020 y 2020-2024 (\$ constantes de 2020)



Fuente: SDS-Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial-DPS.

Referencias

- Baquero Torres, María Inés "El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C.". Este artículo es una publicación de la Corporación Viva la Ciudadanía. Bogotá D.C. junio de 2009. Página 1 de 9. Opiniones sobre este artículo escribanos a: HHUsemariovirtual@viva.org.coUH. www.viva.org.co. Disponible en: <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0168/articulo0007.pdf>. Fecha de consulta Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020.
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2018). 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. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11520/23734>. Fecha de consulta Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020.
- Concejo de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Acuerdo 761 de 2020 "Por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI", Artículo 3ro. Expedido en Bogotá, D.C. ,a los 11 días del mes de junio del año 2020, Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93649>. Fecha de consulta Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación (NDP). "Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) En Colombia (versión aprobada): Bogotá D.C. 15 de marzo de 2018. 73 páginas. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf> . Fecha de consulta: Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020. Departamento Nacional de Planeación, 2018
- Congreso de la Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991. Título XI, Capítulo IV, artículo 322, página 82 de 118. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>. Fecha de consulta. Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-092/18. dentro del trámite de la acción de tutela instaurada por la señora Luz Elena Sandoval Nupan contra la Nueva EPS y Audifarma. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-092-18.htm>. Fecha de consulta. Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020.
- López Hernández, Claudia Nayibe y Equipo Programático. "Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020 – 2023", Página 8, Ficha registro de ISBN No Radicado 334252 Colaboradores y Autor(es) Compilador Equipo Programático Diseñadora Manuelita Samudio Fotógrafo Christian Martínez Fecha de publicación: 2019-08-26 Bogotá, Colombia. Disponible en: <file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%C3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/programadegobiernoclaudiaalopez.pdf>. Fecha de consulta Bogotá D.C. diciembre 7 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, Artículo 20, Página 7 de 14. 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. 7 de diciembre de 2020.

- Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) "Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud" - Lineamientos conceptuales. SBN: 978-958-0000-000-0. Bogotá, D. C., (Colombia), diciembre de 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>. Fecha de consulta: Diciembre 7 de 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 002063 de junio 9 de 2017 por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS), Artículo 1ro. Que adopta la política de participación social incluida en el documento técnico que hace parte integral de dicho acto administrativo: Documento Técnico PPSS, Numeral 6.1. Alcance de la política, Página 39 de 49. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf. Fecha de consulta. Diciembre 7 de 2020.
- 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". Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>. Fecha de Consulta: Diciembre 7 de 2020.
- Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, NewYork: Baywood Publishing; 2004.C. Borrell, D. Malmusi / Gac Sanit. 2010;24(Suppl 1):101–108107
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinantsof health. WHO. Comission on social determinants of health, April 2007[acceso 26/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015: Trasformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 4ª sesión plenaria 25 de septiembre de 2015. Página 3 de 40. Numeral 3. Documento Técnico denominado: Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%C3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/LO%20ENVIADO%20%20%20A%20COMUNICACIONES%20AJUSTADO/2030-s.pdf>.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). Resolución 66/288 aprobada por la Asamblea General el 27 de julio de 2012: "El Futuro que Queremos" . Tema 19 del Programa del Sexagésimo Sexto Periodo de Sesiones. Sesión Pñlenaria 123 del 27 de julio de 2012. 60 páginas. Disponible en: <https://www.slideshare.net/DHpedia/resolucin-66-288-el-futuro-que-queremos>. Fecha de consulta: Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020. Organización de Naciones Unidas (ONU) Resolución 66/288 de 2015
- Organización de Naciones Unidas (ONU). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de

2000. Tema 3 del programa: "Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales", Observación general N° 14 (2000). Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Contenido Normativo (Párrafos 1 y 2). Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUed-PlF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0Im7PSVXMfHFwmmAh7lnP4ZBh3ANy-28Ofe0RSRnFc5bB4tabiSqjcTBmFopveyZF2>. Fecha de consulta: Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2007.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Serie La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas No. 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Área de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) Proyecto de Servicios Integrados de Salud (HSS/IHS) Oficina de la Subdirección Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Página 16 de 99. ISBN: 978-92-75-33116-3. Washington DC, 28 de mayo, 2010. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307. Fecha de consulta: Diciembre 7 de 2020.
- Organización Mundial de la salud (OMS). "La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia". Ginebra Suiza, 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia> . Fecha de consulta: Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020.
- UNHCR – ACNUR, Ministerio de Salud y Protección Social. "Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia". Primera edición Enero de 2011 ISBN 978-958-8361-99-4 Corrección de estilo, diseño e impresión CMS Communication & Marketing Solutions. Página 29 de 106. Bogotá D.C. julio de 2010. Disponible en: <file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%C3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/LO%20ENVIADO%20%20%20A%20COMUNICACIONES%20AJUSTADO/BIBLIOGRAFIA%20DISCAPACIDAD%20-%20NACIONES%20UNIDAS.pdf> . Fecha de Consulta Bogotá D.C. diciembre 7 de 2020.
- Periódico el Espectador. Artículo: "Hospital provisional de Corferias tendrá capacidad para 2.000 camas. Publicado en la sección de economía del día 24 de marzo de 2020. Página 1 de 1. Disponible en: <https://www.elespectador.com/coronavirus/hospital-provisional-de-corferias-tendra-capacidad-para-2000-camas-articulo-910958/> . Fecha de consulta: Bogotá D.C. 7 de diciembre de 2020.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. "Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe" W E Whitehead, M D Crowell, J C Robinson, B R Heller, M M Schuster. ISSN: 1652-120X. ISBN: 978-91-85619-18-4, 67 páginas. This working paper was originally published in print form in September 1991. The figure.

- “The Main Determinants of Health” has been revised in this version. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier. Oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, enero de 1991. Disponible en: file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/LO%20ENVIADO%20%20%20A%20COMUNICACIONES%20AJUSTADO/WHITEHEAD%20MARGARET%201991%20-%20Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_i.pdf Fecha de Consulta. Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020.
- Whitehead Margaret. Los Conceptos y Principios sobre la Equidad en Salud. Publicado por la Organización Panamericana de la Salud Oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 23 páginas. Serie Reprints No. 9. Washington D.C. Diciembre de 1991. Disponible en: file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/LO%20ENVIADO%20%20%20A%20COMUNICACIONES%20AJUSTADO/1991%20Whitehead%20okok.pdf Fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020.
- Whitehead Margaret. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction Washington D.C. Diciembre de 1991. Gut, 1992, 33, Páginas 825-830 Gut: first published as 10.1136/gut.33.6.825 on 1 June 1992. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1379344/> Fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020. Whitehead (1992).
- Timothy Evans, et al. Challenging Inequities in Health: From Ethics in Action. Editors Oxford University Press. New York. 2001. Chapter 1. Páginas 1 a 11. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=XYRDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=Diderichsen+2001+social+basis+of+disparities&ots=uPQ2KMLN1G&sig=gjrHrlikB-BIGiOlv9B8O0_oYv4l#v=onepage&q=Diderichsen%202001%20social%20basis%20of%20disparities&f=false. fecha de consulta: Bogotá D.C. diciembre 11 de 2020.
- Timothy Evans, Finn Diderichsen, and Margaret Whitehead. The Social Basis of Disparities in Health. Editors Oxford University Press. New York. 2001. Chapter 2. Páginas 12 a 23. Disponible en: https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=XYRDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=Diderichsen+2001+social+basis+of+disparities&ots=uPQ2KMLN1G&sig=gjrHrlikB-BIGiOlv9B8O0_oYv4l#v=onepage&q=Diderichsen%202001%20social%20basis%20of%20disparities&f=false. Fecha de consulta: Bogotá D.C. diciembre 11 de 2020.
- Johan Hallqvist, Michael Lundberg, Finn Diderichsen and Anders Ahlbom. “Socioeconomic differences in risk of myocardial infarction 1971-1994 in Sweden: time trends, relative risks and population attributable risks”. International Epidemiological Association. Published In International Journal of Epidemiology 1998; 27:410-415. 1998 Printed in Great Britain. Disponible en : https://watermark.silverchair.com/27-3-410.pdf?token=AQECAHi-208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAp8wggKbB-gkqhkiG9w0BBwagggKMMIICiAIBADCCAoEGCSqGS1b3DQEHAeBgl-ghkgBZQMEAS4wEQQMN3rxEEIcMiWUwOuYAgEQgIICUoLS9Xc6Sm-LH38BznMKCjrYp5Sbd-nW6hwekE1hAAtHrHGUpCpxOKsYjj0y5jmBeuiv9A-

FqAM0x3wYhTt_lkTidh2DTk8IUwmjDzOFhd_AZDfBfZGLpcK-B6eWPZB-4ZEC8oCtwKWGe1-wiYyfCLg9LOOwkHlqP-OVYS_YUXKJ1rRb5ZavGlkKS-frLRwVUi8ljapO5JWE5b9GkDmK-xmKY1sitfcZHAhqz7DtNI84-JQimT6r-JkoEZzBJZS0lvrRXItGy7krpbZquybxlPUiycyGWbelHhcmqA85SReNI2ela2IF-DwonnTYhFcarVqP-8UahwO-S2iinynt0MDwMhPAgdCquGOzz09r7ntwD-mG4xJ_nFQznDE-i4SPmy7n_q6fbAss7MjVrjPghXjDk_t8sAjbehPvKckfK-PX_M-5W6MFKkS4-ZCfntVARUf-Jj_X1JRJK93bqrzKgiHbFbBfLOT3FPhM-6HOuvXPG1h1RhtJA7HFAPbRxXFXbOWGjMIN-nnGvzYETwMZrv4hEfsFHzR-SOWBe2CME-XdjdzCTCCersqlLQUAzqk32r-u53OE6X84A6Q4X-rrxz7lG0-pAqEMm-g5v5EP1DAGvO21s4-PG3rmmhlysfAezGrSbGBnRjBfRf18YSEE_aby-b2lVvPHH0Qw0Cgkcf2nhkjFAlio_16Tbed5eGGjvmNR5WvwGlaU-wVj9aNY-WpuONLS6jmeb_tiyLF9Y2CBop513d2Ziz7qFHwi4xEe1GwkUyO5NqW70X-LmuGxztv9WCA-plkaljNTs5vA . Fecha de consulta: Bogotá D.C. diciembre 11 de 2020. Diderichsen y Hallqvist (1998).

- Kelsen Hans. Teoría general del Estado. 2008 Ediciones Coyoacán. México Distrito Federal. 556 páginas. ISBN/ISSN: 9789706332349.
- Galindo Soza, Mario "La Pirámide De Kelsen o Jerarquía Normativa en la Nueva CPE y el Nuevo Derecho Autonómico. Revista Jurídica Derecho ISSN 2413 – 2810, Volumen 7. Nro. 9 Julio – Diciembre, 2018 • Pág. 126-148. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rjd/v7n9/v7n9_a08.pdf. Fecha de consulta. Bogotá D.C. 11de diciembre de 020.
- Kunst Anton E., and Mackenbach Johan P. (MD, PhD). The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries" Published in: American Journal of Public Health. June 1994, Vol. 84, No. 6. Páginas 932 a 947. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.84.6.932> Fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020.
- Laframboise, H. L. "Health policy: breaking the problema down into more manageable segments". Canadian Medical Association Journal, 3 de febrero de 1973; Páginas 388 a 393. C.M.A. JOURNAL. 3 de febrero de 1973. Voluman 108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf> fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020.. Lalonde Mark. "A new perspective on health of Canadians. Ottawa: Information Canada, Health and Welfare" Government of Canada, Minister of National Health and WElfare. 78 páginas. Otawa, abril de 1974. Disponible en: <https://nccdh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians> . Fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020. Laframboise-Lalonde (1974).
- Marmot Michael. "The Solid Facts: The Social Determinants of Health". Published in; Health Promotion Journal ofAustralia 1999; Páginas 133 a 139. Disponible en: <https://www.publish.csiro.au/media/client/HEv9n2Marmot.pdf> . Fecha de consulta: Bogotá D.C. diciembre 11 de 2020. Marmot (1999).
- Marmot Michael and. Wilkinson Richard G. Social determinants of health / edited by Oxford ; New York : Oxford University Press, 1999 xii, 291 p. : ill. ; 25 cm. ISBN 0192630695 (paperback) Marmot y Wilkinson (1999)
- Mackenbach, Johan. "The epidemiologic transition theory". Journal of Epidemiology and Community Health 1994;48:329-332. Article in Journal

of Epidemiology & Community Health · September 1994 DOI: 10.1136/jech.48.4.329-a · Source: PubMed. Department of Public Health Erasmus University Rotterdam, The Netherlands. Member of the JECH Editorial Committee. Páginas 329 a 332. Disponible en: file:///C:/Users/laforero/Downloads/329.2.full.pdf Fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 de diciembre de 2020. Mackenbach (1994).

- Procuraduría General de la Nación, Programa de Derechos Humanos Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Pontificia Universidad Javeriana. "Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas". ISBN 978-958-99991-5-8 . Edición ECOE EDICIONES LTDA. Diagramación e Impresión Rasgo y Color Ltda. 120 páginas. (2009). Disponible en: file:///C:/Users/laforero/Music/VERSI%C3%93N%20FINAL%20%20PTS%20Y%20PDD%202020-2024/LO%20%20RECIBIDO%20DE%20COMUNICACIONES/LO%20ENVIADO%20%20%20A%20COMUNICACIONES%20AJUSTADO/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf. Fecha de consulta: Diciembre 11 de 2020.
 - Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Lineamientos Estratégicos. Kit Planes de Desarrollo Territorial. <https://portalterritorial.dnp.gov.co/kpt/>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). Lineamientos Conceptuales Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>.
- 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.14 Punto 12.5 del orden del día 22 de mayo de 2009 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009 A62/VR/8. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1 . fecha de consulta: Bogotá D.C. 11 DE DICIEMBRE DE 2020.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
 - Organización Mundial de la salud (OMS). 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. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009
 - Programa de Gobierno Claudia Alcaldesa 2020-2023. (26 de agosto de 2019). <https://bogota.gov.co/html-blocks/ViewerJS/view.html#/sites/default/files/inline-files/programadegobiernoclaudiaalopez.pdf>
 - Secretaría Distrital de Planeación (SDP). (25 de marzo de 2020). Así será Bogotá de contrato Social y ambiental 2020-2024. El Tiempo.

- Vega-Romero, R., Acosta-Ramírez, N., Mosquera-Méndez, P. A. y Restrepo-Vélez, M. O. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*, 3(2), 148-169.
- Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. Carme Borrellad*, M. Isabel Pasarína, Elia Díez, Katherine Pérez, Davide Malmusi, Glòria Pérez, Lucía Artazcoza y el Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. España Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España Dirección de Serveis de Salut, Ajuntament de Barcelona, Barcelona, España. *Gaceta Sanitaria*. Volume 34, Issue 1, January–February 2020, Pages 69-76. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911119301153?token=083CDA1D9B129600462F9F593A900F63DB4F1F628D9265B0D-444501939C5F15FD891BE7F5CE4640ACA756398CAAFFD50> Fecha de consulta: Bogotá D.C. diciembre 11 de 2020. Borrellad, 2019.

Bibliografía complementaria

- Bogotá cómo vamos. (2018). Informe de calidad de vida 2018.
- Boletín Red Distrital de Sangre. (2018). Red Distrital de Sangre y Terapia Celular. Secretaría Distrital de Salud
- Gispert, R. E. (2006). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 184-193.
- IDIGER. (2017). Estrategia Distrital de respuesta a Emergencias - Marco de Actuación.
- IDIGER. (2018). Plan Distrital de Gestión de Riesgo de Desastres y Cambio Climático para Bogotá 2018-2030.
- Instituto Nacional de Salud. (2017). Informe Anual BS y STS, Colombia.
- Instituto Nacional de Salud, Dirección Redes en Salud Pública, Coordinación Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales. (2017). Informe Anual de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, Colombia.
- Kelsen, H. (1981). La teoría pura de Derecho. Introducción a la problemática científica del Derecho, 2.a edición traductor Jorge G. Tejerina. Editora Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. "Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente". Bogotá D.C. enero de 2016. Página 31 de 97 páginas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Fecha de consulta: Bogotá D.C., diciembre 7 de 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS). Colombia.

Secretaría de Educación Distrital. (2018). Manual operativo. Programa de Movilidad Escolar.

Secretaría de Educación Distrital. (2019). Al colegio en bici, pionero en movilidad escolar sostenible en Colombia.

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, OPS. (2017). Estudio Tamiz de Salud Mental en Población de 7-69 años. Convenio 1540.

Secretaría Distrital de Salud, UNODC, CICAD/OEA. (2016). Segundo Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.

Secretaría Distrital de Salud. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS). Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud. (2019). Documento Plan de Acción de Política Pública Salud Mental 2015-2025. Documento de trabajo no disponible para público.

Anexos

Anexo 1. Atributos del Plan de Desarrollo de Bogotá, D. C. "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI" 1"15

Anexo 2 . Indicadores de morbimortalidad 2016-2018, Bogotá, D. C. 116

Anexo 3. Decretos y medidas adoptadas en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19 117

Anexo 4. Listado de participantes 120

Anexo 5. Soporte normativo PTS 2016-2020 126

Anexo 6. Plan de respuesta COVID-19 en la Ciudad de Bogotá, D. C.

Anexo 7. Caracterización de la población afiliada a las EAPB del Distrito Capital.

Anexo 1. Atributos del 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 protege a las mujeres y los niños, se regula la informalidad y disminuyen la ilegalidad y la criminalidad. Goza de servidores y 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 autorregulan y se 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, que 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 los servicios; busca construir las condiciones para que cada cual pueda realizar sus sueños, desarrollar sus capacidades y sea lo que quiera ser. Una Bogotá incluyente lucha por acabar con ideas, los prejuicios y los 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 como nos movemos, producimos y consumimos—, se satisfacen las necesidades del presente sin comprometer la posibilidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas propias. 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 los contextos 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 y sus 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.

Anexo 2. Indicadores de morbilidad 2016-2018, Bogotá, D.C.

Dimensión	Indicadores	2008	2016	2017	2018
Crónicas No. Transmisibles	Tasa de mortalidad atribuible a Enfermedades Crónicas no transmisible 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 vivos mas 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 10-14 años	586	315	304	274
	Nacimientos en adolescentes de 15-19 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 menores de 18 años)	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
Transmisible 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	2,70	0,50	0,0	0,0

Fuente: datos tomados del estudio *Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C., año 2016

*Subsistema de vigilancia SIVIGILA, 2016-2018 y Subsistem de vigilancia SIVIM, 2016-2018

Anexo 3. Decretos y medidas adoptadas en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19

Decreto-resolución	Alcance
Decreto Presidencial 476 de 2020.	Faculta al MSPS para, durante tiempo de la emergencia social, económica y ecológica, flexibilizar los requisitos, la evaluación de solicitudes de registro sanitario, el permiso, la comercialización o la notificación sanitaria obligatoria, así como la comercialización, la distribución y la adquisición de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos, equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico in vitro necesarios para la atención de COVID-19.
Decreto Presidencial 461 de 2020.	Faculta a los gobernadores y los alcaldes para reorientar las rentas de destinación específica de sus entidades territoriales, a 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 los consejos 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 los usuarios mediante la utilización de medios tecnológicos que permitan reducir la congregación personas en dependencias, sin que ello afecte la continuidad ni la 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, incluso 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; incluso, 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 el término 30 días calendario, a partir de las 00:00 horas del lunes marzo 2020, el desembarque con fines de ingreso o conexión en territorio colombiano, pasajeros procedentes del exterior, por vía aérea con fundamento en la declaración de la OMS del 11 de marzo de 2020, relacionada con el brote del nuevo COVID-19.
Decreto Presidencial 420 de 2020.	Establece instrucciones que deben ser tenidas en cuenta por los alcaldes y los gobernadores en el ejercicio de sus funciones en materia de orden público, dentro del marco de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, al decretar medidas sobre el particular. Ordena a los alcaldes y los gobernadores que, dentro del marco de sus competencias constitucionales y legales, prohíban el consumo de bebidas embriagantes en espacios abiertos y establecimientos de comercio, a partir de las 6:00 p. m. del jueves 19 de marzo de 2020, hasta las 6:00 a. m. del sábado 30 de mayo de 2020, y la realización de reuniones y aglomeraciones de más de 50 personas, a partir de las 6:00 p.m. del jueves 19 de marzo de 2020, hasta el 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, los actos y las órdenes dentro del marco de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 se apliquen de manera inmediata, y preferente, sobre las disposiciones de gobernadores y alcaldes.

Decreto-resolución	Alcance
Decreto Presidencial 417 de 2020	Declara el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, y en virtud de este, 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, la República del Ecuador, la República del Perú y la República Federativa de Brasil a partir de la 00:00 a. m. 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 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 COVID-19.
Resolución No. 460 de 2020.	Dicta medidas sanitarias obligatorias de aislamiento preventivo para proteger a los adultos mayores de 70 años.
Resolución No. 453 de 2020.	Adopta medidas sanitarias de control en algunos establecimientos por causa de 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 .
Directiva presidencial 02 de 2020.	Medidas para atender la contingencia generada por el COVID-19, a partir de uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones (TIC).
Directiva presidencial 02 de 2020.	Medidas para atender la contingencia generada por el COVID-19, a partir de uso de las tecnologías de 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 COVID-19 en Bogotá, D. C.

Decreto-resolución	Alcance
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 de COVID-19".
Decreto Distrital 087 del 16 de marzo de 2020.	Declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el (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 y 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.
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 Ángela 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 Rocío 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

Participantes Pase a la Equidad en Salud

Lina Prado	Narciso Burbeo	Sandra Gutiérrez
Elsa González	María Margoth Castillo	Sandra Patricia Charry
Blanca Cecilia Gómez	Gerardo Caro	Juan Manuel Duque
Hilda Medina	Faustino Lara	Nicolás Gómez
Tatiana Fajardo	Gloria Mariño	Jhonatan Rodríguez
Darwin Fabes Jay	Clara Gómez	Eirin Quimbayo
Blanca Cecilia Ramírez	Rosalba Pinzón	Seneida Sánchez
Mercedes Zambrano	Rosa María Pulido	Víctor Bautista
Isabelina Novoa	Rosa Acevedo	Héctor Henry Henao
Judith Ramos	José E Forero	Olga Buitrago
Juliana Damelines	Helena Álvarez	Eveling Barreto
Nancy González	Gloria Barrera	Raúl Ávila
Juan Martínez	Leónidas Pérez	Luis Eduardo Esguerra
Luz Mery Ávila	Ana Felisa Vargas	Augusto Caro
Martha Cecilia Gómez	Mary Luz Solano	Isabel De Ávila
Lucy Puerto	Yesid García	Fabiola Barbosa
María García	Guillermo Ríos	Libia Correa
Maura Watson	Helberth Guerrero	Luz Estela Bohórquez
Luz Mery Santana	Ana Rosa Farfán	Patricia Montenegro
Diane Moyano	Doris Castaño	Alejandro Fajardo
Marcela López	Tito Casallas	Johana Chamorro
Alejandro Castaño	Dannica Pinzón	Luz Mary Escobar
Luis Felipe Cely	Helberth Campo	Sara Monzón
Luzmila Buitrago	Yolanda Ramírez	Carlos Quintero
Diana Gutiérrez	Claudia Aguillón	Julieth Bermúdez
Ayde Luna	Libia Forero	Nury Chávez
Luz Marina Ramírez	Guido Mondragón	Myriam Lucy Niño
Ana Silva	Luz Estela Caldas	Julián Rodríguez
Nelly Ladino	Nicolás Peláez Pérez	Esperanza Martínez
Luis Orlando Mesa	Natalia Chávez	María Cristina Nieto
María Teresa Herrera	Laura Navarro Trujillo	Marcela Salazar
Sandra Patricia Figueroa	Ana Martínez	Mauricio Garzón
Gloria Remo	Nuvia Bustos	Lupe Ronderos
Amparo Andrade	Ana Del Pilar Días	Ernesto Sarmiento
Leticia Martínez	José Franci Collazos	Carlos Castillo
Lenys Rosado	Martha I García	Alfredo Ruiz
Isidro Jajoy	Mariela Chaparro	Marcela Medina
Sandra Liliana Polo	Gloria Vanegas	Sandra Cifuentes
Emilcen Pérez	Fernando Chaparro	Daria Pulido
Adriana Díaz	Jaime Martínez	Marina Pance
Mónica Rocío Correa	Luis Alberto Muñoz	José Felipe Sanabria
Giovanny Roncery	Magdalena Misse	Olga Díaz
Diego Castillo Ortiz	Luis Guillermo Jaime	Ruth Muñoz
Carlos Andrés Fernández	María Roi	Paola Morales
Kathernine Sosa	Jhon Jairo Abella	Esteban Díaz
Sandra Barbosa	Laura Medina	Erika Samboni Hernández

Participantes Pase a la Equidad en Salud

Freddy Chitiva	Steven Alejo	Jenny Rodríguez
Luis Alfonso Castillo	Fanny Gamboa	Erika Reyes
María Consuelo Cubillos	Jaidy Morales	Isabel Salgado
Elizabeth Vega	Omar Hernández	Dervin Forbes
Nelly Enríquez	Ángela Cortes	Laura Patarroyo
Luz Castro Palacio	Viviana Villegas	Mónica Palacios
Yolanda Rodríguez	Claudia Liliana Ochoa	Lorena Castillo
Yazmin Puerto	Viviana García	Silvia Caicedo
Jesús María Vélez	Marcela Monsalvo	Ileen Archbold
María Cristina Guerrero	Karen Ordoñez	Florencia Martínez G
Camila López	Gloria Gracia	Mónica Cobos
Carlos Arce	Jenny Gaitán	Yaneth Duarte
Leónidas Forero	Catherine Rodríguez	Laidy Johana Cabiativa
Sandra Torres	Carolina Rincón	Sonia Liscano
María de la C Pulido	Sandra Cifuentes	Patricia Villegas
Carlos Álvarez	Karen Castiblanco	Martha Prada
Juan Riaño	Mario Andrés Betancourt	Katherine Pacheco
Ana Elvira Forero	Lilian Núñez	Mauricio Sarmiento
Jesús Vargas	Lady Quiñones	Diego Fonseca
Mariana Ospina	José López	Carolina Rojas
Martha Yanet Restrepo	Elizabeth Ramírez	Laura Vargas
Orlando Rojas	Ricardo Rojas	Jonny Morales
Juan Rodríguez	José Vicente Guzmán	Dayan Morales
Aura Pilar Rincón	Alejandra Agudelo	Jacqueline Hernández
Cecilia Rodríguez	Claudia Isabel Rojano	Martha Isabel Gutiérrez
María Helena Becerra	Mireya Rodríguez	María Angélica Brujes
Alberto Nieto	Betsy Fernanda Salazar	Lilia Aldana
Miguel Antonio Moreno	Martha Gómez	Camilo Cáceres
Anabel Urueña	Martha Lucia Guerra	María Del Rosario Fandiño
Jerónimo Suarez	Yaneth Novoa	Rodrigo Meléndez
María H Baquero	Gloria Marcela Leal	Yamile Bello
Laura Ximena Delgado	Laura Martínez	Laura Cano
Martha García	Paola Andrea Amaya	Lina Vega
Adriana Velásquez	Leidy Castañeda	Sandra Barrera
Aura Rosa Bayona	Ingrid Gineth González	Patricia Clavijo
Carlos Zapata	Adiela Quiroga	Sofía Correa
Luz Marina Martínez	Dilson Ríos	Camilo Acosta
Sandra Rosado	Jenny Marcela Pinilla	Martha Medina
Ximena Telliz	Elena Oliveros	Nidia Yazmina
Mónica Palacios	Samuel Osorio	Raúl Salas
Marcy Julieth Yopasa	Nelson Eduardo Rodríguez	Sindy Lorena Buitrago
Leonor Sandoval	Arlette Daza	Luz Ángela Páez
Julio Roberto Galvis	Olga Sarmiento	John Rodríguez
Ana Cecilia Rodríguez	Sharon Sánchez	Johanna Gómez
Manuel Enrique Orozco	Percy Espinosa	Javier Garribelt
Marco Aurelio Chaparro	Jimena Linares	Karine Bautista

Participantes Pase a la Equidad en Salud

Aurora Martínez	Boris David Navarrete	Gabriela Gómez
Carlos Gómez	Karen Castiblanco	Elizabeth Cristo
Luz Carmenza Zamora	Ana Morales	Flor Ángela Vargas
Javier Cortes	Yasmin Puerto	Jaime Díaz Chabur
Gustavo Salguero	Claudia Cujaban	Lida Teresita Herrera
Raúl Cortes	Mary Luz Páez	Iliana Curiel
Juan Pulido	Natalia Guzmán	Manuel González
María Elvira Ortega	Adriana Bolívar	Sandro Guio
José Edgar Saavedra	Lina María Pedraza	Gabriel Lozano
Pilar Fonseca Valderrama	Claudia Acosta	Carlos Fernando Meza
Ligia Chimbi	John Celis	Ricardo Albornoz
Ana Milena Barato	Gloria Martínez	Luis Uzuga
Paola Rojas	Adriana Patricia Torres	Alexandra López
Cristian Balanta	Astrid Montel	William Forero
Alexander Quintero	Nohemi Álvarez	Aida Judith Reina
Liliana Toquica	Astrid López	Diana Rojas
Andrea Palacios	Paola Gómez	Julián Orjuela
Ruth Lorena Correa	Marcela López	Johana Mateus
Zully Romero	Dagoberto Gómez	Katherine Sosa
Rafael Rodríguez	Diana Saldarriaga	Sol Beltrán
Luis Darío Guerra	Andrea Bastidas	German Grosso
Aura Elena Beltrán Perdomo	Carolina Peralta	David Segura
Betty Sofía Beltrán Perdomo	Claudia Acosta	Karen Ordoñez
María Ofelia Cárdenas	Lady Del Pilar Espitia	Camila Márquez
Belmira Botero	Patricia Calderón	Daniela Medina
Julio E Castro	Olga Lucia Álvarez	Lina Agudelo
Luz Marina Ortiz	Rodrigo Rodríguez	Laura Peñaranda
María Deyanira Aguija	Alexander Estepa	Juan Alvarado
Ruth Vicky Quintana	Graciela Zamora	María Del Pilar Carmona
Edwin Fuentes	Yaneth Hernández	Alex Peña
Carlos Moreno	Gloria Acosta Ríos	Eurides Triana
Andrés Felipe Torres	Ana María Cárdenas	José Vicente Silva
Carlos Plaza	Victoria Carrillo	Julia Isabel Eslava
Luis Valderrama	Diana Castro	Natalia Garzón
Miguel Ernesto Garay	Libia Ramírez	Cristina Losada Forero
Carlos Coronado	Katalina Medina	Giovanni Flórez
Elizabeth Rivera	Ana Cecilia Gálvez	Ciro Medina
Nelly Saldarriaga	Angie Gómez	Héctor Hugo Sotelo
Janeth Delgado	María Paula Fajardo	Patricia Belalcázar
Luz Janeth Sánchez	Mabel Angulo	Giovanni Guerrero
Javier Camilo Aguilón	Claudia Ochoa	Nidia Alexandra Márquez
Javier Velásquez	Dary Ruiz	Liliana Ríos
Matilde García	Juan Corredor	Delsy Baquero
Pablo Forisua	Jhohan Sánchez	Leidy Cruz
Soledad Martínez	Claudia Martin	Andrés López
Olga Hernández	Nadia Carolina Zapata	Carolina Villalba

Participantes Pase a la Equidad en Salud

Cristian David Murcia	María Fernanda Barreto	Mónica Montilla
Doris Ladino	Rocío Iveth Sandoval	Nohora Emilce Vargas
Florinda González	Javier Maldonado	Anny Bonilla
Ana De Dios González	Diana Carolina Larrañaga	Catalina Quintero
Jesús Enrique Cortes	Rosa María Rossi	Luz Marina Alfonso
Yaneida Rueda	Zair Marisol Torres	Katerin Hernández
Jesús Vargas	Yaneth Girón	Alexander Gómez
Álvaro Mesa Martínez	Aleyci Moscoso	Alicia Eslava
Esther Galindo	Esmeralda Carrero	Eduardo Cortes
Orlando Eduardo A	Claudia Serrano	Karen Anaya
Nidia Suarez	Jenny Romero	Adriana Bautista
Claudia Ballesteros	Jiced Muñoz	Juan Carlos Cocomá
Gladys Espinosa	Mónica Granados	Blanca Milena Alarcón
Catalina Torres Munévar	Jayl Armando Pineda	

Anexo 5. Soporte normativo PTS 2020 - 2024

Norma	Norma
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 el control de los agentes biológicos, físicos o químicos que ponen en riesgo la salud humana, y para la 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, la aprobación, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control de los planes de desarrollo y su aplicación en la nación, en las entidades territoriales y en los 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 las 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.
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 organizan y se establecen las modalidades y las 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 y las disposiciones legales que esta expresamente autorice, además de lo señalado en la Constitución, serán las únicas que podrán regular la programación, la elaboración, la presentación, la aprobación, la modificación y la 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 se 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.
Decreto 476 de 2020	Faculta al MSPS para, durante el tiempo de la emergencia social, económica y ecológica, flexibilizar los requisitos, la evaluación de solicitudes de registro sanitario, el permiso, la comercialización o la notificación sanitaria obligatoria, así como la comercialización, la distribución y la adquisición de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico in vitro necesarios para la atención de COVID19.
Decreto 461 de 2020	Faculta a los gobernadores y los 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 los usuarios, mediante la utilización de medios tecnológicos que permitan reducir la congregación personas en dependencias, sin que ello afecte la continuidad ni la 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 la 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, la suspensión de procedimientos, incluso 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; incluso, 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 el término 30 días calendario, a partir de las 00:00 a. m. del lunes 23 de marzo de 2020, el desembarque con fines de ingreso o conexión en territorio colombiano de pasajeros procedentes del exterior, por vía aérea, con fundamento en la declaración de la OMS del 11 de marzo de 2020, relacionada con el brote del nuevo COVID-19.

Decreto 420 de 2020	Establece instrucciones que deben ser tenidas en cuenta por los alcaldes y los gobernadores en el ejercicio de sus funciones, en materia de orden público, dentro del marco de la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, al decretar medidas sobre el particular. Ordena a los alcaldes y los gobernadores que, dentro del marco de sus competencias constitucionales y legales, prohíban el consumo de bebidas embriagantes en espacios abiertos y establecimientos de comercio, a partir de las 6:00 p.m. del jueves 19 de marzo de 2020, hasta las 6:00 a. m. del sábado 30 de mayo de 2020 y la realización de reuniones y aglomeraciones de más de 50 personas, a partir de las 6:00 p.m. del jueves 19 de marzo de 2020, hasta el 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, los actos y las órdenes dentro del marco de la emergencia sanitaria por causa del 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 este, 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, la República del Ecuador, la 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.
Resolución 1841 de 2013 del MSYPS.	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, enfocado en la intervención sobre los determinantes sociales de la salud y de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y el sistema de protección social, según sus competencias. Delega responsabilidades en las entidades territoriales, referidas a su implementación, su monitoreo, su seguimiento, su evaluación, su 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 en las EPS, las EAPB y las ARL 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 del orden distrital	
Decreto Ley 1421 de 1993.	Establece el régimen especial para el Distrito Capital y su 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 SDS como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, la integración, la asesoría, la vigilancia y el 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 SDS.
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 del orden internacional

Objetivos de Desarrollo Sostenible.	Esta agenda retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio para lograr lo que estos no alcanzaron, acogiendo las 3 dimensiones de desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Cuenta con 17 objetivos y 169 metas por cumplir en el periodo que se extiende desde 2016 hasta 2030.
Declaración Universal de Derechos Humanos.	Proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, con lo que es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derecho y se promueva el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones. Los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado los derechos fundamentales del ser humano y se han comprometido a promover el progreso social, elevar el nivel de vida y asegurar el respeto universal y efectivo a los derechos y las libertades fundamentales del hombre.
Declaración de Alma Ata de 12 de septiembre de 1978	La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de APS para todos los individuos en el mundo.
Protocolo de Kioto Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto, de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Reglamento Sanitario Internacional, versión 2005.	Comprende el conjunto de normas y procedimientos acordados por 193 países, y 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: SDS-Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial-DPS.



SECRETARÍA DE
SALUD



Plan de respuesta integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID-19 en Bogotá, D.C

Anexo 6. Plan Territorial de Salud (PTS)

Bogotá, D.C.

Tabla de contenido

Introducción	158
Medidas normativas adoptadas en Colombia	159
Medidas normativas adoptadas en el Distrito Capital	160
1. Objetivos	162
1.1. Objetivo general	162
1.2. Objetivos específicos	162
2. Alcance	163
3. Escenarios de riesgo	163
3.1. Situación epidemiológica pre-epidémica	163
3.2. Situación epidémica	164
4. instancias de coordinación en emergencias	164
5. Generalidades	164
5.1. Situación actual	165
Figura 1. Casos COVID confirmados en Colombia en 2020	165
6. Plan de preparación y respuesta a la pandemia Covid-19	167
6.1. Fases estratégicas del plan de respuesta	168
6.1.1. Fase 1. Preparación	169
6.1.2. Comunicación para la gestión del riesgo en salud.	170
6.1.3. Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (SGRED)	171
6.1.4. Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	172
6.1.5. Subsecretaría de Salud Pública	173
6.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	178
6.3. Infraestructura de Servicios de Salud	179
6.4. Ruta de Atención en Salud	180
7. Fase de contención y atención	180
7.1. Comunicación e información de la promoción de la salud	182
7.2. Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES)	182
7.3. Centro Regulador Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE).	183
7.4. SGRED	184
7.5. Salud pública	184
7.5.1. Vigilancia en salud pública-vigilancia epidemiológica	184
7.5.2. Vigilancia por laboratorio de salud pública	185
7.5.3. Acciones para la identificación viral	186

7.5.4.	Vigilancia epidemiológica en puntos de entrada	186
7.5.5.	Acciones colectivas	187
7.6.	Prestación de servicios	187
7.7.	Desde la SDS	189
7.8.	Líneamientos Amed	190
8.	Fase de mitigación	192
8.1.	Línea 1. Coordinación intersectorial	192
8.2.	Línea 2. Vigilancia en salud pública	195
8.3.	Línea 3. Red de laboratorios	197
8.4.	Línea . Reducción de la trasmisión en comunidad.	198
8.5.	Línea 5. Red de servicios de salud	202
8.6.	Línea 6. Preservación de los servicios	210
8.7.	Línea 7. Comunicaciones	211
	Bibliografía	213
	Glosario de términos	215

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó la ocurrencia de casos de infección respiratoria aguda grave (en inglés, SARS, por las iniciales de Severe Acute Respiratory Syndrome) causada por un coronavirus en la ciudad de Wuhan (China) durante la última semana de diciembre de 2019. Los primeros casos se presentaron en personas que estuvieron en un mercado de pescado y animales silvestres.

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de Wuhan, en la provincia de Hubei, reportaron a la OMS un conglomerado de 27 casos de un síndrome respiratorio agudo, de etiología desconocida, entre personas vinculadas a un mercado húmedo (de productos marinos) en la mencionada ciudad (con una población de 19 millones de habitantes), capital de la provincia (a su vez, con una población de 58 millones de habitantes) al sureste del país; de dichos casos, 7 fueron reportados como severos. El 30 de enero de 2020, la OMS declara la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informan que, según demuestran sus estudios, la enfermedad reportada obedece a un nuevo tipo de coronavirus (nCoV); este causó la primera muerte en el país asiático el 13 de enero de 2020.

El 30 de enero de 2020, la OMS declara la emergencia global en salud pública debido al aumento inusitado de casos de esta enfermedad en China, que para esa fecha ascendía a más de 7700 personas infectadas y cuya infección había alcanzado al menos 15 países.

El 12 de febrero de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, anunció que esta enfermedad sería denominada COVID-19, y explicó que co significa "corona"; vi, "virus"; d, "enfermedad" (en inglés, disease), y 19, el año de su ocurrencia.

Para el 29 de febrero de 2020, China informó un total de 73.974 de casos confirmados y 2828 muertes relacionadas con esta enfermedad. Para la misma fecha, la OMS confirmó casos en personas que estuvieron en esta y otras zonas de China y en más de 60 países de los 5 continentes.

El 9 de marzo de 2020, el director general de la OMS recomendó, en relación con el COVID-19, que los países adapten sus propias respuestas a tal situación, de acuerdo con el escenario en el que se encuentre cada país; además, invocó la adopción prematura de medidas con un objetivo común a todos los países: detener la transmisión y prevenir la propagación del virus, para lo cual los países sin casos y con casos esporádicos, así como aquellos con casos agrupados, deben centrarse en encontrar, probar, tratar y aislar casos individuales y hacer seguimiento a sus contactos.

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró que el brote de COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad de su propagación, y anunció que en más de 114 países, distribuidos en todos los continentes, hay casos de propagación y contagio y más de 4291 fallecimientos, por lo que instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, la confirmación, el aislamiento, el monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Medidas normativas adoptadas en Colombia

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estableció el 10 de marzo de 2020, por medio de la Resolución 380, medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena para las personas que arribaran a Colombia procedentes de la República Popular China, de Italia, de Francia y de España, por causa del COVID_19. Esta resolución incluye las responsabilidades del Instituto Nacional de Salud (INS), la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia y las direcciones territoriales de salud o las secretarías de Salud de los ámbitos departamental y distrital. Para estas últimas, la resolución establece como responsabilidades:

Adoptar las medidas de protección de la población residente en su jurisdicción, con especial énfasis en los niños y las personas mayores.

Hacer el seguimiento epidemiológico a las personas que arriben a Colombia provenientes de los países que trata el artículo 1 del mencionado acto administrativo y hayan estado en ellos los últimos catorce días, según el registro que para el efecto les remita Migración Colombia.

Delegar el personal necesario para que en aeropuertos internacionales se realice la evaluación preliminar del 100 % de los viajeros que ingresan al territorio nacional procedentes de otros países.

Reportar al INS los casos sospechosos, para que se lleven a cabo las pruebas confirmatorias.

De igual forma, el MSPS declara el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, por medio de la Resolución 385, en la cual se adoptan medidas extraordinarias, estrictas y urgentes relacionadas con la contención del virus y su mitigación, complementarias de las dictadas mediante la Resolución 380 de 2020. Para afrontar esta emergencia, se insta a disponer de los recursos financieros, humanos y logísticos para enfrentar la pandemia, a fin de limitar las posibilidades de contagio en todos los espacios sociales. Dichas medidas deben incluir estrategias eficaces de comunicación a la población en torno a las medidas de protección que se deben adoptar y a la información con respecto al avance del virus.

El 16 de marzo de 2020, el Ministerio de Educación expide la Circular 20, por medio de la cual se amplía la medida de aislamiento social para la protección de los derechos de los niños y los adolescentes y de toda la comunidad educativa.

El 18 de marzo de 2020, el MSPS, por medio de la Resolución 453, establece la clausura temporal de los locales y los establecimientos de esparcimiento, entretenimiento y diversión, así como de la venta de bebidas alcohólicas para el consumo en locales comerciales.

De igual forma, mediante la Resolución 464 y la Resolución 470 se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los mayores de 70 años en todo el territorio nacional y de aquellos que se encuentren en centros de larga estancia, junto con el cierre parcial de actividades de centros Vida y centros Día desde el 20 de marzo hasta el 30 de mayo de 2020.

Finalmente, el Ministerio del Interior expide el 22 de marzo el Decreto 457 de 2020, mediante el cual se ordena el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia a partir de las 00:00 a. m. del 25 de marzo hasta el 13 de abril de 2020, dentro del marco de la emergencia sanitaria por causa de la COVID-19, y se establecen algunas actividades exentas de esta medida.

Medidas normativas adoptadas en el Distrito Capital

Para la ciudad de Bogotá, D. C., el 11 de marzo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá expidió el Decreto 081, en cual se decretan la medida sanitaria y acciones transitorias de policía para mitigar el riesgo y controlar los efectos del COVID-19. Esta medida se toma a partir de los casos que se presentaron en Bogotá, a fin de contener y controlar el virus. Se estableció que la ciudadanía adoptará medidas de autocuidado personal y colectivo para evitar la propagación de la COVID-19. Dentro de las medidas que se establecieron para el Distrito Capital se incluyen:

Adoptar las medidas sanitarias y las acciones transitorias de policía que se describen a continuación, en aras de mitigar el riesgo y controlar los efectos de la COVID-19.

Determinar el Plan Territorial de Respuesta a los efectos ambientales de la calidad del aire, el pico respiratorio y del nuevo coronavirus (COVID-19), y el seguimiento a las medidas adoptadas, con el fin de mitigar los efectos ambientales de la calidad del aire, el pico respiratorio y el nuevo coronavirus (COVID-19), en Bogotá, D. C.

Conminar a la ciudadanía para que adopte medidas de autocuidado personal y medidas colectivas, en procura de prevenir el contagio del coronavirus (COVID-19).

Entre la red pública y privada de prestadores de servicios de salud, aunar recursos y esfuerzos para organizar equipos de atención domiciliaria en todas las localidades, con el fin de hacer detección y prevención epidemiológica a través de equipos territoriales. No seguirán la lógica de aseguramiento individual, pública o privada, sino el trabajo mancomunado, por distribución territorial, entre otras disposiciones.

Con el fin de adoptar las directrices nacionales de toma de medidas para lograr la reducción de la propagación, se expide el Decreto 084 el 12 de marzo de 2020, con el objetivo de tomar medidas temporales de flexibilización de horarios de los servidores públicos del sector central de la administración distrital.

El 16 de marzo de 2020, la administración distrital expide el Decreto 087, que declara la calamidad pública por seis meses, con motivo de la situación epidemiológica causada por el coronavirus (COVID-19) en Bogotá. Este decreto establece que el Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (Idiger) elaborará el plan de acción específico que incluya las actividades para el manejo de las afectaciones presentadas, el cual, a su vez, deberá ser sometido a aprobación por parte del Consejo Distrital de Gestión de Riesgos

y Cambio Climático. El plan de acción será de carácter obligatorio para todas las entidades públicas y privadas del Distrito Capital.

El 17 de marzo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá expide el Decreto 088, mediante el cual adopta medidas complementarias para mitigar el riesgo y controlar los efectos del coronavirus (COVID-19) en los establecimientos educativos de Bogotá. Para ello, se ordena a las instituciones de educación llevar a cabo sus actividades mediante la modalidad no presencial.

El 19 de marzo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá expide el Decreto 090, por el que limita totalmente la libre circulación de vehículos y personas en el territorio del Distrito Capital de Bogotá entre el jueves 19 de marzo de 2020 y el martes 24 de marzo de 2020, con actividades exceptuadas. Ello fue reconocido como el simulacro distrital de preparación para futuras acciones.

El 24 de marzo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá expide el Decreto 092, por el cual se imparten órdenes e instrucciones necesarias para la debida ejecución de aislamiento obligatorio, ordenada por el Decreto 457 del 22 de marzo de 2020.

El 25 de marzo de 2020, la Alcaldía Mayor de Bogotá expide el Decreto 093, por el cual se crea el Sistema Distrital de Bogotá Solidaria en Casa, para la contingencia social de la población pobre y vulnerable residente en la ciudad de Bogotá, dentro del marco de la contingencia creada por el COVID-19. De igual forma, insta a los sectores de integración social, salud y hábitat a realizar esfuerzos para prestar servicios sociales. El Decreto 093 también expide órdenes particulares para el sector salud:

Es responsabilidad de cada entidad promotora de salud (EPS) hacer seguimiento efectivo a sus afiliados que se encuentren en aislamiento preventivo y, de igual manera, fortalecer las acciones de promoción y prevención que han orientado los gobiernos nacional y distrital.

Con el fin de garantizar la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud en el Distrito Capital con ocasión de la situación de calamidad pública derivada de la pandemia COVID-19, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en coordinación con las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS), podrá establecer áreas de expansión de los servicios para la atención de los pacientes en cuidado crítico ordenando, para tal efecto, la ocupación temporal de inmuebles de propiedad pública o privada que hayan tenido o tengan como destinación prestar servicios de salud u otros servicios, de conformidad con lo previsto en los artículos 69 y 70 de la Ley 1523 de 2012.

La SDS, en desarrollo de la ocupación temporal, podrá ordenar la realización de obras civiles, efectuar adecuaciones físicas y adquirir e instalar los equipos necesarios para garantizar la adecuada prestación de los servicios.

Teniendo en cuenta estos antecedentes normativos, la SDS formula el Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C., de acuerdo con los momentos de acción esperados de planeación, contención y mitigación para garantizar la reducción de la propagación de la pandemia en la ciudad de Bogotá, y en los casos de pacientes contagiados, lograr su atención integral y oportuna por medio de las acciones conjuntas de todos los actores involucrados.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Prevenir o disminuir el impacto en la morbilidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias agudas ocasionadas por la COVID-19 en la población del Distrito Capital.

1.2 Objetivos específicos

Crear acciones de promoción, prevención y contención de la transmisión de la enfermedad.

Detectar y contener la pandemia causada por el virus de la COVID-19.

Establecer las directrices de vigilancia epidemiológica y laboratorio de la COVID-19 dentro del Sistema Nacional de Vigilancia que permitan detectar los casos de la pandemia en el Distrito Capital.

Evaluar los riesgos, la propagación, el contagio y la letalidad de la pandemia para generar información epidemiológica de calidad que oriente la toma de decisiones.

Detectar tempranamente la emergencia del COVID-19 en el Distrito Capital (casos importados o autóctonos).

Disponer de recursos médicos que garanticen el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves.

Mantener los servicios básicos de salud, incluyendo una reserva estratégica de recurso humano, medicamentos e insumos.

Disminuir la morbimortalidad de los residentes en el Distrito Capital mediante procesos educativos hacia el personal de salud y la comunidad.

Establecer el mecanismo de coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva entre los distintos niveles intervinientes.

Mantener la coordinación, la toma de decisiones y la comunicación efectiva y oportuna en los ámbitos intra e interinstitucional ante un evento provocado por la COVID-19.

Proporcionar lineamientos para el seguimiento y el monitoreo de los casos identificados como sospechosos y confirmados de COVID-19, de forma conjunta y coordinada, de las actividades administrativas y operativas.

Activar las acciones de coordinación y respuesta por parte de la SDS y del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

2. Alcance

Contener y reducir la velocidad de la propagación de la COVID-19, proteger a toda la población residente en Distrito Capital y, en especial, a población con mayor riesgo de contagio, por medio de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en los ámbitos individual y colectivo mitigando el riesgo de contagio por mediante la identificación de los casos probables, la atención y el seguimiento a los casos confirmados durante y posteriormente a su recuperación, en concordancia con la finalización de la alerta sanitaria.

3. Escenarios de riesgo

3.1 Situación epidemiológica preepidémica

Es aquella situación presentada antes de la introducción de SARS-CoV-2 al país por la presencia de al menos un caso confirmado de COVID-19.

Riesgo de introducción bajo: La probabilidad de introducción del virus es baja porque el flujo migratorio desde el origen del brote es mínimo, al no existir conexiones aéreas directas con el país receptor. Para Colombia, mientras el brote de Wuhan estuvo localizado, fue poco probable la introducción de SARS-CoV-2, pues no había conexiones directas de tránsito de personas entre Colombia y China. La evaluación de riesgo de introducción se consideró baja teniendo en cuenta que la situación estaba confinada al territorio chino y donde se adoptaban medidas drásticas para su contención.

Riesgo de introducción medio: La propagación a otros países ocurre, en algunas circunstancias, con una probabilidad de entre el 30% y el 70%; especialmente, en zonas con tránsito directo de pasajeros entre el país de origen y el receptor, o en países con una infraestructura sanitaria deficitaria. Probablemente ocurre, en la mayoría de las circunstancias, con una probabilidad de entre el 70% y 94%. La dinámica mundial de la epidemia tuvo cambios relevantes con incremento rápido de países afectados con casos de coronavirus. Adicionalmente, algunos países tuvieron expansión de brotes no controlados (Italia, Corea del Sur, Irán y España) con incremento de casos; algunos, sin asociación directa a China. La probabilidad de introducción de un caso de COVID-19 al país se incrementa por los flujos migratorios que existen entre Colombia y Europa, más frecuentes que con el país asiático. Viene, entonces, la declaración del director de la OMS explicando que el riesgo de COVID-19 consiste en epidemias en diferentes partes del mundo, con potencial pandémico.

Riesgo de introducción alto: Se prevé que ocurra, en la mayoría de las circunstancias, con probabilidades del 95% o mayores. Colombia cumple un criterio alto ante la probabilidad de introducción del primer caso en el país, por la aparición de casos confirmados en los países vecinos con los cuales existen conexiones directas.

3.2 Situación epidémica

Ocurre tal situación desde la introducción de SARS-CoV-2 al país por la presencia de uno o más casos confirmados de COVID-19.

Introducción del primer caso: Presencia de brotes localizados y contenidos, por casos originados en otros países que han llegado al país a través de los puntos de entrada. Estos casos tienen contactos circunscritos a su grupo familiar, donde puede haber contagios a pesar de las medidas de aislamiento. Así mismo, el personal de salud tratante tiene un mayor riesgo de contagio al atender pacientes con COVID-19.

Cadenas de circulación en la comunidad conocidas o desconocidas: Más del 10% de los casos de COVID-19 son de circulación autónoma en el país.

4. Instancias de coordinación en emergencias

Son las instancias de coordinación, asesoría, planeación y seguimiento las que deben garantizar la efectividad y la articulación de los procesos de gestión del riesgo en la entidad territorial que a cada uno le corresponden, articulando acciones con el sistema local o el distrital de gestión de riesgo, dentro del marco del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo (Ley 1523 de 2012). Cabe resaltar que el trabajo de cooperación de todas las entidades que hacen parte del sistema no se hace de manera independiente, sino que apunta a la integralidad de las comunidades y sus habitantes haciéndolos responsables de acciones que permitan la seguridad de todos y cada uno; de tal manera que todos y cada uno de los individuos y comunidades del Distrito Capital entran a formar parte activa en esta labor de respuesta a emergencias en Bogotá D.C.

Para la ciudad de Bogotá, D. C., el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo será liderado la alcaldesa mayor de la ciudad, por medio del Idiger. De acuerdo con lo dispuesto dentro del marco de actuación para el manejo de emergencias, la SDS adelantará acciones de orientación en los aspectos científico y técnico; para ello, tendrá presente la normatividad que sea expedida por el MSPS, como ente rector en el territorio colombiano, y por el INS, en los aspectos específicos.

En lo relacionado con el sector salud en Bogotá D.C., la SDS, como parte integral del Sistema Distrital de Gestión de Riesgo, implementará acciones que permitan articular el actuar de las empresas administradoras de los planes de beneficios (EAPB), las IPS, las empresas sociales del Estado (ESE) y el SEM, en procura de aunar esfuerzos en la atención de las distintas fases de la emergencia, como se muestra en la figura 1.

5. Generalidades

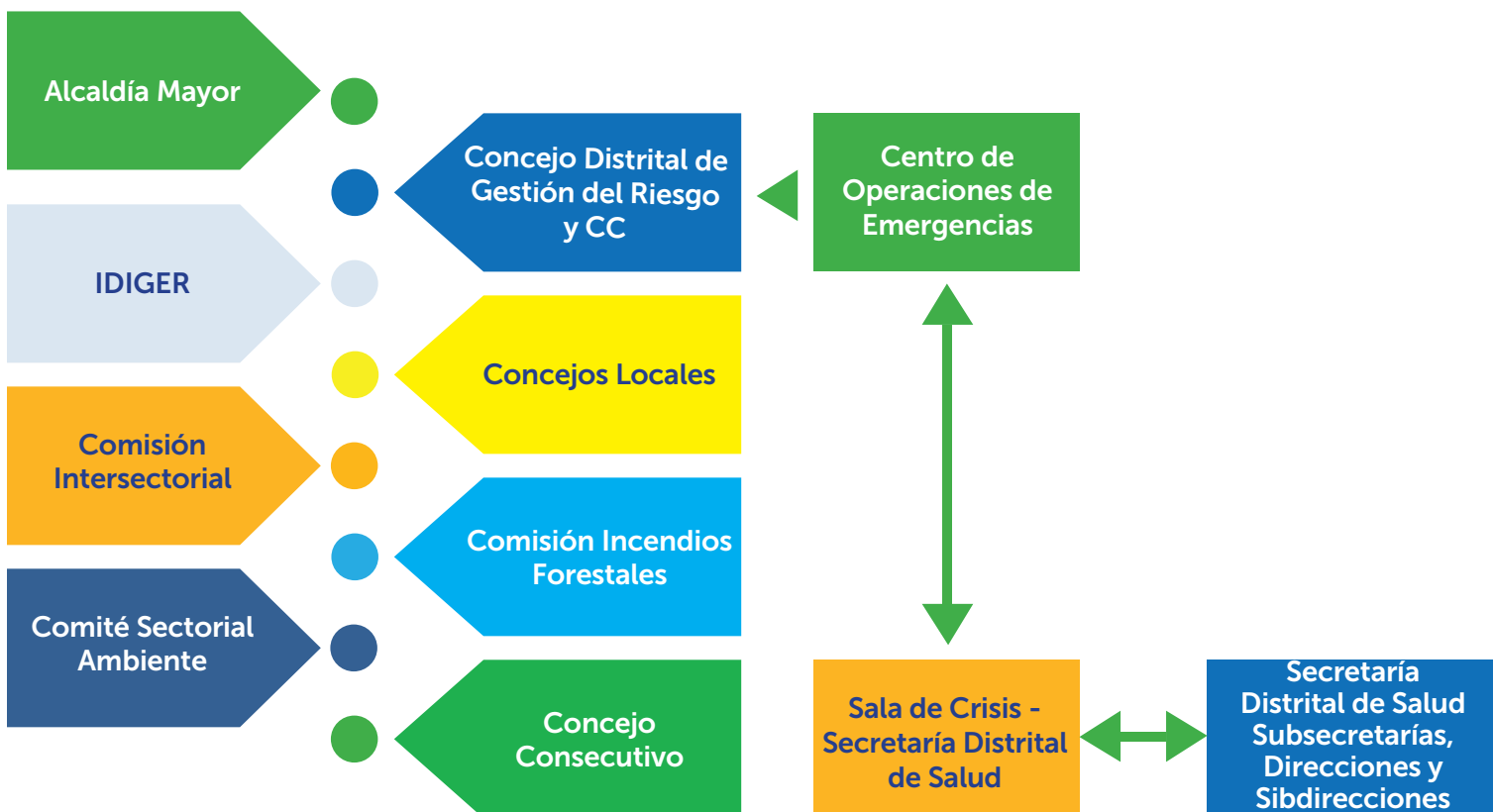
El nuevo coronavirus se llama SARS-CoV-2, y la enfermedad transmitida por este se llama Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Es un nuevo tipo de

coronavirus que puede afectar a los seres humanos, y se lo detectó por primera vez en diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei, en China. A pesar de las experiencias de China, Italia, España y Corea, todavía hay muchos aspectos que se desconocen en relación con la enfermedad que produce: la COVID-19.

5.1 Situación actual

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la situación actual de coronavirus en la Región de las Américas está en que se ha identificado un total de 10.000 casos de COVID-19 notificados por 33 países. En Colombia, el 2 de marzo de 2020, las autoridades nacionales informan al país que el riesgo de coronavirus se eleva de moderado a alto, de acuerdo con los casos en Ecuador, y otros países de América Latina (9), como se aprecia en la figura 2.

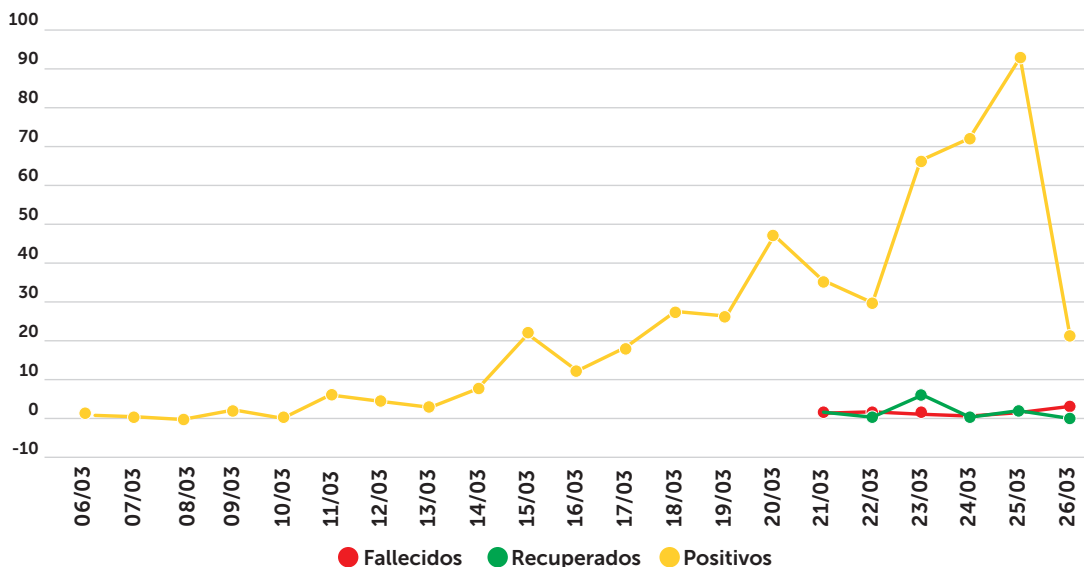
Figura 1. Instancias de Coordinación Emergencias Distrito Bogotá D.C.



Fuente: SDS. Dirección de Urgencias y Emergencias (marzo de 2020).

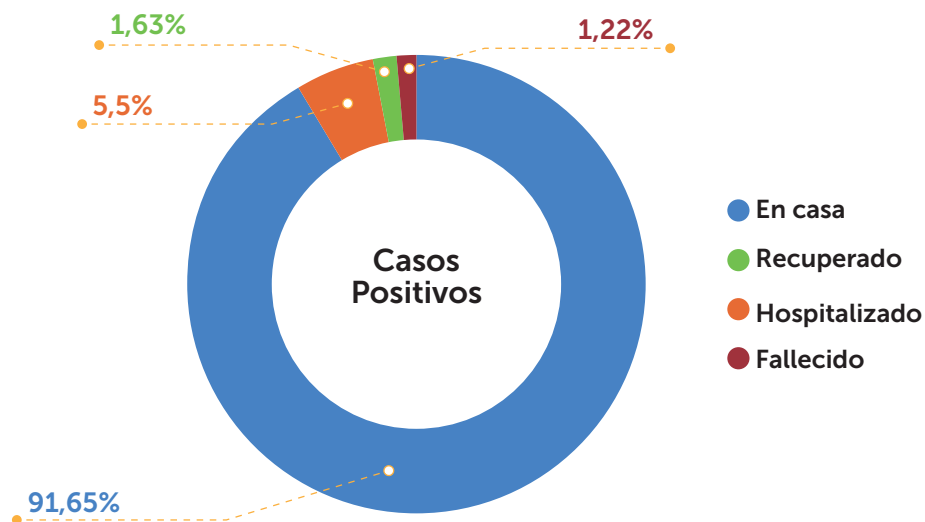
El primer caso reportado en Colombia fue en Bogotá el 6 de marzo de 2020, sexo femenino entre 10 a 19 años, importado de Italia. En el país, al día 18 de marzo de 2020, el Instituto Nacional de Salud confirmó a través de resultados 93 casos confirmados (58 casos importados de Italia, España, Ecuador, estados Unidos y República Checa y 35 casos relacionados a la importación). Desde el primer caso, el 6 de marzo de 2020, hasta el 26 de marzo de 2020, Colombia reporta 491 casos confirmados para COVID-19, y para el Distrito Capital, 184 casos confirmados (37,8%), de acuerdo con lo reportado por el INS, como se muestra en la figura 3.

Figura 2. Casos de COVID-19 confirmados en Colombia a marzo 26 de 2020



Fuente: INS (27 de marzo 2020).

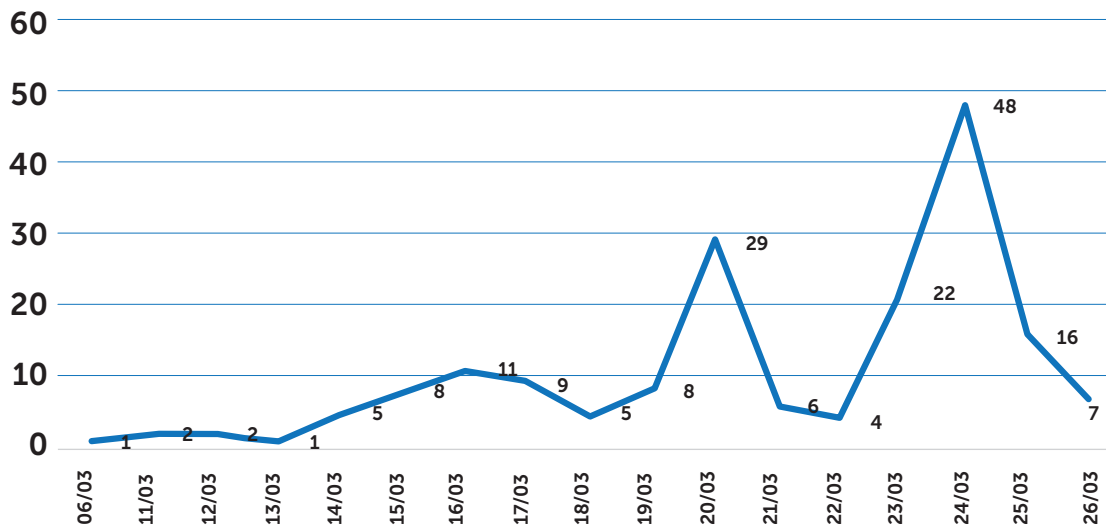
Figura 3. Casos de COVID-19 confirmados en Colombia a marzo 26 de 2020



Fuente: INS (27 de marzo de 2020).

De esta forma, se evidencia el aumento exponencial que viene presentando la epidemia a escala mundial. Se requieren acciones coordinadas por parte de todos los sectores del Distrito Capital para responder al reto que implican el cuidado y la protección de la salud de los residentes de la capital colombiana. La figura 4 muestra los casos confirmados de la pandemia en el Distrito Capital hasta finales de marzo de 2020.

Figura 4. Casos confirmados de COVID-19 en Bogotá, D. C. a marzo 26 de 2020



Fuente: elaboración propia, con datos del INS (27 de marzo de 2020).

6. Plan de preparación y respuesta a la pandemia COVID-19

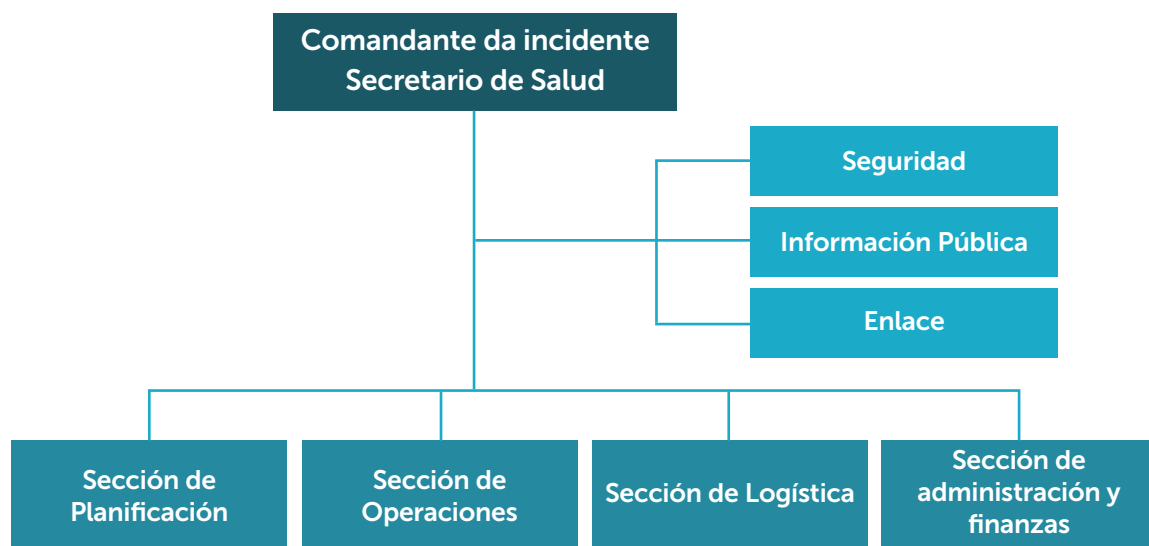
Para la respuesta a la pandemia COVID-19, la SDS adopta la metodología de sistema de comando de incidentes (SCI) como modelo de ordenamiento organizacional. Dicho sistema define y dispone de los recursos de manera tal que se optimice su rendimiento en la ejecución efectiva contemplando la planificación, la organización y el equipamiento.

El SCI en salud es la combinación de instalaciones, equipamiento, personal, protocolos, procedimientos y comunicaciones en salud, operando en una estructura organizacional común, y con la responsabilidad de administrar los recursos asignados para lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la pandemia COVID-19.

El SCI se basa en principios administrativos que demostraron hace mucho tiempo su potencial para mejorar la eficacia y la eficiencia de diversos tipos de instituciones. Son perfectamente aplicables en la respuesta a eventos adversos de cualquier dimensión y complejidad. Los principios del SCI permiten asegurar el despliegue rápido, coordinado y efectivo de los recursos y minimizar la alteración de las políticas y los procedimientos operativos propios de cada una de las instituciones que lo aplican. Para atender a esta contingencia, la SDS ha activado la estructura dispuesta como el SCI para Manejar Emergencias, como se describe en la figura 5.

La operatividad de las actividades propuestas para implementar el Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C. estarán a cargo del subsecretario de Servicios y Aseguramiento, el director de Urgencias y Emergencias en Salud y la subsecretaria de Salud Pública, de acuerdo con sus respectivas competencias, teniendo en cuenta la estructura modular del SCI de Manejo de Emergencias en Salud (SCIME), el cual permite la modulación del personal, de protocolos, de procedimientos y de comunicaciones, con la responsabilidad de administrar los recursos para lograr efectivamente los objetivos del presenta plan.

Figura 5. Sistema de Comando de Emergencias en Salud Bogotá, D. C.



Fuente: estructura del SCI Sala de Crisis COVID-19. Elaboración propia (marzo de 2020).

6.1 Fases estratégicas del plan de respuesta

Con el fin de responder de manera oportuna y efectiva a las necesidades identificadas para atender la pandemia, el Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia del COVID-19 en Bogotá D.C propone hacer el despliegue de tres fases de trabajo para lograr el propósito de contener y reducir la velocidad de la propagación del COVID-19, proteger a toda la población residente en Distrito Capital, y en especial a población con mayor riesgo de contagio por medio de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en el ámbito individual y colectivo, mitigando el riesgo de contagio por medio de la identificación de los casos probables, atención y seguimiento a los casos confirmados durante y posterior a su recuperación, en concordancia con la finalización de la alerta sanitaria.

Las fases propuestas en este plan de respuesta son: 1) preparación, 2) contención y 3) mitigación, de acuerdo con lo propuesto en el documento del MSPS.

6.1.1 Fase 1. Preparación

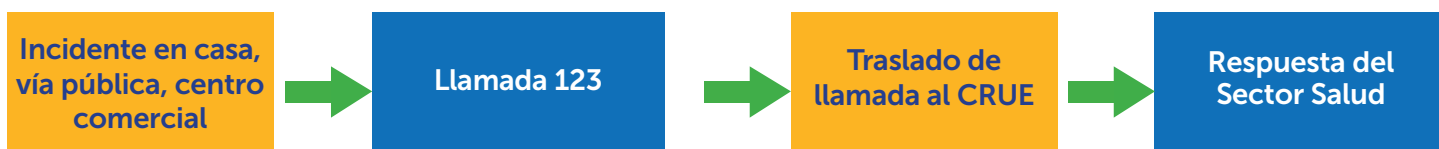
Esta fase contempla la organización general de las acciones de alistamiento y planeación de respuesta en relación con las necesidades identificadas del sector y los posibles impactos de la pandemia en la población del Distrito Capital, de acuerdo con los estados de alerta, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Semaforización estados de alerta del sector salud

Señal	Alcance
Verde	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar y estimar las reservas de los elementos indispensables para la asistencia, como: insumos médico-quirúrgicos, agua potable y combustible para la planta eléctrica. • Determinar cuáles serán cada una de las áreas que pueden ser utilizadas como áreas de expansión en caso de necesidades de atención inicial. • Actividades con los empleados para recordar partes importantes del plan. • Determinar grupos de apoyo interno dentro del hospital, en caso de que se necesiten.
Amarillo	<ul style="list-style-type: none"> • Activar el plan efectuando las acciones previstas para los diferentes responsables en esta fase. • Activar los canales de comunicación entre el hospital, el CRUE, la secretaría de Salud del municipio, el plan de ayuda mutua y el Consejo Municipal de Gestión de Riesgo de Desastres (CMGRD); verificación de la situación por parte del Comité Hospitalario de Emergencias (CHE). • El personal que se encuentre laborando en la institución y durante cuyo turno se active la alerta amarilla debe disponerse y organizarse para la posible atención de la situación, según las indicaciones del coordinador de emergencias. Se verifican las reservas de los elementos indispensables para la asistencia, como: Insumos médico-quirúrgicos. Agua potable, combustible para plantas eléctricas y suministros en general, determinando la capacidad y la autonomía frente a cada situación en particular. El personal que se encuentre en su domicilio deberá estar en comunicación con el hospital
Naranja	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer y activar durante esta fase los recursos, las áreas y el personal de refuerzo requeridos según la situación; hacer seguimiento de la situación por el CHE. • Coordinar e implementar las acciones de expansión requeridas; se reprograman los procedimientos de baja complejidad y se da de alta a pacientes, para dar prelación a la atención de los lesionados. • Activar los equipos de respuesta interna del hospital requeridos, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes. • Gestionar la obtención de los elementos identificados como indispensables para la atención de la emergencia y de los cuales no se tenga suficiente reserva. • Activación CHE, plan de ayuda mutua, CRUE.
Roja	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la atención de víctimas de acuerdo con la demanda de servicios. • Se estudian y se resuelven solicitudes de insumos o reforzamiento de personal en las áreas críticas. • Activación y reunión del Comité Hospitalario de Emergencias, para la toma de decisiones. • Activación de los diferentes equipos de respuesta del hospital; se verifican y se ajustan en general las condiciones de operación de todas las áreas y los equipos de respuesta, y se evalúa periódicamente su desempeño hasta el final de la alerta roja. • Activación CHE, plan de ayuda mutua, CRUE y MSPS.

Bogotá, D. C., cuenta con un sistema de activación de emergencias que viene trabajando hace más de 10 años, y el cual integra a todas las entidades de respuesta articulando la activación de dicho sistema a través de la línea de emergencias 123, la cual transfiere, de acuerdo con las características del incidente, a las entidades de competencia respectiva; entre otras: SDS, Policía Metropolitana de Bogotá, Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá, Secretaria de Movilidad e Idiger. A fin de centralizar las solicitudes de los diversos sectores y la ciudadanía, se cuenta con una cadena de llamadas que ha sido establecida como protocolo obligatorio para la ciudad de Bogotá D. C., como se muestra en la figura 6.

Figura 6. Esquema de la cadena de llamadas en Bogotá, D. C.



Fuente: Cadena de Llamadas. Elaboración propia, SDS (2020).

6.1.2 Comunicación para la gestión del riesgo en salud

La información al público y a los medios masivos de información será la emitida por la OMS y el MSPS, de acuerdo con las estrategias definidas a través de su vocero designado, de forma que se mantenga informada y actualizada a la comunidad frente a las medidas de prevención y las condiciones de riesgo.

Este plan de medios aplica para pico respiratorio y COVID-19, y su objetivo es divulgar información sobre las acciones preventivas frente al contagio y el manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y el COVID-19 y la promoción de acciones preventivas frente al contagio y el manejo de las IRA que aclaren la desinformación sobre el tema, de acuerdo con las estrategias, las tácticas y las acciones con mensajes y piezas diseñadas.

Recomendaciones para la comunidad

Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón durante, mínimo, 20 segundos; en especial, después de ir al baño, antes de comer, después de sonarse la nariz, toser o estornudar, o si las manos están visiblemente sucias.

Si no hay agua y jabón disponibles para el lavado de manos, usar un desinfectante de manos que contenga, al menos, el 60% de alcohol.

Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.

Evitar el contacto cercano con personas enfermas.

Quedarse en casa si se está enfermo.

Siempre cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo o con el pliegue interno del codo al toser o estornudar.

Limpiar y desinfectar los objetos y las superficies que se tocan frecuentemente, usando un producto común de limpieza de uso doméstico en rociador o en toallita.

6.1.3 Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (SGRED)

Elaboración del Plan de plan de preparación y respuesta por COVID-19 en su versión número 6, con el fin implementar un plan de gestión de riesgo en urgencias y emergencias, ante la situación epidemiológica por el COVID-19 y ante la posible llegada de esta, encaminada a prevenir, monitorear y controlar, mediante acciones de promoción y prevención, a la comunidad y al personal salud contando con el talento humano disponible, y los recursos técnicos y logísticos para la atención en el Distrito Capital.

Convocatoria a los referentes responsables de la elaboración del Plan de Gestión de Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario, a fin de que elaboren el plan de contingencia para la atención de un posible caso sospechoso de COVID-19, para concertar la capacitación al talento humano del servicio de urgencias mediante simulacros y simulaciones, y con sus respectivas socializaciones, en cada una de las subredes integradas de servicios de salud (Sur, Suroccidente, Centro-Oriente y Norte).

Convocatoria y realización de sesiones de trabajo con la Operadora Aeroportuaria Internacional (Opain), concesionaria del Aeropuerto Internacional El Dorado, para realizar los ajustes pertinentes al protocolo de atención por COVID-19.

Coordinación e implementación del plan de preparación y respuesta por COVID-19 para definir las acciones desde cada dependencia por parte del Sistema de Gestión del Riesgo, Emergencias y Desastres (SGRED).

Alistamiento, desde la Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, de los trajes tipo B y de ropa quirúrgica desechable, monogafas y tapabocas N95 para las tripulaciones de las ambulancias de transporte asistencial medicalizado (TAM) o transporte asistencial básico (TAB), como medida preventiva si llegara a presentarse un posible caso de COVID-19 en el Distrito Capital.

Acompañamiento y verificación mediante simulación de la estrategia y el desarrollo de acciones por parte de la red pública del Distrito Capital ante los casos de IRA e IRAG por pico epidemiológico y el COVID-19, mediante la simulación de casos sospechosos para COVID-19 en los servicios de urgencias, a fin de comprobar la activación de las estrategias tomadas por las unidades funcionales, con entrevista al personal asistencial y administrativo involucrado en el caso, con la revisión de protocolos formulados en las subredes integradas de servicios de salud (Subred Norte: Unidad de Servicios de Salud [USS] Chapinero, y Unidad Médica Hospitalaria Especializada de

Simón Bolívar; Subred Sur: Hospital El Tunal y Hospital Meissen; Subred Sur Occidente: Hospital de Fontibón y Hospital Kennedy, y Subred Centro Oriente: USS de San Blas; en la red privada: la Fundación Cardioinfantil).

Diseño y capacitación a la comunidad y al personal de salud de entidades públicas y privadas sobre las medidas de prevención, higienización, autocuidado e información sobre COVID-19.

Establecimiento de reuniones en el Comando Aéreo de Transporte Militar (Catam), el INS, el MSPS y la Cruz Roja donde se establecieron las acciones de coordinación para repatriar a los colombianos residentes en Wuhan, y que se implementó el 27 de febrero de 2020. Se apoyó con 3 radios y 1 megáfono y se asistió al lugar donde se hizo el aislamiento parcial por 14 días, con la verificación de la ruta sanitaria, el manejo de alimentos, las rutas de salida y la ubicación de ambulancias durante las 24 horas del día.

6.1.4 Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Designación de 3 ambulancias de Transporte Ambulatorio Básico (TAB) que corresponden a los códigos 6352, 6349 y 6437; y designación de 2 ambulancias de Transporte Ambulatorio Medicalizado (TAM) con códigos 6348 y 5162, como equipo de transporte de urgencias responsable, en esta fase de la emergencia, de la atención o el traslado, según lo requiera el paciente con un posible caso sospechoso, y con posibilidad de ampliar el número de móviles según el número de casos que se vayan presentando.

Capacitación al talento humano del equipo de transporte asistencial de ambulancias básicas y medicalizadas y demás unidades móviles del programa APH, establecidas para la atención de pacientes por caso sospechoso por parte de la SGRED.

Capacitación del talento humano del CRUE y a las tripulaciones de los vehículos de emergencia para el abordaje durante la atención telefónica y asistencial y el traslado de un posible caso sospechoso de COVID-19.

Asignación del referente médico para que se encargue de la revisión científica y bibliográfica relacionada con el coronavirus.

Elaboración de tres flujogramas para la caracterización en caso de IRAG por COVID-19 general, en las IPS y en el Aeropuerto Internacional El Dorado.

Elaboración y socialización del flujograma y del lineamiento de atención con el talento humano del CRUE para identificar un caso sospechoso de COVID-19.

Revisión del componente de salud mental sobre la activación de respuesta frente al tema relacionado con el COVID-19, y en la cual se hace un enfoque en el paciente y su contexto, además de las personas que pueden ser víctimas del pánico colectivo por la desinformación que se pueda divulgar.

6.1.5 Subsecretaría de Salud Pública

Desde la Subsecretaría de Salud Pública se llevan a cabo acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia epidemiológica, vigilancia por el laboratorio de salud pública, vigilancia portuaria y vigilancia epidemiológica en puntos de entrada, así como de infecciones asociadas a la atención en salud y acciones colectivas.

6.1.5.1. Vigilancia en salud pública

Intensificación las acciones de vigilancia en salud pública que permitan detectar oportunamente los casos sospechosos en puntos de entrada del Distrito Capital.

Implementación de estrategias de educación y comunicación de riesgo para viajeros y población en general.

Activación del Plan de Gestión del Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario en Salud Pública de las entidades públicas y privadas del distrito.

Intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública en las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para detectar oportunamente los casos sospechosos del nuevo coronavirus COVID-19.

Intensificación de la vigilancia de IRAG inusitada. Ante cualquier caso sospechoso con antecedente de haber viajado a cualquiera de las zonas de riesgo que no se encuentre asociada a las primeras áreas de infección como Wuhan (Japón, Corea del Sur, Tailandia, Taiwán), el caso debe ser manejado como un IRAG inusitada; los laboratorios deben descartar en primer lugar influenza (estacional y aviar) y, posteriormente, seguir los algoritmos establecidos para otros virus respiratorios.

Vigilar en las diferentes instituciones la priorización y los tiempos de atención en pacientes con clínica respiratoria y antecedentes de viajes a zonas de riesgo o con definición clínica para IRAG inusitada.

Garantizar en las IPS zonas de aislamiento para pacientes con sintomatología respiratoria; así mismo, áreas de expansión, en caso de pico respiratorio.

Verificación de la existencia y la suficiencia de la infraestructura, los equipamientos, los dispositivos médicos, los medicamentos y el talento humano requeridos para la atención de la IRAG Inusitada en su red de prestadores del nivel primario y el complementario.

Capacitación del talento humano de USS, IPS, EAPB y del programa de APH en la identificación de casos sospechosos del nuevo coronavirus y el riesgo de importación de casos provenientes de zonas de riesgo.

Garantizar la notificación y el seguimiento de toma de muestras e investigación epidemiológica de campo oportunas de cada uno de los casos, a través de las cuatro subredes integradas de servicios de salud y de la red privada, en un plazo máximo de seis horas.

6.1.5.2 Vigilancia epidemiológica

Capacitaciones a los equipos de respuesta inmediata (ERI) de la subredes integradas de servicios de salud ESE.

Alistamiento de insumos para respuesta.

Apoyo en el análisis desde lo clínico, en las actividades de vigilancia, notificación y seguimiento de casos a los profesionales de las diferentes áreas, en los niveles tanto central como local, según los requerimientos, y con especial énfasis en la definición de caso y el cumplimiento del protocolo establecido para notificación, toma de muestras y seguimiento de los casos. Serán desarrollados con las EAPB, las IPS, el personal médico y los demás profesionales de la salud involucrados en la atención de los cuadros definidos.

Preparación del sistema de salud para la atención de pacientes con COVID-19 (determinar procedimientos para aislamientos).

Determinación de hospitales de referencia para derivar pacientes en puntos de entrada. Asegurar vías y formas de traslados para pacientes graves que requieran hospitalización. Trabajar con el comité de infecciones para asegurar las medidas de protección adecuadas. Asegurar insumos para la protección personal de los trabajadores de la salud.

6.1.5.3 Vigilancia por el laboratorio de salud pública

Capacitar en la toma, la recolección y el transporte de muestras de casos sospechosos a la Red de Laboratorios del Distrito.

Garantizar la disponibilidad de medios de transporte viral y de los demás insumos que se requieran.

Procesar con oportunidad todas las muestras de casos sospechosos de COVID-19.

Garantizar el envío de muestras pareadas al INS, así como de las muestras para aislamiento viral, según sea el caso.

Analizar los resultados de laboratorio de las muestras enviadas al INS, para lograr la definición de los casos.

Mantener la disponibilidad permanente del laboratorio para la recepción de muestras y el procesamiento, si es necesario.

Realizar búsqueda activa por laboratorio, de manera permanente.

6.1.5.4 Vigilancia portuaria

Socialización de la alerta por COVID-19 en los comités sectoriales de sanidad portuaria, a fin de dar a conocer y sensibilizar a la comunidad portuaria en la detección oportuna, la notificación y la respuesta ante un caso sospechoso.

Llevar a cabo estrategias de comunicación de riesgo en los puntos de entrada y en empresas transportadoras (aerolíneas, buses), dirigidas a los viajeros, como estrategia de prevención de los signos y los síntomas de la enfermedad.

Intensificación de la vigilancia epidemiológica en el Aeropuerto Internacional El Dorado y en el terminal terrestre de El Salitre y en los satélites del norte y del sur, mediante la búsqueda activa de viajeros sospechosos; en especial, los procedentes de las zonas de circulación viral activas.

Revisión de la Declaración General de Aeronaves de Vuelos Internacionales (Anexo 9 del RSI 2005) a su ingreso al filtro de Migración Colombia, para la búsqueda de casos notificados en vuelo que sean compatibles con la enfermedad y su inmediata canalización al centro de médico del punto de entrada.

Capacitación en signos y síntomas de la enfermedad, dirigida a los funcionarios de las diferentes entidades, los transportadores y los servicios portuarios que tienen contacto directo con viajeros.

Realización de reuniones de coordinación, con el fin de ajustar el protocolo de intervención con autoridades portuarias para poner a prueba ante una ESPII.

Gestionar ante los transportadores la disponibilidad de listados de viajeros, para la búsqueda activa y el seguimiento de contactos en medios de transporte ante un caso sospechoso.

Ante la sospecha de un caso de la enfermedad en el medio de transporte (bus, avión), la empresa transportadora deberá hacer el proceso de limpieza y desinfección, de acuerdo con los protocolos establecidos, tras lo cual se emitirá el aval respectivo por parte del delegado de salud pública.

Cumplir con todas las acciones establecidas en las circulares 031 de 2018, del MSPS, y 009 de 2018, de la SDS.

Intensificar la vigilancia de IRAG inusitada. Ante cualquier caso sospechoso con antecedente de haber viajado a las zonas de circulación viral activa, deben ser manejados como una IRAG inusitada. Los laboratorios deben descartar, en primer lugar, influenza (estacional y aviar); posteriormente, deberán seguirse los algoritmos establecidos para otros virus respiratorios.

Los pacientes que ingresen con clínica respiratoria y antecedente de contacto con las zonas de circulación viral activa deben ser inmediatamente aislados y manejados con todas las medidas de bioseguridad pertinentes, por personal médico, ante posibles procedimientos generadores de aerosoles, tales como intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación y toma de muestras respiratorias. El caso deberá ser notificado de manera inmediata por el grupo de vigilancia garantizando la toma de muestra en el 100% de los casos, para panel viral.

Se deben fortalecer las medidas de aislamiento y bioseguridad "etiqueta de tos" (uso correcto de tapabocas, guantes y lavado de manos) en las áreas de espera, urgencias y hospitalización.

Suministro y adecuación de zonas de espera específicas para los pacientes sintomáticos respiratorios.

Verificar la existencia y la suficiencia de infraestructura, equipamientos,

dispositivos médicos, medicamentos y talento humano requeridos para la atención de la IRAG en las instituciones públicas y privadas.

Fortalecer en las diferentes instituciones la priorización y los tiempos de atención en pacientes con clínica respiratoria y antecedentes de viajes a zonas de circulación viral activa o con definición clínica para IRAG inusitada.

6.1.5.5 Vigilancia epidemiológica en puntos de entrada

La SDS cuenta con el proyecto Mantenimiento y fortalecimiento estrategia vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios, que cubre los terminales terrestres de El Salitre, Norte y Sur y el Aeropuerto Internacional El Dorado; sin embargo, ante la alerta por COVID-19, y dada la evaluación de riesgo para Colombia y Bogotá, el mayor riesgo se identifica en puntos de entrada Internacional. Para el caso, la estrategia se intensifica en el Aeropuerto Internacional El Dorado.

Al momento del reporte oficial del primer caso de la pandemia por COVID 19 en Colombia; es decir en marzo 6 de 2020, se contaba con 18 auxiliares de enfermería y un epidemiólogo para la realización de las acciones de vigilancia 24 x 7; sin embargo, a medida que la OMS aumenta el nivel de alerta se fortalece el talento humano con 30 auxiliares de enfermería, 4 epidemiólogos y 4 enfermeras, que realizan las siguientes actividades:

Socialización de la alerta en diferentes espacios y con todas las autoridades portuarias, a fin de dar a conocer y sensibilizar a la comunidad portuaria en la detección oportuna, la notificación y la respuesta ante un posible caso.

Implementación de estrategias de comunicación de riesgo en el Aeropuerto Internacional El Dorado, como estrategia de prevención de los signos y los síntomas de la enfermedad.

Capacitación en signos y síntomas de la enfermedad a los funcionarios de las diferentes entidades, transportadores y servicios portuarios que tienen contacto directo con viajeros.

Convocatoria y activación del comité portuario del Aeropuerto Internacional El Dorado.

Articulación con Opain para la transmisión de mensajes en pantallas gigantes, en counters y mediante pendones, etc.

Intensificación de la vigilancia epidemiológica en el Aeropuerto Internacional El Dorado, mediante la búsqueda activa de viajeros sintomáticos procedentes de China).

Aplicación de encuesta a los viajeros procedentes de China, de acuerdo con el lineamiento del MSPS, y seguimientos por 14 días.

6.1.5.6 Infecciones asociadas a la atención en salud

Capacitación en diagnóstico, atención y notificación de casos.

Comunicación de situación de alerta a los comités institucionales de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) de IPS públicas y privadas, ante la aparición del nuevo coronavirus en Colombia, y direccionamiento inicial frente a las medidas por implementar, según los lineamientos de la OMS.

Capacitación a los referentes de IAAS institucionales de IPS públicas y privadas en situación actual del nuevo coronavirus COVID-19 en Colombia, y medidas de bioseguridad para implementar en sus instituciones, según los lineamientos nacionales, con énfasis en la adherencia a la higiene de manos, la limpieza y desinfección y el aislamiento pertinentes a casos probables de COVID-19, con la directriz de socializar la información en el interior de las IPS a través del comité de IAAS e incluirla en los planes de contingencia hospitalarios.

Desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública y el centro regulador de urgencias, programar visitas de seguimiento a IPS públicas para evaluación de los planes de contingencia hospitalarios y retroalimentación, para su mejora en la implementación de medidas de bioseguridad según los lineamientos nacionales, priorizando la adherencia a la higiene de manos, a los procedimientos de limpieza y desinfección, a las medidas de aislamiento y al uso adecuado y racional de elementos de protección personal.

6.1.5.7 Acciones colectivas

Intensificar acciones de información y educación a las personas que son beneficiarias de las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PS PIC) (espacios de vida como trabajo, vivienda, educativo, público, así como en los procesos transversales incluidos en el plan, tales como gobernanza, gestión de programas y acciones de interés en salud y vigilancia en salud pública) en las 20 localidades; énfasis en la técnica adecuada de lavado de manos, los momentos para el lavado de manos, cómo toser y estornudar correctamente y recomendaciones para el uso de tapabocas.

Orientar técnicamente al equipo de coordinación del PS PIC de las subredes integradas de servicios de salud Sur, Norte, Sur Occidente y Centro Oriente, frente a las directrices para el abordaje epidemiológico y de intensificación de acciones intersectoriales, institucionales, comunitarias, familiares e individuales de prevención.

Trabajo articulado con diferentes sectores de la administración distrital y con los actores del ámbito nacional, a fin de unificar contenidos técnicos para el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación.

Gestión local intersectorial e interinstitucional para fortalecer las medidas de prevención.

Orientación técnica y participación en el desarrollo de acciones de comunicación masiva para la prevención de infecciones respiratorias (radio, televisión, redes sociales).

Asesoría técnica a las entidades distritales y nacionales para la organización y el desarrollo de acciones institucionales en los componentes higiénico-sanitarios y en cuanto a medidas educativas y comunicativas de prevención.

Orientación técnica para la estructuración de los contenidos de curso virtual de coronavirus, dirigida a profesionales de la salud y de las IPS, y a través de otros medios de educación audiovisual.

Seguimiento permanente a la operación de las acciones de intensificación y reorientación, según el comportamiento epidemiológico.

6.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Desde el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la Dirección de Calidad realizará seguimiento al cumplimiento de las condiciones definidas por el Sistema Único de Habilitación, en las IPS designadas para la atención de pacientes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Los estándares a este respecto se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Acciones del área de calidad en emergencia en Bogotá, D. C.

Dependencia	Alcance
Talento humano	Verificar que las instituciones garanticen el talento humano suficiente y capacitado para la atención de los pacientes con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
Infraestructura	Que las Instituciones cuenten con las áreas necesarias para realizar el aislamiento en consultorios de consulta externa y de urgencias y ambientes de aislamiento epidemiológicamente seguros, en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes y en los lineamientos del MSPS.
Dotación, insumos y medicamentos	Verificar que las instituciones cuenten con los insumos necesarios y suficientes de acuerdo con los protocolos y en cumplimiento de las medidas de bioseguridad exigidas.
Procesos prioritarios	Verificar que las instituciones cuenten con guías, manuales y protocolos para el caso particular, y que estos sean conocidos por todo su personal asistencial (manuales de bioseguridad, de aislamiento y de manejo de residuos hospitalarios, entre otros).
Interdependencia	La Institución debe disponer de los servicios requeridos de acuerdo con la oferta.

Fuente: SDS.

Para la prestación individual de servicios de salud individuales se realizan las siguientes acciones:

Solicitud del Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C. para manejo del evento coronavirus en las SISS y en las EAPB que operan en el Distrito Capital, mediante la solicitud de planes de respuesta al coronavirus.

Preparación de los contenidos de la capacitación, de acuerdo con el grupo de riesgo, y gestión de actividades de capacitación en estos.

Consolidación de la capacidad instalada de la red de IPS por cada una de la EPS, relacionada con la definición de IPS de primera línea de atención y de hospitalización para la atención de posibles casos de coronavirus.

Definición de la estrategia atención médica domiciliaria (AMED) como contención de la posible propagación del virus, definiendo la aplicación de recursos y la implementación de la estrategia, a fin de contar con 100 equipos de respuesta para la ciudad.

Revisión de los planes de contingencia para la infección por COVID-19, en lo relacionado con capacidad instalada, talento humano, áreas de expansión, áreas de aislamiento, disponibilidad de elementos para el lavado y la higienización de manos y la desinfección de las áreas de exposición, y de la disponibilidad de elementos de protección personal individual, oferta de salas ERA y fortalecimiento del talento humano, así como estrategias para monitorear el cumplimiento de las directrices.

Revisión y solicitud de ajustes de documentos y planes de contingencia para la infección por COVID-19, según lo dispuesto en los lineamientos de MSPS y el INS.

Definición de la capacidad instalada de AMED y proyección de la necesaria para la atención de COVID-19, de acuerdo con la demanda.

Definición y ajuste de los perfiles que conformarán los equipos de atención.

6.3 Infraestructura de servicios de salud

Tabla 3. Capacidad instalada de la Red de 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	0	36	0	82	0
Total general	499	7.901	177	3.253	676	11.154

Fuente: datos propios, identificados mediante visita de seguimiento (2020).

Tabla 4. IPS centinela-primera línea de atención

Subred Integrada de Servicios de Salud	Punto de atención	Nivel de complejidad
Centro Oriente	USS San Blas	Mediana complejidad
	USS Jorge Eliécer Gaitán	
Sur	USS Tunal	Alta complejidad
	USS Meissen	
Sur Occidente-USS	USS Fontibón	Mediana complejidad
	USS Kennedy	Alta complejidad
	USS Tintal	
Norte	USS Simón Bolívar	Alta complejidad
	USS Chapinero	Mediana complejidad
Hospital Cardioinfantil		Alta complejidad

Fuente: datos propios, identificados mediante visita de seguimiento (2020).

Tabla 5. Salas ERA Bogotá, D. C.

Tipo	Cantidad
Públicas	26
Privadas	59
Reporte adicional	18
Total	103

Fuente: datos propios, identificados mediante visita de seguimiento (2020).

6.4 Ruta de atención en salud

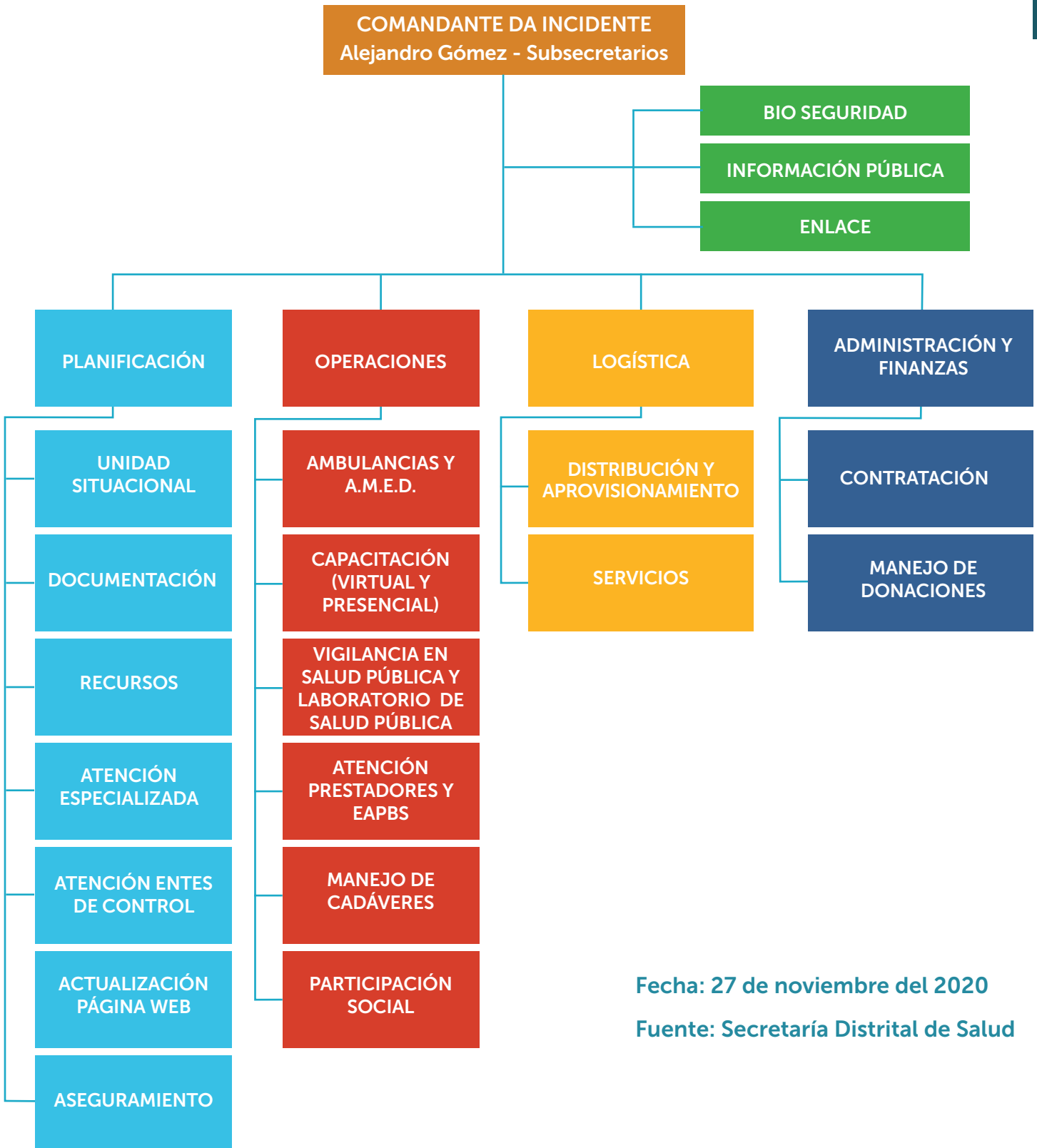
Con la definición de caso sospechoso probable para coronavirus se definieron tres maneras de entrada a la ruta de atención (ver algoritmos de diagnóstico para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios, versión 1, actualización: 10-03-2020): 1) persona captada en puertos de entrada a la ciudad, asintomática o sintomática, proveniente de un país de alto riesgo; 2) persona sintomática con consulta espontánea con antecedente de viaje en los últimos catorce días de un país con casos confirmados de COVID-19, y 3) contacto estrecho con persona con diagnóstico de COVID-19. Cada uno de ellos tiene rutas de atención a partir del momento en el que se identifica un caso sospechoso, como quiera que se trata de una epidemia, en la cual cambia diariamente el patrón de comportamiento, y se deja la referencia.

7. Fase de contención y atención

La fase de contención y atención tiene por objetivo reducir la propagación de la enfermedad ocasionada por el COVID-19 en la ciudad de Bogotá, D. C.

Teniendo en cuenta que hay casos confirmados para la ciudad y que el número va en aumento exponencial, se hace necesario aplicar las medidas propuestas en esta fase. Para ello, cada una de las dependencias que adelantaron actividades de preparación procederán a implementar las medidas de contención, como se muestra en la figura 7.

Figura 7. SCI Bogotá, D. C.



7.1 Comunicación e información de la promoción de la salud

Diseño e implementación de una estrategia de difusión digital de información para todos los ciudadanos.

Diseño e implementación de una estrategia de difusión digital de información con influencer-video.

Identificación de escenarios comunitarios e institucionales en los ámbitos local y distrital, para socializar virtualmente el abecé y los mitos sobre el nuevo COVID-19.

Envío de kits de información normativa y audiovisual de la Alcaldía Mayor de Bogotá y de la SDS, a través de correos electrónicos a ciudadanos y organizaciones.

Conformación de 20 equipos por localidad, articulados a los demás sectores, para el desarrollo en lo local de la estrategia COVID/19 A la Calle (información y orientación a la ciudadanía).

Conformación de 20 equipos de padrinos y madrinan por localidad, para desarrollar una red cuidado bajo la lógica de vecindad.

Medios de comunicación alternativos, como emisoras y periódicos comunitarios, para la difusión de información oficial.

Gestionar con las entidades distritales un link de enlace desde sus sitios web que direccionen hacia la página de la SDS sobre el coronavirus.

Implementar una estrategia de comunicación masiva a través de influenciadores.

Gestionar con call centers de diferentes entidades la inclusión de mensajes cortos en cada llamada.

7.2 Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES)

Participa en las reuniones convocadas por el comité de crisis para la toma de decisiones a partir de la creación de escenarios de intervención.

Participa en las reuniones de directores convocadas por el subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento.

Establece, con el concurso del comité de crisis, las proyecciones de expansión de servicios del centro regulador de urgencias-centro operativo y la expansión de áreas de atención en salud.

Hace el seguimiento a las acciones ejecutadas en el contexto de la implementación de acciones del plan antipandemia bajo responsabilidad de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.

Verifica las condiciones en las cuales se presenten las propuestas de convenio en las cuales intervenga la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

Participa en las reuniones interinstitucionales que sean convocadas por la Alcaldía Mayor, la Secretaría de Seguridad y Convivencia, el Idiger y todas aquellas a las cuales sea convocado en relación con la implementación de acciones de planeación, preparación, respuesta y contingencia dentro del marco de la pandemia por el SARS-CoV-2 COVID-19.

Verifica el funcionamiento de las acciones desarrolladas por las subdirecciones del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastre proponiendo las acciones por seguir de acuerdo con la evolución del incidente.

7.3 Centro Regulador Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE)

Activación del Sistema de Emergencias Médicas de la Ciudad (SEM), por medio del Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), C4 o la Red de apoyo de Emergencias frente a casos identificadas como sospechosos. Una vez recibida la notificación, en primer lugar, y de acuerdo con las necesidades y la disponibilidad de vehículos, se activará y se despachará un vehículo de emergencias de la SDS o del equipo de reacción al sitio, para verificar, evaluar y atender la situación que en el campo de la salud se requiera.

Disposición de ambulancias como las responsables de la atención o el traslado del paciente, según como se requiera con un posible caso sospechoso, y con la posibilidad de ampliar el número de móviles según la evolución de la enfermedad.

Socialización del protocolo de atención con el talento humano del centro regulador para identificar un caso sospechoso por COVID- 19.

Ajuste y socialización del flujograma del INS para la atención del médico regulador ante COVID-19.

Capacitación del talento humano del CRUE y a las tripulaciones de vehículos de emergencia para el abordaje durante la atención telefónica y asistencial y el traslado de un posible caso sospechoso de COVID-19, por parte de la SGRED.

Articulación con el equipo ERI o con Salud Pública para la atención con móviles frente a los casos de pacientes sospechosos provenientes de zonas virales activas confirmadas y con personas que han estado en contacto con quienes han tenido el virus por COVID 19.

Asignación del referente médico para que se encargue de la revisión científica y bibliográfica relacionada con el coronavirus.

Notificación a la SDS y a entidades como EAPB de personas con casos positivos para COVID 19, activación de la cadena de llamadas para el reporte de los casos, para el seguimiento y el control de la pandemia.

7.4 SGRED

Participa de las reuniones convocadas por el secretario de Salud, el subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento y el director de Urgencias y Emergencias en Salud.

Establece la disponibilidad de talento humano para la sala de crisis, para el centro de operaciones de emergencia y para el apoyo a la Subdirección CRUE en el centro operativo.

Proyecta, a partir de la identificación de escenarios, las necesidades operacionales y logísticas que puede tener la SGRED.

Desarrolla actividades de capacitación presencial o virtual hacia población del sector salud y de la comunidad en general.

Apoya a los prestadores de servicios de ambulancia públicos y privados en las actividades de capacitación a tripulaciones; especialmente, en lo relacionado con el uso de elementos de protección personal.

Provee a las tripulaciones de ambulancias de los elementos de protección personal para los casos sospechosos de COVID-19 a los cuales sean asignados.

Participan en las reuniones de verificación de condiciones sanitarias a las cuales sea convocada la subdirección.

Participan activamente en la convocatoria de la sala de crisis y en las acciones de coordinación para la operación.

Participa de las acciones de enlace cuando se active el plan de contingencia del Aeropuerto Internacional El Dorado ante la presentación de casos sospechosos de COVID-19.

7.5 Salud pública

Teniendo en cuenta la fase de preparación y las acciones implementadas en las vigilancias en salud pública y epidemiológica por el laboratorio en salud pública y portuaria y en los puntos de entrada, así como las colectivas, se mantienen y se adicionan las siguientes para la fase de contención y atención:

7.5.1 Vigilancia en salud pública-vigilancia epidemiológica

Detectar oportunamente los casos iniciales y sus contactos.

Minimizar la transmisión de la enfermedad evitando la diseminación del virus COVID en la comunidad.

Preparar y fortalecer las necesidades del sistema de salud.

Activar el plan de contingencia hospitalario en lo relacionado con el componente de salud pública.

Asegurar la atención de forma adecuada y oportuna de casos que requieran prueba, reportados a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Contribuir al conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad en el contexto de la región.

Proporcionar información oportuna, transparente y basada en la evidencia científica, como también todo nuevo conocimiento, para apoyar las mejores prácticas de atención médica.

Confirmar y fortalecer acuerdos efectivos de gobernanza sanitaria en conjunto a todas las jurisdicciones.

Monitorear el comportamiento de la IRA, de acuerdo con las recomendaciones generales para el manejo de la ERA (ver Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda, Ministerio de Salud y Protección Social).

Definir el mecanismo de notificación de la alerta en relación con el evento, de acuerdo con los sistemas de comunicación disponibles.

Fortalecer las medidas de precaución estándar en el manejo de todos los pacientes, y establecidas en el Manual de Medidas Básicas para Control de Infecciones en el prestador de servicios de salud, disponible en: _

Mantener informada de manera responsable y adecuada a la comunidad, para así generar confianza en esta.

A fin de lograr los objetivos propuestos, se determinan las acciones necesarias a partir de la integración de varios sectores con actividades como:

Generar espacios de trabajo con todos los actores del MSPS, el INS y el Sistema Sanitario Nacional coordinando las intervenciones vinculadas con el Plan Operativo de Preparación y Respuesta COVID-19.

Organizar las acciones y las funciones de referentes de la SDS, con el Centro Nacional de Enlace, los diferentes equipos de comunicaciones de las distintas áreas del MSPS, el INS, referentes del Laboratorio de Salud Pública y los demás laboratorios de referencia, la Superintendencia de Servicios de la Salud, las sociedades científicas y las áreas de investigación específicas.

Con el MSPS y el INS como coordinadores, conformar la red intersectorial a fin de concertar acciones dirigidas al cumplimiento de los objetivos establecidos con referentes por el ministerio, para coordinar circuitos de información, fortalecer la presencia institucional e implementar las acciones concertadas.

Implementar acciones de forma unificada y coordinada con la red de prestadores, para la detección, el traslado, la atención, el aislamiento de pacientes y el egreso de estos.

Comunicarse de manera continua y eficiente con la red de prestadores, para el monitoreo de los casos sospechosos, asintomáticos y confirmados.

7.5.2 Vigilancia por laboratorio de salud pública (LSP)

Se mantendrá capacitada a la red en la toma de muestras, el diagnóstico, la interpretación de resultados, la bioseguridad y el envío de muestras.

Se verificará que aquellos laboratorios que ofertan pruebas moleculares para identificar virus respiratorios cumplan con los protocolos de bioseguridad.

Se realizará la asistencia técnica a los laboratorios que así lo requieran.

Se suministrarán, por parte del LSP los medios de transporte viral a laboratorios clínicos públicos y privados.

Se remitirá, por parte de los laboratorios las muestras en su debido triple embalaje, junto con las fichas de notificación.

7.5.3 Acciones para la identificación viral

El LSP implementará el protocolo disponible en la OMS, y desarrollado por el Hospital Charité, de Berlín (Alemania), y en el cual el INS capacitó a cinco profesionales en esta metodología.

Las pruebas para el COVID-19 solo se considerarán para pacientes que cumplan la definición del caso, una vez descartada la influenza, y en concordancia con las definiciones de caso y de los algoritmos que se encuentren vigentes.

Los resultados obtenidos serán informados oportunamente, según los canales establecidos y para la toma de las acciones necesarias.

Se definirán los recursos de talento humano, técnicos y de bioseguridad para la implementación de la metodología en el LSP.

7.5.4 Vigilancia epidemiológica en puntos de entrada

Comunicación del inicio de la fase de contención a los comités institucionales de IAAS de las IPS públicas y privadas.

Intensificación de la vigilancia en control de infecciones en IPS públicas y privadas, con el fin de verificar la adherencia a las medidas de bioseguridad pertinentes a prevenir la diseminación del virus en el ámbito institucional, en los usuarios y en los trabajadores de la salud, y con ello, la consecuente aparición de nuevos casos confirmados. Todas las IPS deben contar con la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos y con protocolos de limpieza y desinfección, aislamiento y uso adecuado de elementos de protección personal, con su correspondiente medición de adherencia.

Retroalimentación continua a las IPS sobre la situación actual del nuevo COVID-19 y de lineamientos nacionales en torno a la situación, a través de los medios de comunicación oficiales de la SDS.

Vigilancia y control sanitario y epidemiológico en cumplimiento de lo establecido en la Circular 006 del 7 de marzo de 2020 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. por la cual se dictan directrices para la detención temprana, contención, atención y vigilancia epidemiológica ante el ingreso del coronavirus (COVID 19)-y la implementación del Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

Seguimiento estricto a los prestadores de la ciudad con énfasis en aquellos ubicados en la zonas de cuidado especial para verificar el cumplimiento de las medidas establecidas y los reportes para el monitoreo de ocupación,

conforme a los lineamientos técnicos para la operación del manejo integral de las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio ante la emergencia por COVID -19 en el marco del Decreto 538 de 2020.

7.5.5 Acciones colectivas

Intensificar acciones de información y educación a las personas que son beneficiarias de las actividades del PS PIC (espacios de vida como el trabajo, la vivienda, el educativo y el público, así como en los procesos transversales incluidos en el plan, tales como gobernanza, gestión de programas y acciones de interés en salud y vigilancia en salud pública) en las 20 localidades; hacer énfasis en la técnica adecuada de lavado de manos, en los momentos para el lavado de manos, en cómo toser y estornudar y en las recomendaciones sobre el uso de tapabocas.

Orientar técnicamente al equipo de coordinación del PS PIC de las subredes integradas de servicios de salud Sur, Norte, Sur Occidente y Centro Oriente respecto a las directrices para el abordaje epidemiológico y de intensificación de acciones intersectoriales, institucionales, comunitarias, familiares e individuales de prevención.

Trabajar de forma articulada con diferentes sectores de la administración distrital y actores del ámbito nacional con el fin de unificar criterios en cuanto a mensajes y contenidos técnicos para el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación.

Hacer gestión local intersectorial e interinstitucional para fortalecer las medidas de prevención.

Brindar orientación técnica y participar en el desarrollo de acciones de comunicación masiva (radio, televisión, redes sociales) para prevenir infecciones respiratorias.

Brindar asesoría técnica a las entidades distritales y nacionales para la organización y el desarrollo de acciones institucionales en componentes higiénico-sanitarios y medidas educativas y comunicativas de prevención.

Dar orientación técnica para estructurar los contenidos de un curso virtual y por otros medios de educación audio visual de coronavirus, dirigido a profesionales de salud y de las IPS.

Hacer seguimiento permanente a la operación de las acciones de intensificación y reorientación, según el comportamiento epidemiológico.

7.6 Prestación de servicios

Las acciones encaminadas a la prestación de servicios de salud para la ciudad de Bogotá se alinean con las directrices y las recomendaciones del orden nacional y el distrital para las instancias directivas de las IPS, con énfasis en el nivel hospitalario, como herramienta para la organización de los servicios y para el proceso de toma de decisiones. Las acciones que se incluyen son

recomendaciones básicas, y deben ser adaptadas a los diferentes niveles de atención y a la población objeto de cada IPS:

Activar el comité institucional de emergencias

Actualizar el plan de contingencia hospitalario, de modo que incluya los procesos necesarios para la referencia y la contrarreferencia de pacientes sospechosos a las IPS priorizadas.

Prever las necesidades de articulación con el comité local de gestión de riesgo y cambio climático.

Activar el plan de contingencia hospitalario

Establecer los flujos de información y los mecanismos de reporte de esta a la SDS, a otras IPS y a las EAPB, según los lineamientos establecidos.

Concertar con otros sectores de apoyo a la institución a fin de establecer medidas de contingencia, para la preservación de los servicios básicos (energía, comunicaciones, acueducto, recolección de desechos ordinarios y patógenos, sector funerario y otros).

Garantizar la disponibilidad y la suficiencia del personal de salud y de apoyo, y contar con la base de datos del recurso humano de primera línea, incluyendo la actualización de teléfonos y direcciones, la cual podrá ser requerida, según las necesidades, por parte de la Dirección de Provisión de Servicios de la SDS.

Garantizar que el personal de primera línea cumpla con criterios de inclusión: no tener patologías de alto riesgo (cardiopatías, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, VIH, etc.) ni hallarse en estado de embarazo.

Elaborar lineamientos internos para el recurso humano en materia de alertas, presencia y disponibilidad ante una probable emergencia.

Identificar y coordinar el recurso humano de segunda línea en caso de necesidad (internos y residentes).

Definir funciones y protocolos para el eventual recurso humano extra que se prevea incorporar.

Mantener actualizados los convenios con proveedores de insumos; sobre todo, en cuanto a elementos de protección personal, suministros de higiene de manos, aseo, desinfección y medicamentos previstos en las guías de manejo. Lo anterior, redefiniendo las condiciones para garantizar los tiempos adecuados de respuesta y las existencias requeridas.

Definir la estrategia de almacenamiento y distribución de los suministros y los medicamentos que garanticen la disponibilidad inmediata, la seguridad y la custodia, el uso racional y la ocupación eficiente de espacio.

Definir la estrategia para asegurar un stock de emergencia que responda, como mínimo, en los primeros quince días de la crisis.

Definir el proceso de atención domiciliaria con las EAPB para pacientes sospechosos, confirmados y contactos de COVID-19.

Definir los lineamientos y el flujograma de atención domiciliaria con las EPS para pacientes sospechosos, confirmados y contactos de COVID-19, conforme a los protocolos publicados por el MSPS.

Monitorear la atención domiciliaria de casos confirmados y potenciales de pacientes coronavirus a los que se les esté haciendo el seguimiento por parte de las EPS, mediante la gestión de la información contenida en la matriz definida para tal fin.

Gestionar la estrategia AMED para aumentar la capacidad de respuesta de los equipos de atención domiciliaria, de acuerdo con el comportamiento de la enfermedad.

Participar en sala de crisis diaria gestionando la información y los compromisos requeridos por este espacio; gestionar la información y los compromisos requeridos en la sala de crisis.

Asegurar una respuesta proporcionada que permita contribuir a mantener una atención de calidad.

7.7 Desde la SDS

Verificar que se dé cumplimiento a los protocolos definidos por la IPS y el MSPS.

Verificar que se cumpla la ruta de traslado de los pacientes al interior de la institución para su aislamiento, y de la ruta sanitaria institucional para la evacuación de residuos de los casos sospechosos aislados.

Revisar los planes de contingencia de coronavirus en lo relacionado con la capacidad instalada para expandir las subredes; estar pendiente de los ajustes a dichos documentos.

Definir la capacidad instalada de AMED y la proyección de la necesaria para la atención de COVID-19.

Definir el flujograma de atención domiciliaria con las cuatro subredes para pacientes sospechosos, confirmados y contactos de COVID-19.

Monitorear a diario la atención domiciliaria de casos confirmados y potenciales de pacientes coronavirus de las cuatro subredes con matriz consolidada, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6 Variables de monitoreo diario COVID-19 en Bogotá, D. C.

No.	Variables
1	Pacientes sospechosos en seguimiento
2	Pacientes positivos en seguimiento
3	Pacientes contacto del caso positivo evaluados
4	Visitas domiciliarias realizadas
5	Consultas domiciliarias
6	Muestras de laboratorio tomados (Hisopados)

Fuente: SDS.

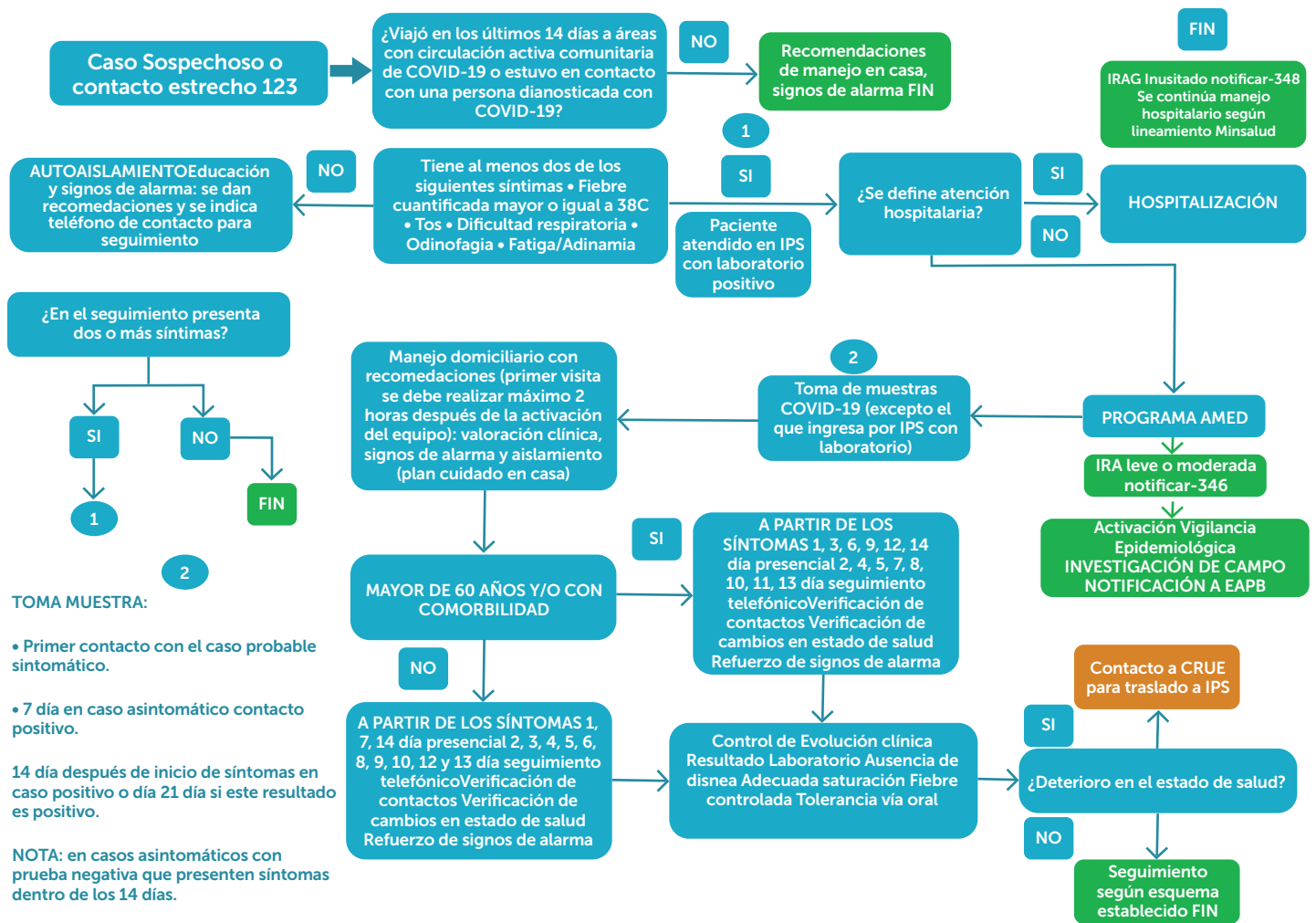
Viabilizar el convenio AMED para aumentar la capacidad de respuesta en médicos, enfermeros y transporte.

Participar en la sala de crisis diaria con la entrega de resultados de los compromisos, así como los datos relacionados con AMED.

7.8 Lineamientos AMED

Regulación operativa de los equipos de AMED: La instancia encargada de la coordinación operativa de los equipos de AMED, su activación, su direccionamiento, sus cancelaciones o similares estará exclusivamente a cargo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la SDS.

Figura 8. Lineamiento para implementación de la estrategia de seguimiento médico domiciliario ante COVID-2020



Fuente: INS (2020).

Fase de mitigación

El 31 de marzo de 2020, el MSPS anuncia el inicio de la fase de mitigación en el país. La etapa de mitigación se inicia cuando los mecanismos de contención no han logrado contener la diseminación viral y el agente etiológico se encuentra circulando entre la comunidad. Esta fase busca disminuir los efectos sociales y económicos en todas las escalas para el evento de importancia en salud pública, y en ella se priorizarán acciones sociales y comunitarias para evitar los casos graves y las posibles muertes. En esta fase se mantienen acciones relacionadas con la contención y se proyectan actividades adicionales por los diversos componentes. La SDS adopta lo establecido en la Resolución 536 de 2020 y las 7 líneas propuestas (anexo 1).

8. Fase de mitigación

8.1 Línea 1. Coordinación intersectorial

Tabla 7. Acciones Línea 1 de Coordinación Intersectorial COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Seguimiento a la aplicación de los lineamientos, los protocolos y los procedimientos operativos producidos para el manejo del COVID-19.	Comité de Crisis de la SDS	Citar a reuniones presenciales o virtuales; visitas a instituciones de salud para verificar la aplicación de los protocolos.	Actas de visitas a las instituciones de salud, constancia de reuniones y actas de reuniones.
	Alcaldía Mayor de Bogotá, Comité Operativo de Emergencias, Subdirección de Gestión de Riesgo.	Convocar a los actores con responsabilidades de seguimiento.	Actas de reuniones con el operador de salud del Aeropuerto El Dorado, con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE), con la Sala de Crisis de la SDS; actas de las reuniones del Consejo Territorial de Gestión del Riesgo; actas de las reuniones del Comité de Crisis de la SDS.
	MSPS, Policía Metropolitana de Bogotá, Secretaría de Movilidad, Policía de Tránsito y Transporte, SDS, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Vigilancia y Control, Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, Subsecretaría de Salud Pública	Adherencia de los protocolos, o a los lineamientos o a los actos normativos propuestos para el manejo del COVID-19.	Decretos emitidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá en relación con la atención de la emergencia; Resoluciones expedidas por la SDS respecto del actuar de los sectores público y privado respecto de la situación de emergencia. http://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=91477

Acciones	Actores	Actividades	Productos
<p>Recopilación de la información procedente de distintas fuentes formales de sistemas de vigilancia y de alerta temprana, y de los mecanismos de seguimiento de la respuesta, para emitir informes que permitan evaluar los riesgos y las necesidades de salud pública.</p>	<p>Sala de Crisis de la SDS.</p>	<p>Elaborar informes técnicos que integren la información proveniente de las diversas fuentes, que sirvan de insumo para la evaluación de las amenazas.</p>	<p>Actas de reuniones de la Sala de Crisis; actas de reuniones de equipos técnicos; informes expedidos por el INS.</p>
	<p>Planeación sectorial SDS/ Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento.</p>	<p>Identificar y documentar el riesgo hasta su finalización.</p>	<p>Escenarios probabilísticos de afectación.</p>
	<p>ASIS distrital</p>	<p>Evaluar las necesidades de salud pública.</p>	<p>Análisis de la situación del COVID-19</p>
	<p>IDIGER; Secretaría de Seguridad y Convivencia; SDS</p>	<p>Valorar la eficacia de la respuesta y adoptar medidas correctivas.</p>	<p>Plan de Acción de la emergencia COVID-19; convenios y actos administrativos.</p>
<p>Cumplimiento de los procedimientos y de los protocolos del COE- Idiger.</p>	<p>Idiger y Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Subdirección de Gestión del Riesgo.</p>	<p>Aplicación de la guía técnica del COE-Idiger.</p>	<p>Actas de reuniones del COE; listado de asistencia a reuniones; actividades de acuerdo con el informe de visitas y simulaciones efectuadas; informe de simulacros realizados por los sectores público y privado.</p>

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Gestión y capacidad de respuesta del nivel territorial para el manejo del COVID-19.	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; Subsecretaría de Salud Pública.	Activación del Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.	Evaluación del Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Subdirección Centro Regular de Urgencias; Subsecretaría de Participación Social.	Determinación de la capacidad de expansión del CRUE; Centro Operativo	Actas de reuniones; puestos de recepción instalados a nivel de C4 y SDS; personal contratado para la expansión.
	Alcaldía Mayor; Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Gobernación de Cundinamarca.	Fortalecimiento del proyecto de la región administrativa de proyección especial para la expansión hospitalaria.	Proyecto Bogotá región (RAPE).
	Secretaría de Seguridad y Convivencia; SDS; Idiger	Articulación sectorial e intersectorial para la ejecución de las acciones del plan de contingencia territorial.	Convocatoria a reunión en C4; actas de reuniones
	Subsecretaría de Salud Pública; Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Subdirección CRUE.	Actualización de los procedimientos operativos del plan, de acuerdo con la directriz nacional y con las necesidades y la evolución de la situación.	Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C. del sector salud, actualizado para la fase de mitigación.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.2 Línea 2. Vigilancia en salud pública

Tabla 8. Acciones Línea 2. Vigilancia en Salud Pública COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Actualización de la definición de caso una vez declarada la pandemia.	Equipo técnico de vigilancia en salud pública.	Socialización a las cuatro subredes, y a las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD públicas y privadas, de los protocolos e instrumentos de vigilancia nacionales actualizados, de acuerdo con la situación actual de la emergencia por COVID-19.	Actas de los COVES locales; algoritmos de decisión.
	Equipo técnico de vigilancia en salud pública.	Recopilación de información temprana que permita el análisis y la difusión desde los niveles locales al nivel distrital, y oportunidad a la Sala de Crisis y al COE (Idiger).	Análisis, presentaciones y base de casos del Distrito, que se comparte diariamente a Sala de Crisis; salas situacionales por subred.

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Notificación inmediata de casos, de acuerdo con la definición de caso establecida.	Subsecretaría de Salud Pública.	Intensificación de la vigilancia COVID-19 a escala distrital, a través de los distintos componentes de salud pública: espacio vivienda, público, trabajo, educativo.	Lineamientos del PIC.
	Equipo técnico de vigilancia en salud pública.	Búsqueda intensificada de casos, seguimiento de contactos y monitoreo.	Base de contactos con seguimientos por caso o conglomerados.
	Equipo técnico de vigilancia y ASIS.	Monitoreo de la diseminación geográfica del virus; intensidad de transmisión; tendencia de la enfermedad.	Análisis, presentaciones y base de casos del Distrito.
Disponibilidad de elementos de protección personal (EPP).	Vigilancia en salud pública.	Disponibilidad de insumos de EPP para los equipos responsables de las actividades de investigación de campo.	Inventario y registro fotográfico.
	Vigilancia en salud pública.	Capacitación en uso racional de EPP.	Registro fotográfico; informe de cobertura
Estrategias de vigilancia para COVID.	Equipo técnico de vigilancia y ASIS.	Análisis de información para sala de análisis del riesgo (SAR) y evaluación del riesgo.	Análisis, presentaciones y base de casos del Distrito.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.3 Línea 3. Red de laboratorios

Tabla 8. Acciones Línea 3. Red de Laboratorio de Salud Pública COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Disponibilidad continua de reactivos, insumos y EPP, así como su distribución a los laboratorios autorizados para la identificación de SARS-CoV-2.	LSP.	Inventario actualizado con disponibilidad de reactivos, insumos Y EPP en situación de pandemia.	Inventario mensual actualizado.
Activación de los laboratorios autorizados con capacidad para la detección molecular de SARS-CoV-2.	LSP.	Realizar prueba para detección de COVID-19 a casos sospechosos, y a contactos sintomáticos de los casos probables y confirmados (si es limitada la capacidad de respuesta por talento humano, insumos o reactivos, priorizar las pruebas en entornos de atención médica y grupos vulnerables. En entornos cerrados, solo los primeros casos sospechosos sintomáticos).	Informe mensual (número de pruebas realizadas en el Distrito por mes).
	LSP.	Transportar las muestras de casos de COVID-19 a los laboratorios autorizados y al INS.	Informe de la evaluación de desempeño a los laboratorios autorizados trimestralmente.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.4 Línea 4. Reducción de la transmisión en comunidad

Tabla 9. Acciones Línea 4. Reducción de la transmisión en comunidad COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Funcionamiento de la central de la línea de atención de las consultas de la comunidad; brindar recomendaciones claras sobre medidas de prevención y control de la enfermedad.	Dirección de Urgencias y Emergencias en salud; Línea 123; Salud para todos; Línea 106; Cuídate y sé feliz.	Aplicar algoritmos para la entrevista de los usuarios; evaluar el riesgo y preseleccionar aquellos que por su gravedad deban derivarse a una IPS para la atención médica o gestionar atención domiciliaria en casos leves a grupos de riesgo.	Bases de seguimientos; algoritmo de canalización; informe de gestión de llamadas.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en salud; Línea 123; Salud para todos; Línea 106; Cuídate y sé feliz.	Identificar y entrenar el talento humano encargado de orientar telefónicamente o a través de las líneas de atención a la comunidad sobre las medidas de prevención y control de la enfermedad.	Bases de seguimientos; algoritmo de canalización; informe de gestión de llamadas.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en salud; Línea 123; Salud para todos; Línea 106; Cuídate y sé feliz.	Redirigir las inquietudes de los usuarios a la entidad o dependencia correspondiente	Bases de seguimientos; algoritmo de canalización; informe de gestión de llamadas.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en salud; Línea 123; Salud para todos; Línea 106; Cuídate y sé feliz.	Acompañamiento técnico a los diferentes actores del sector sobre medidas para el manejo, la atención domiciliaria, el cuidado en casa y los signos de alarma	Bases de seguimientos; algoritmo de canalización; informe de gestión de llamadas.

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Implementación de medidas de promoción de la salud en el ámbito comunitario	Equipo de sanidad portuaria; equipo PIC; Dirección de Provisión de Servicios; gestión del riesgo.	Garantizar que las IPS, las cajas de compensación familiar, los sitios de concentración masiva, los puntos de entrada internacionales y los terminales aéreos, fluviales y terrestres brinden mensajes a usuarios y visitantes con instrucciones de prevención y control de infecciones.	Informes de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada; despliegue de información a las IPS; registro de asistencia a las capacitaciones desde gestión del riesgo.
	Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y desastres; fortalecimiento de competencias del talento humano; Dirección de Provisión de Servicios; Subsecretaría de Participación Social; Subsecretaría de Salud Pública.	Actividades de educación comunitaria presenciales y virtuales sobre la prevención de la enfermedad respiratoria, incluyendo el COVID-19; elaboración de un módulo de capacitación virtual para la comunidad sobre el tema del COVID-19.	Material audiovisual de la charla sobre IRA, incluyendo COVID-19; relación de asistentes a las charlas, desde vigilancia en salud pública y gestión del riesgo.

Acciones	Actores	Actividades	Productos
<p>Implementación de medidas de distanciamiento social: cierre de escuelas, prohibición de concentraciones multitudinarias y de eventos masivos, restricciones para el transporte masivo o desplazamientos, y otras medidas sociales para el control de la morbilidad, como la modificación de los hábitos laborales y de control de la enfermedad (médicos y no médicos), de tipo personal y familiar para los casos presuntos y sus contactos en el domicilio.</p>	<p>Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Verificar el cumplimiento de estrategias de higiene de manos, etiqueta respiratoria, mitigación en los lugares de trabajo privados y públicos (ajustar los patrones y las prácticas de trabajo: teletrabajo).</p>	
	<p>Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Desarrollo de estrategias de protección específicas para la reducción de riesgos relacionados con el COVID, en los diferentes espacios de vida cotidiana, incluyendo unidades de reacción inmediata (URI), población confinada, medios masivos de transporte (promoción del lavado de manos, limpieza y desinfección de medios de transporte, evitar el hacinamiento, en medios de transporte masivo, prácticas de limpieza, desinfección y ventilación).</p>	<p>Lineamientos PIC; actas de ejecución de acciones promocionales y de protección específica; registro fotográfico.</p>
	<p>Subsecretaría de Salud Pública; Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.</p>	<p>Establecer rutas de atención para prestar el apoyo necesario a los enfermos aislados en casa y a sus contactos en el hogar, según información de los mecanismos existentes de entrada (líneas telefónicas, visitas domiciliarias).</p>	<p>Canalizaciones desde vigilancia en salud pública; gestión en la Línea 123 -centro operativo CRUE.</p>
	<p>Subdirección de Gestión del Riesgo.</p>	<p>Suspensión de la ventilla del Sistema Unificado de Gestión de Aglomeraciones de Público (Ventanilla SUGA).</p>	<p>Bloqueo del sistema.</p>
	<p>Equipo de sanidad portuaria.</p>	<p>Vigilancia epidemiológica en el punto de entrada, para dar cumplimiento a los lineamientos nacionales de vigilancia portuarias.</p>	<p>Informes de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada.</p>

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Desarrollar lineamientos para la gestión y la distribución de dispositivos médicos y medicamentos requeridos según las necesidades para la respuesta a la pandemia.	Vigilancia en salud pública.	Inspección de vigilancia y control, hecha a los establecimientos comercializadores farmacéuticos, en el contexto de revisar desabastecimientos con los dispositivos médicos y los medicamentos utilizados para la emergencia sanitaria, teniendo en cuenta que la fabricación es autorizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).	Actas de visita de IVC.
	Vigilancia en salud pública.	Seguimiento a las alertas sanitarias publicadas por el Invima desde la vigilancia epidemiológica, la tecnovigilancia y la farmacovigilancia.	Bases de verificación de productos de interés para la línea de medicamentos dentro del marco del COVID -19.
Propender por la disponibilidad de dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud previstos en las guías de práctica, ante la situación de presentarse un desabastecimiento durante la pandemia.	Vigilancia en salud pública.	Emitir respuesta, realizar asesoría y generar conceptos técnicos a las entidades y a las IPS que quieren innovar que deben tener autorización de este ente nacional, y que necesitan adquirir tecnología y, por los cambios de normatividad de la emergencia, no saben cómo realizarla en los términos del Invima.	Respuestas generadas por oficio; piezas comunicativas; actas de asistencia técnica y asesoría.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.5 Línea 5. Red de servicios de salud

Tabla 10. Acciones Línea 5. Red de Servicios de Salud COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
<p>Prevención y control de infecciones en todos los servicios de salud, incluidos: IPS, hospitales y servicios de salud alternativos utilizados como parte de las medidas de emergencia, servicios de ambulancias y de emergencia en la comunidad, servicios de atención prolongada y laboratorios clínicos.</p>	<p>Salud pública; provisión de servicios de salud.</p>	<p>Conformar un grupo de trabajo clínico integrado por expertos, a partir del convenio realizado con la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), el cual brindará asesoramiento para el adecuado manejo clínico de casos que requieren cuidados especiales.</p>	<p>Informe del uso del servicio y asesoría telefónica a IPS públicas y privadas, donde se evidencie el acompañamiento para el adecuado manejo clínico de casos que requieren cuidados especiales.</p>
	<p>Provisión de servicios.</p>	<p>Elaboración de lineamientos técnicos, para las EPAB y su red prestadora de servicios, que permitan orientar el fortalecimiento de la atención a los grupos de riesgo establecidos en las rutas integrales de atención en salud, incluyendo lineamientos técnicos de intervención en salud mental para prestadores de servicios de salud y el manejo de duelo dentro del marco de la pandemia de COVID-19.</p>	<p>Lineamientos técnicos para grupos de riesgo priorizados.</p>

	Dirección de Provisión de Servicios.	Socialización a las EAPB y a las IPS públicas y privadas de Bogotá de las normas, los lineamientos o las orientaciones técnicas y los protocolos emitidos a escala nacional frente al manejo de pacientes con COVID-19.	Correos electrónicos a las EAPB y a las IPS públicas y privadas.
	IDCBIS; Dirección de Provisión de Servicios	Disponer de estrategias virtuales que permitan capacitación continua al personal en prevención y control de infecciones y gestión clínica; específicamente, para COVID-19.	Cursos virtuales y cápsulas informativas sobre control de infecciones y gestión clínica.
	Subsecretaría de Salud Pública; Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento	Capacitar a los profesionales de la Red de Prestación de Servicios de Salud en los protocolos de prevención y control de infecciones para los agentes de atención sanitaria y los cuidadores.	Relación de asistencia a reuniones.
Implementación de sistemas de alerta que activen y desactiven fases a lo largo de la instauración la emergencia sanitaria.	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; DUES; Dirección de Provisión de Servicios.	Elaborar y difundir el lineamiento de centralización de camas, definición de alertas, según el Decreto 358, a la evaluación de riesgo.	Documento de lineamiento técnico de centralización de camas, definición de alertas, según el Decreto 358, a la evaluación de riesgo.
	Subsecretaría de Servicios de Salud; DUES; Dirección de Provisión de Servicios	Definir un flujo de información rápida institucional, interinstitucional e intersectorial.	Documento de lineamiento técnico de centralización de camas, definición de alertas según el Decreto 358, a la evaluación de riesgo.
Disponibilidad de EPP	Dirección de Provisión de Servicios	Seguimiento al cumplimiento del Decreto 538 de 2020, encaminado a la disponibilidad de insumos de EPP para los equipos responsables de las actividades de investigación de campo.	Inventario y registro fotográfico.

	Subdirección de Gestión del Riesgo.	Entrega a las tripulaciones de las ambulancias de los elementos de protección individual, según la necesidad.	Actas de entrega.
	Subdirección de Gestión del Riesgo.	Capacitación a las tripulaciones de ambulancias públicas y privadas para el adecuado uso de EPI	Listados de asistencia a las capacitaciones, herramientas audiovisuales.
Protocolos de implementación de medidas de expansión, reconversión y alternativas de modalidades para la prestación de servicios de salud.	Provisión de servicios; DAEPS	Adoptar y socializar el protocolo sobre las medidas de expansión, reconversión y alternativas de modalidades para la prestación de servicios de salud, a las IPS públicas y privadas de Bogotá.	IPS públicas y privadas informadas sobre las alternativas de ampliación de capacidad instalada para la prestación de los servicios de salud en la pandemia por COVID-19.
	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; Dirección de Calidad.	Identificar instituciones públicas o privadas que se puedan utilizar como centros de salud alternativos (por ejemplo, escuelas, salones comunitarios y cuarteles, hoteles u otro tipo de hospedajes).	Acta de visitas a instalaciones identificadas.
	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; Dirección de Calidad; DAEPS; Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Realización de visitas a las IPS de primera y segunda línea de respuesta para la atención de pacientes COVID-19, para la verificación de las estrategias de expansión y reconversión de unidades de cuidados intensivos (UCI) para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta en la atención del COVID-19, y cumplimiento de protocolos.	Informe de capacidad instalada y actas de visitas a las IPS priorizadas.

	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; DAEPS; Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Desarrollar planes de prestación de servicios de salud esenciales y específicos de una emergencia sanitaria en cada centro, en función de diversas situaciones: virulencia alta o baja, y transmisión alta o baja.	Plan de Gestión de Riesgo en Contexto Hospitalario; plan para manejo de infección respiratoria Aguda incluyendo COVID-19.
	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; DUES; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Establecer sistemas de coordinación y traslado de pacientes para el uso de áreas de expansión en el centro transitorio de atención en salud de Corferias para pacientes de complejidad mediana y baja.	Lineamientos para la gestión centralizada de la coordinación y el traslado de pacientes.
Implementar los planes de organización de la atención a los pacientes en IPS.	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; DUES; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Preseleccionar a los pacientes para dar prioridad a los casos graves; aprovechar al máximo la capacidad disponible de las IPS.	Lineamientos para la gestión centralizada de la coordinación y el traslado de pacientes.
	Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento; DUES; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Gestionar los casos de acuerdo con su gravedad.	Lineamientos para la gestión centralizada de la coordinación y el traslado de pacientes.
	Subsecretaría de servicios de Salud y Aseguramiento; Dirección de Provisión de Servicios; Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Subdirección CRUE.	Establecer criterios de admisión según las camas disponibles, dando prioridad a casos graves.	Decretos emitidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá en relación con la atención de la emergencia; resoluciones expedidas por la SDS respecto del actuar del sector público y del privado respecto de la situación de emergencia. Lineamientos para la gestión centralizada de la coordinación y el traslado de pacientes.

	Subsecretaría de Servicios de salud y Aseguramiento; Dirección de Provisión de Servicios; Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud; Subdirección CRUE.	Identificar los servicios médicos esenciales que deberán seguir prestándose durante la emergencia por COVID-19 y los que se suspenderán temporalmente.	Plan Hospitalario de Gestión de Riesgo en el Contexto Hospitalario; Circular 015 de 2020.
	EAPB; IPS; ESE; Dirección de Provisión de Servicios; DAEPSS; Subdirección de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres.	Elaboración de planes de respuesta a incidentes por COVID-19 de IPS públicas y privadas.	Planes hospitalarios de gestión de riesgo en el contexto hospitalario recibidos y evaluados de las EAPB, las IPS y las subredes integradas de servicios de salud-ESE.
	Dirección de Provisión de Servicios; IPS públicas y privadas habilitadas en Bogotá; Dirección de Análisis y Entidades Públicas del Sector Salud (DAEPSS)	Gestión y acompañamiento a las IPS para la construcción y la implementación de planes de contingencia frente a la expansión, la reconversión y la ampliación de camas habilitadas por las IPS priorizadas.	Planes institucionales de expansión y reconversión para la atención de pacientes COVID-19.

Implementación de la estrategia de gestión y desarrollo del talento humano en salud en situación epidémica.	DAEPSS; DUES	Identificar las necesidades de los diferentes perfiles técnicos, gestores comunitarios en salud, profesiones y especialidades requeridos para garantizar la atención integral en situaciones epidémicas, de acuerdo con las responsabilidades institucionales (gestión y administración, promoción y mantenimiento de la salud, gestión integral del riesgo, incluyendo la caracterización, la comunicación y la coordinación, la prevención, la atención, la rehabilitación y la paliación).	Contratos nuevos generados por la emergencia.
	Vigilancia en salud pública; Dirección de Calidad de Prestación de Servicios.	Establecer rutas y procedimientos para el monitoreo y el manejo de los casos en personal de salud.	Actas de visitas; informes de brotes y seguimiento.
Aplicación del procedimiento del manejo de cadáveres.	Salud pública; vigilancia sanitaria.	Mantener la vigilancia sanitaria de las morgues de los cementerios, y reportar el funcionamiento de estas.	Actas de visitas de vigilancia sanitaria a las morgues y a los cementerios, con planes de mejoramiento.
	Salud pública; Dirección de Provisión de Servicios de Salud.	Difundir lineamientos para la elaboración de los planes a fin de aumentar la capacidad de morgues a escala territorial a las diferentes IPS adscritas.	Actas de socialización e informe de cobertura.
	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Seguimiento a la aplicación de los protocolos y los lineamientos de bioseguridad para el manejo de cadáveres ante el COVID-19 en el personal que trabaja en servicios funerarios.	Actas de visitas de vigilancia sanitaria a las morgues y a los cementerios, con planes de mejoramiento.

	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Realizar levantamiento de información de capacidad instalada en morgues y cuartos de almacenamiento de cadáveres de las IPS públicas y privadas.	Documento de capacidad instalada.
	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Participación en la elaboración, y orientación, para el manejo, el traslado y la disposición final de cadáveres por COVID-19.	Protocolo del MSPS.
	Dirección de Calidad de Prestación de Servicios; Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Adaptación del protocolo realizado por parte del MSPS en cuanto al manejo, el traslado, y la disposición final de cadáveres por COVID-19.	Protocolo adaptado para el ente territorial.
	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública; Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco).	Socializar el protocolo de manejo de cadáveres a trabajadores de morgues, funerarias y cementerios. A través del Proyecto de vigilancia intensificada del sector funerario, mantener la convocatoria de los diferentes actores del sector funerario socializando las directrices del MSPS para el manejo de cadáveres.	Actas de socialización e informe de cobertura.
Información del estado de la prestación de servicios de salud críticos y esenciales en emergencia por COVID-19.	Prestación de servicios de salud; DAEPS.	Ajuste del sistema de referencia y contrarreferencia a las necesidades de información ante la pandemia por COVID-19, y gestión ante las IPS públicas y privadas, para lograr su cargue oportuno y completo.	Formulario de Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC) ajustado con las variables requeridas de seguimiento a COVID-19.

	Prestación de servicios de salud; DAEPS.	Identificación de la capacidad instalada de conversión, reconversión y expansión a escala distrital (red pública y privada) para afrontar las diferentes fases de la pandemia por COVID-19.	Línea de base de capacidad instalada de conversión, reconversión y expansión a escala distrital (red pública y privada).
	Prestación de servicios de salud; DAEPS.	Realización de monitoreo diario del comportamiento de la ocupación y la disponibilidad de los servicios hospitalarios (UCI, UCI Intermedio, unidades básicas, hospitalización), a partir de la implementación del SIRC en las IPS públicas y privadas habilitadas en Bogotá.	Consolidado del seguimiento diario a la designación de camas de UCI para la atención de pacientes COVID-19, y ocupación de estas por dicha patología, por parte de IPS públicas y privadas.
	DAEPS; Subdirección CRUE; Dirección de Epidemiología.	Conformación de equipos de AMED para realizar valoración, toma de muestras Y seguimiento a casos positivos y a casos sospechosos.	Registro de valoraciones realizadas; registro de consultas realizadas; registro de muestras tomadas; informe de AMED.
	Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres	Capacitación a tripulaciones de ambulancias públicas y privadas en relación con el uso de equipos de bioprotección.	Actas de reuniones de capacitación; fotografías; videos.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.6 Línea 6. Preservación de los servicios

Tabla 11. Acciones Línea 6. Preservación de los Servicios COVID-19

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Activación de los planes de recuperación para el sector sanitario y otros servicios esenciales.	Dirección de Provisión de Servicios de Salud; DAEPS.	Promover medidas de preparación por aumento de casos futuros después de una situación epidémica por COVID-19.	Planes de recuperación institucional, actos administrativos.
	Dirección de Provisión de Servicios de Salud; DAEPS.	Solicitud y revisión de los planes para la continuidad de las actividades.	Planes de recuperación institucional por IPS.
Declaratoria de alerta hospitalaria, de acuerdo con la evolución del COVID-19.	Despacho y Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Dirección de Urgencias y Emergencias.	Comunicar a los actores del sistema de salud.	Actos administrativos en los cuales se haga declaratoria de alerta hospitalaria.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

8.7 Línea 7. Comunicaciones

Tabla 12. Acciones Línea 7.

Acciones	Actores	Actividades	Productos
Ejecución del plan de comunicaciones; monitoreo constante de rumores y a medios de comunicación.	Oficina Asesora de comunicaciones de la SDS.	Comunicar de manera oficial a los actores del sistema de salud, a través de la creación y la socialización de piezas gráficas informativas, videos, audios, contenido editorial y transmisiones en directo para la EAPB, el cliente interno, la comunidad en general y los medios de comunicación, lo relacionado con el avance en la ejecución del Plan COVID-19.	Piezas gráficas informativas; videos; audios; contenido editorial y transmisiones en directo para EAPB.
		Monitoreo de contenidos en medios de comunicación utilizados en la difusión de información a la comunidad en general.	Formato de programación de turnos diarios a monitoreo de medios de comunicación para todo el equipo que hace parte de la oficina asesora de comunicaciones.
		Monitoreo permanente de rumores y de medios de comunicación.	Formato de programación de turnos diarios a monitoreo de medios de comunicación; creación de grupo de chat virtual con los referentes de comunicación de las subredes y sus community managers.
		Capacitación a comunicadores de las secretarías de Salud en comunicación del riesgo.	Actas de reuniones de capacitación; fotografías; videos.
		Capacitación a periodistas de medios masivos de comunicación.	Citaciones digitales; soporte fotográfico y de video de eventos, ruedas de prensa y actos de socialización a periodistas que cubren las fuentes de salud en Bogotá.

		Ejercer control y garantizar que los medios de comunicación utilicen adecuadamente la información de COVID-19 y sean aliados en su función de formadores e informadores al dirigirse a la comunidad.	Creación y socialización permanente de contenidos informativos por lista de distribución de WhatsApp y por e-mail; realización de micrositio web sobre COVID-19; socialización de enlace web con las estadísticas relacionadas para el Distrito Capital.
--	--	--	--

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

Bibliografía

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2020). Cómo protegerse y proteger a los demás. https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fabout%2Fprevention-treatment-sp.html

El Covid-19, una amenaza mundial que deja más de 1.100 muertos. (11 de febrero de 2020). El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/salud/el-covid-19-una-amenaza-mundial-que-deja-mas-qa0-e-1-100-muertos-461294>

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Boletín de prensa No 039 de 2020.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Riesgo-deCoronavirus-en-Colombia-paso-de-moderado-a-alto.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Contingencia para Responder Ante La Emergencia por COVID-19. Fernando Ruiz Gómez Ministro de Salud y Protección Social y Luis A. Moscoso Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. 86 páginas. Bogotá D.C. abril de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20%281%29.pdf> . Fecha de consulta Bogotá D.C. diciembre 12 de 2020.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (12 de enero de 2020). Nuevo coronavirus-China. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (14 de enero de 2020). Novel Coronavirus – Thailand (ex-China). <https://www.who.int/csr/don/14-january-2020-novel-coronavirus-thailand-ex-china/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). [Coronavirus disease \(COVID-19\) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (23 de enero de 2020). Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV) . [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud (OMS). (6 de febrero de 2020). La OMS trata de acelerar la investigación y la innovación frente al nuevo coronavirus. <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-02-2020-who-to-accelerate-research-and-innovation-for-new-coronavirus>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Situación actual Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15696:Coronavirus-disease-covid-19&Itemid=4206&Lang=es

Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Situation Summary. Epidemiological Update Novel coronavirus (2019-nCoV). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=coronavirus-epidemiological-alerts-and-updates&alias=51353-20-january-2020-novel-coronavirus-ncov-epidemiological-update-1&Itemid=270&lang=en

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. (2020). <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Glosario de términos

Concepto	Definición y alcance
Aislamiento	Separación de una persona o un grupo de personas del cual se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.
Aislamiento en cohorte	Tipo de aislamiento que indica la presencia de múltiples pacientes portando el mismo tipo de infección y un mismo agente; se conduce a la generación de este tipo de aislamiento para optimizar recursos y concentrar esfuerzos de trabajo en un área específica con mayor costo-efectividad de las intervenciones.
Aislamiento respiratorio	Tipo de aislamiento que se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 m).
Aislamiento por gotas	Tipo de aislamiento que se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas ($> 5 \mu$) impulsadas a corta distancia a través del aire, y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.
Aislamiento por contacto	Tipo de aislamiento que se refiere a las medidas para controlar el contacto directo cuando se produce en el traspaso de sangre o fluidos corporales desde un paciente hacia otro individuo susceptible. El contacto puede hacerse por la piel o las mucosas, o por lesiones; así mismo, por inóculos directos al torrente sanguíneo. El contacto indirecto se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, fómites, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con dicho microorganismo; en este caso se utiliza bata desechable antifluidos o traje de polietileno (este último, para alto riesgo biológico).
Atención médica domiciliaria (AMED)	Conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilidad del usuario o su familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a sus estado de salud o a otros criterios, no pueden desplazarse al centro de salud.
Autoobservación	Seguimiento que hace la persona respecto de signos y síntomas que pueda presentar. Si la persona siente fiebre o desarrolla tos o dificultad para respirar o dolor de garganta o fatiga durante el periodo de autoobservación, debe tomar su temperatura, comunicarse con la línea telefónica habilitada y notificar la situación, para recibir orientación y direccionamiento en cuanto a una posible evaluación médica.
Autocontrol	Control que realiza la persona a sí misma para detectar fiebre con la toma la temperatura dos veces al día y permaneciendo alerta ante la tos, la dificultad para respirar, el dolor de garganta o la fatiga. La persona bajo autocontrol debe conocer el protocolo para comunicarse con el equipo de salud a cargo si presentara alguno de estos signos o síntomas durante el periodo de autocontrol, a fin de determinar si necesita una evaluación médica.

Autocontrol con supervisión delegada	Tipo de autocontrol que se prevé para ciertos grupos ocupacionales como, por ejemplo, trabajadores de la salud, incluyendo personal de laboratorio o miembros de la tripulación de una aerolínea, entre otros. Se refiere al autocontrol con supervisión por parte de un programa de salud ocupacional o de control de infecciones, en coordinación con la autoridad de salud de la jurisdicción.
Autocontrol con supervisión de salud pública	Autocontrol en el cual las autoridades de salud pública de la jurisdicción asumen la responsabilidad de supervisar dicho proceso a ciertos grupos de personas. En esos casos, las autoridades locales de salud establecerán una comunicación inicial con las personas en autocontrol y establecerán un plan con instrucciones claras para notificar a la autoridad de salud antes de que esta busque atención médica si desarrolla fiebre, tos o dificultad para respirar, y según el caso, verificarán la evolución de la persona durante el periodo de autocontrol. Si los viajeros para los que se recomienda supervisión de salud pública son identificados en un puerto de entrada del país, las áreas de sanidad portuaria deberán notificar a la autoridad sanitaria de la jurisdicción del destino final del viajero.
Contacto estrecho	Contacto entre personas en un espacio de 2 m o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-2019 confirmado o probable, durante un tiempo de más de 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.
COVID-19	Nueva enfermedad, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la OMS para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.
Cuarentena	Separación de una persona o de un grupo de personas de los que razonablemente se cree que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa.
Mascarilla quirúrgica	<p>Elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las goticas más grandes de partículas, derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias, para que no lleguen a la nariz o la boca.</p> <p>Máscara de alta eficiencia (FFP2) o N95: Están diseñadas específicamente para proporcionar protección respiratoria al crear un sello hermético contra la piel y no permitir que pasen partículas (< 5 μ) que se encuentran en el aire; entre ellas, patógenos como virus y bacterias. La designación N95 indica que el respirador filtra al menos el 95% de las partículas que se encuentran en el aire.</p>
Prestadores de servicios de salud	IPS, profesionales independientes de salud, transporte asistencial de pacientes y entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud.
Sección de Planificación	Sección cuyas funciones incluyen recolectar, evaluar, difundir y usar la información acerca del desarrollo del incidente y llevar un control de los recursos. Elabora el Plan de Acción del Incidente (PAI), el cual define las actividades de respuesta y el uso de los recursos durante un periodo operacional. Conduce a los líderes de las unidades de recursos, de situación, de documentación, desmovilización y unidades técnicas. El jefe de la sección de planificación reporta al comandante del incidente, determina la estructura organizativa interna de la sección y coordina las actividades.

Sección de Operaciones	Sección responsable de la ejecución de las acciones de respuesta. El jefe de la sección reporta al comandante del incidente, determina la estructura organizativa interna de la sección, dirige y coordina todas las operaciones cuidando la seguridad del personal de la sección, asiste al comandante del incidente en el desarrollo de los objetivos de la respuesta al incidente y ejecuta el PAI. Conduce, además, a los coordinadores de rama de operaciones, al coordinador de operaciones aéreas, a los supervisores de división-grupo y a los encargados de área.
Sección de Logística	Sección responsable de proveer instalaciones, servicios y materiales, incluyendo el personal que operará los equipamientos solicitados para atender el incidente. Esta sección es indispensable cuando las operaciones se cumplen en grandes extensiones y cuando son de larga duración. El jefe de esta sección será responsable de proporcionar instalaciones, servicios y materiales de apoyo para el incidente facilitando personal y equipos de comunicación, personal y equipos médicos, servicio de suministros y seguridad e instalaciones sanitarias.
Sección de Administración y Finanzas	Sección responsable de justificar, controlar y registrar todos los gastos y de mantener al día la documentación requerida para gestionar reembolsos. Es una sección de especial importancia cuando el incidente es de un porte que podría resultar en una declaración de emergencia.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.

Este plan de preparación y respuesta al COVID-19 ha sido diseñado por la SDS teniendo en cuenta las características del COVID-19, como una propuesta dinámica que puede ser actualizada cuantas veces se considere necesario.

Versión	Razón de la actualización
1 a 6	Se crean las primeras versiones del Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C. Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C., por recomendación de la OMS, a fin dar respuesta a la emergencia y adoptar medidas con un objetivo común a todos los países, que es detener la transmisión y prevenir la propagación del virus COVID-19.
7	Se hacen ajustes al Documento Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C. , ya que el MSPS estableció el 10 de marzo de 2020, por medio de la Resolución 380, medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas que arribaran a Colombia provenientes de la República Popular China, de Italia, de Francia y de España, por causa del COVID-19.
8 a 10	Se crea el documento, debido a la declaración de pandemia del COVID-19 SARS-CoV-2 y a las directrices del MSPS.
11	Se actualiza el documento por la actualización de datos, de acuerdo con el comportamiento de la pandemia en Bogotá, y se ajusta teniendo en cuenta las fases de intervención por cada una de las dependencias de la SDS.
12	Adopción de los lineamientos emitidos por el MSPS, según Resolución 536 de 2020.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Equipo Coordinación Plan de Respuesta Integral para atender la pandemia por Coronavirus COVID 19 en Bogotá D.C.



SECRETARÍA DE
SALUD



Caracterización de población afiliada

Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)
Anexo 7. Plan Territorial de Salud (PTS)

A colorful, stylized illustration of a cityscape. The buildings are in various shades of yellow, orange, and brown, with red roofs. Many windows are visible, some with blue panes. Several antennas are mounted on the roofs. In the background, there is a green hill and a blue sky with white, dotted clouds. The overall style is clean and modern.

Bogotá, D.C.

Introducción	219
1. Caracterización de población y priorización de EAPB	218
1.1. Etapas del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB	218
1.1.1. Caracterización territorial y demográfica	219
1.1.2. Caracterización de la mortalidad y la morbilidad	219
1.1.3. Caracterización de los determinantes sociales de la salud	219
1.1.4. Priorización	219
1.2. Metodología de priorización de la población afiliada a las EAPB	220
1.3. Priorización departamental y distrital	220
1.4. Primer componente: alto consumo	220
1.5. Segundo componente: análisis de desigualdades	221
1.5.1. Criterios para la priorización	221
1.5.2. Aplicación de criterios de priorización	222
2. Caracterización de la población afiliada a Las EAPB	223
2.1. Población afiliada las EAPB en diciembre de 2018	223
2.2. Población afiliada a las EAPB en diciembre de 2019	224
2.3. Afiliados por IPS primaria	226
2.4. Resultados de priorización	229
2.4.1. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 1	230
2.4.2. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 2	234
2.4.3. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 3	238
2.4.4. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 4	244
2.4.5. Grupos de riesgo e indicadores prioridad 5	246

Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 1536 de 2015, establece disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral para la Salud definiendo los lineamientos normativos para hacer los análisis de situación en salud territoriales y la caracterización de la población afiliada a las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), los cuales se toman como parte del proceso de planeación en salud del Distrito Capital.

La *caracterización poblacional* se define como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, la cual comprende diversos modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB y de las administradoras de riesgos laborales (ARL) contempladas en los planes de beneficios.

En el contexto descrito, uno de los aportes de este proceso es la articulación de los actores en salud con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) caracterizando la población afiliada con un enfoque de gestión del riesgo que le permite al asegurador anticiparse a la enfermedad, o si se presenta, tratarla precozmente, para impedir o acortar su evolución y sus traumatismos o sus consecuencias (Resolución 3202 de 2016); de igual forma, facilita especificar las acciones dirigidas a la población desde lo individual, lo colectivo y lo poblacional garantizando el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y contribuyendo a la planeación en salud, acorde ello con la situación del territorio donde se encuentre la población, y orientando las estrategias de intervención para producir efectos positivos en salud.

La caracterización de la población que se realiza en las EAPB, cuenta con una metodología estandarizada y difundida a través de la *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB)*, que permite describir y analizar la situación de salud de la población en términos de sus principales causas de morbilidad y de mortalidad, buscando detectar poblaciones en riesgos específicos y el uso de los servicios de salud, bajo el enfoque de determinantes de la salud, que permita evaluar y ajustar los planes de intervención orientados a necesidades específicas de gestión del riesgo, costo-efectividad y equidad, entre otros.

Las EAPB deben gestionar el riesgo de sus afiliados, así como trabajar y articularse con las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) y las entidades territoriales concertando acciones conjuntas y teniendo en cuenta la priorización territorial; también, sin perder de vista que la información resultante de la caracterización debe integrarse al Análisis de la Situación de Salud territorial y que priorizar la caracterización de la población afiliada a las EAPB forma parte del proceso de formulación del Plan Territorial de Salud (PTS) y, al mismo tiempo, es insumo para la priorización en salud pública que deben realizar las entidades territoriales utilizando la metodología de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública.

La Resolución 1536 de 2015 define que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las demás EAPB tienen dentro de sus responsabilidades elaborar anualmente la caracterización poblacional de toda la población a su cargo en los departamentos, los distritos y los municipios donde tenga población

afiliada, y enviar dicha información al Ministerio de Salud y Protección Social el primer día hábil de septiembre, a través de PISIS, la Plataforma de Integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

El presente análisis incluye los resultados de la priorización de la caracterización del corte enero-diciembre de 2018 reportados por las EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social en septiembre de 2019.

Por lo anterior, y según lo dispuesto dentro de la normatividad, la entidad territorial tiene dentro de sus responsabilidades: 1) extraer la información del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) relacionada con los datos y los resultados de la caracterización poblacional de las EPS; 2) integrar al ASIS la información de la caracterización de las EAPB, integrar al proceso de formulación del PTS, la priorización resultante de la caracterización poblacional realizada por las EPS y las EAPB que operan en su jurisdicción, entre otras.

1. Caracterización de población y priorización de EAPB

Según lo establecido en el artículo 17 de la Resolución 1536 de 2015, la caracterización poblacional tiene los siguientes contenidos:

- La identificación de los riesgos *ex ante*, los riesgos contingentes y los riesgos *ex post* de la población afiliada mediante la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El análisis demográfico, de mortalidad, de morbilidad y de los determinantes intermedios de la salud.
- La priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares.
- La programación de protección específica y detección temprana y de atención de enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, dentro del marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo *ex ante* o contingente o *ex post*.

1.1 Etapas del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB

Las etapas del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB deben completar los cinco componentes de la caracterización, tal como se detalla seguidamente.

1.1.1 Caracterización territorial y demográfica

Respecto a las caracterizaciones territorial y demográfica, estas se abordan a partir del análisis de los aspectos más importantes que las definen y con la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. El contexto *territorial* comprende la descripción del entorno donde la EAPB cuenta con afiliados, y relacionada con los contextos nacional, departamental y municipal, hasta llegar a la IPS primaria a la cual se encuentra adscrita el afiliado. El análisis de la dinámica *demográfica* considera el tamaño, el volumen, la estructura, el crecimiento, la distribución poblacional y la movilidad. Se mide a través de la diferencia entre la cantidad de personas que para un periodo y un espacio determinados “entran” a la EAPB, como en el caso de los nacimientos y las afiliaciones; también, aquellas personas que “salen” de la EAPB, como en el caso de las defunciones y las desafiliaciones; todo ello permite identificar si el balance demográfico está dado por la relación entre nacimientos y muertes, o por la relación entre los traslados y las afiliaciones.

1.1.2 Caracterización de la mortalidad y la morbilidad

Para la caracterización tanto de la mortalidad como de la morbilidad, la EAPB se ajusta a los lineamientos dados por la guía conceptual y metodológica. Para el análisis de la mortalidad, dicha guía usa la Lista Corta 6/67, que agrupa los diagnósticos de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en 7 grandes grupos y 67 subgrupos de causas de muerte (Organización Mundial de la Salud, 2002). Para el análisis de la morbilidad, por su parte, emplea tablas que agrupan las causas según el riesgo o los sistemas afectados, como la lista de morbilidad de 2036 causas que propone la OMS en la CIE 10, o la lista de agrupación que usa el análisis de carga global de la enfermedad de 2004, y que agrupa los códigos CIE10 en 4 grandes categorías. Esta información se utiliza para generar una serie de indicadores que le permitan a la EAPB conocer la situación de salud e identificar situaciones que se deben priorizar.

1.1.3 Caracterización de los determinantes sociales de la salud

Frente a la caracterización de los determinantes sociales de la salud, la EAPB debe: 1) analizar los indicadores que se relacionen con los determinantes intermedios que permitan Identificar la oferta actual de servicios disponibles; 2) identificar la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud dentro del marco de su función de producción; 3) analizar las brechas en la oferta de servicios de salud para la atención de las necesidades de la población, y 4) establecer los mecanismos de ajuste o fortalecimiento de la capacidad de producción de los prestadores de servicios de salud. Para el análisis de los determinantes estructurales de la salud, la EAPB analiza los indicadores que permitan dar cuenta del estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, la raza, el nivel educativo y la ocupación de su población afiliada.

1.1.4 Priorización

Se define la priorización como un enfoque más o menos sistemático para distribuir los recursos disponibles entre las demandas existentes, de tal manera

que se logre el mejor sistema de salud posible con los recursos que se tienen. Así mismo, la priorización busca dar respuesta a cómo tomar las decisiones de asignación de recursos involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos y políticos que puedan incidir en las decisiones de cobertura (Banco Interamericano de Desarrollo, 2012).

Teniendo en cuenta la información obtenida en el análisis previo, ya se han ido identificando los efectos de salud más relevantes para la población afiliada a la EAPB y sus determinantes; por lo tanto, la EAPB hace el reconocimiento de ellos con base en un listado de los hallazgos en los bloques de análisis previos. A partir del análisis completo de la mortalidad se deben enumerar las prioridades identificadas en cuanto a mortalidad general, por grandes causas, sub-causas, mortalidad trazadora, materno-infantil y en la niñez, y letalidades, mientras que para la morbilidad se debe identificar la principal causa de morbilidad atendida, la morbilidad trazadora y según alto consumo.

1.2 Metodología de priorización de la población afiliada a las EAPB

Las EAPB realizan el ejercicio de priorización por cada componente de la caracterización, articulada con los departamentos, los distritos y los municipios. Dichos componentes son:

- Prioridad territorial.
- Prioridad demográfica.
- Prioridad en mortalidad general.
- Prioridad en mortalidad específica por subgrupo de causas.
- Prioridad en mortalidad trazadora.
- Prioridad en mortalidad materno-infantil y de la niñez.
- Prioridad en letalidad.
- Prioridad en morbilidad atendida.
- Prioridad en mórbidos trazadores.
- Prioridad en morbilidad de alto consumo.
- Prioridad en desigualdades.

No obstante lo anterior, cabe resaltar que la EAPB debe continuar llevando a cabo las actividades a las que legalmente está obligada, y que las 11 prioridades obtenidas en el ejercicio pueden estar relacionadas entre sí.

1.3 Priorización departamental y distrital

La priorización que harán las EAPB para los departamentos y los distritos tendrá tres componentes adicionales: 1) un componente de mortalidad específica por subgrupo; 2) un componente de alto consumo, y 3) un componente de análisis de desigualdades.

1.4 Primer componente: alto consumo

Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados de un departamento y un distrito con respecto al ámbito nacional y en el interior de la EAPB en las patologías de alto costo.

Definir como patología de alto costo prioritaria aquella que muestre la mayor diferencia con respecto al ámbito nacional y en el interior de la EAPB.

Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados de un departamento y un distrito con respecto al ámbito nacional y en el interior de la EAPB en los eventos de alto costo.

Definir como evento de alto costo prioritario aquel que muestre la mayor diferencia con respecto al ámbito nacional y en el interior de la EAPB.

1.5 Segundo componente: análisis de desigualdades

- Tomar las prioridades identificadas de todos los municipios del departamento para todos los componentes de la caracterización.
- Hacer el análisis de desigualdades entre municipios del mismo departamento para todas las prioridades identificadas.
- Determinar la priorización para el departamento según el orden de las magnitudes de las desigualdades halladas, y ordenadas de mayor a menor desigualdad.

A partir del análisis una vez se haya definido el listado de indicadores prioritarios, se procede a hacer la priorización, para identificar los problemas de salud que requieren atención prioritaria por parte de la EAPB, y que, a su vez, son el insumo para generar los planes de intervención por parte de dicha entidad, sin desconocer que la EAPB debe seguir con la prestación del servicio con calidad a todos sus afiliados, así como con la gestión del riesgo en salud de estos.

Se deben listar e incluir en la matriz de priorización los indicadores (por cada uno de los componentes) que, al comparar con el territorio, presentaron mayor magnitud en la diferencia de tasas.

1.5.1 Criterios para la priorización

A partir de los hallazgos en cada componente, la EAPB realiza un listado de los indicadores y las problemáticas de salud por intervenir, teniendo en cuenta la magnitud en la diferencia relativa de la comparación hecha, para así establecer, con base en estos resultados, una identificación de prioridades según los criterios de gravedad del efecto y la factibilidad de intervención.

La gravedad del efecto se entiende como la importancia y el impacto con los que se presenta el problema; es decir, qué tanta población está siendo afectada por el evento en evaluación. Debe considerar la contribución en la carga de morbilidad (enfermedad) del efecto y el exceso de riesgo en la EAPB con respecto a la entidad territorial. Así mismo, se tienen en cuenta el potencial de mortalidad prematura o de discapacidad relativas y el alto costo a los servicios de salud que el efecto en evaluación puede generar, entre otras características que determinen la gravedad del efecto, tales como la amenaza al desarrollo humano o la amenaza al derecho a la salud.

La factibilidad de intervención responde a la viabilidad de resolver el problema y la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para el efecto en

evaluación, así como la posibilidad de gestionar el riesgo de este. De igual forma, se debe contemplar la factibilidad económica para desarrollar las intervenciones, la aceptabilidad de las intervenciones posibles, los recursos disponibles y la legalidad de la intervención.

1.5.2 Aplicación de criterios de priorización

Teniendo los resultados obtenidos al aplicar los criterios de gravedad y factibilidad, la EAPB ordena de mayor a menor los eventos según el puntaje obtenido, y establece la priorización final seleccionando cinco indicadores priorizados por grupos de riesgo por el departamento, el distrito o el municipio donde la EAPB cuente con al menos un usuario afiliado. Los grupos de riesgo tenidos en cuenta dentro de la priorización se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Grupos de riesgo tomados en cuenta dentro de la priorización

000	Sin grupo de riesgo clasificado.
001	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas.
002	Población en riesgo o con presencia de infecciones respiratorias crónicas.
003	Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales.
004	Población en riesgo o con trastornos mentales o del comportamiento manifiestos, debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
005	Población en riesgo o con trastornos psicosociales o del comportamiento.
006	Población en riesgo o con alteraciones en su salud bucal.
007	Población en riesgo o con presencia de cáncer.
008	Población en condición materno-perinatal.
009	Población en riesgo o con infecciones.
010	Población en riesgo o con presencia de zoonosis o agresiones por animales.
011	Población en riesgo o con enfermedades o accidentes laborales.
012	Población en riesgo o sujeto de agresiones, accidentes o traumas.
013	Población en riesgo o con enfermedades o accidentes relacionados con el medio ambiente.
014	Población en riesgo o con enfermedades raras.
015	Población en riesgo o con trastornos visuales o auditivos.
016	Población en riesgo o con trastornos degenerativos, neuropatías o enfermedades autoinmunes.

Fuente: Elaboración propia con base en la Caracterización Poblacional de las EAPB habilitadas para operar en Bogotá D.C. (corte 2018 reportada en 2019-Subsecretaría de Servicios en Salud y Aseguramiento Dirección de Aseguramiento -SDS)

Es importante resaltar que a escala nacional, las EAPB deben tener en cuenta los problemas con mayor desigualdad presentada, a fin de generar los

lineamientos del modelo de atención de la entidad para todo el país, y que la concentración geográfica del problema la establecerá el análisis municipal y departamental-distrital.

La priorización da el orden para intervenir los problemas con las estrategias que genere cada EAPB dentro de su plan de intervención y gestión del riesgo, y será el insumo para la articulación con la Planeación Integral para la Salud (Art. 14 de la Resolución 1536 de 2015).

2. Caracterización de la población afiliada a Las EAPB

2.1 Población afiliada las EAPB en diciembre de 2018

La caracterización y la priorización de la población afiliada a las EAPB en el Distrito Capital se realizó teniendo en cuenta el corte correspondiente al periodo enero-diciembre de 2018, tomando como base la población afiliada registrada en la Base de Datos Única de Afiliación con corte a diciembre del mismo año. Para el corte diciembre de 2018, en Bogotá se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 7.651.561 personas, de las cuales el 76,8% (6.284.987 afiliados) pertenecen al régimen contributivo; el 14,2% (1.161.120 afiliados), al régimen subsidiado, y el 2,5% (205.454 afiliados), al régimen de excepción o al especial. En la tabla 2 se presenta la distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por EAPB.

Tabla 2. Población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, D. C., a diciembre de 2018

Código	EPS-S	Cantidad	%
EPSS34	Capital Salud	876.453	75,48%
CCF053	Comfacundi Unicajas	91.041	7,84%
EPSS41	Nueva EPS	787	0,07%
	Subtotal	968.281	83,32%
EPSS17	Famisanar (M)	68.255	5,88%
EPSS44	Medimás (M)	31.027	2,67%
EPSS02	Salud Total (M)	24.354	2,10%
EPSS08	Compensar (M)	21.239	1,83%
EPSS37	Nueva EPS (M)	15.128	1,30%
EPSS23	Cruz Blanca (M)	13.806	1,19%
EPSS10	Sura (M)	6781	0,58%
EPSS05	Sanitas (M)	6568	0,57%
EPSS16	Coomeva EPS S. A. (M)	5118	0,44%
EPSS01	Aliansalud (M)	262	0,02%
EPSS18	Servicio Occidental de Salud (M)	214	0,02%
EPSM33	Saludvida (M)	87	0,01%
	Subtotal movilidad	192.839	16,61%
	Total general	1.161.120	100,00%

Fuente: Subsidiado BDUA-ADRES. Corte a 31 de diciembre de 2018
(M: Entidad con movilidad entre Regímenes conforme al decreto 780 de 2016).

La población afiliada al régimen contributivo con corte a diciembre de 2018 se encuentra distribuida de la forma como se presenta en la tabla 3.

Tabla 3. Población afiliada al régimen contributivo en Bogotá, D. C., a diciembre de 2018

Código	EPS-C	Cantidad	%
EPS008	Compensar	1.363.652	21,70%
EPS017	Famisanar	1.219.597	19,40%
EPS005	Sanitas	1.131.814	18,01%
EPS002	Salud Total	685.458	10,91%
EPS037	Nueva EPS	499.105	7,94%
EPS044	Medimás	383.830	6,11%
EPS010	Sura	319.678	5,09%
EPS023	Cruz Blanca	271.656	4,32%
EPS001	Aliansalud	218.807	3,48%
EPS016	Coomeva EPS S. A.	111.408	1,77%
EPS018	Servicio Occidental de Salud (SOS S. A.)	5497	0,09%
EPS033	Saludvida	5370	0,09%
EAS027	FPS Ferrocarriles Nacionales	4075	0,06%
EPS012	Comfenalco Valle	6	0,00%
EPS046	Salud Mía	3	0,00%
EPS042	Coosalud	2	0,00%
EPSC34	Capital Salud (M)	58.796	0,94%
CCFC53	Comfacundi Unicajas (M)	5347	0,09%
ESSC62	Asmet Salud (M)	830	0,01%
EPSIC3	Asociación Indígena del Cauca (M)	24	0,0004%
EPSC33	Saludvida (M)	15	0,0002%
ESSC02	Emdisalud ESS (M)	9	0,0001%
EPS041	Nueva EPS (M)	4	0,0001%
ESSC07	Mutual Ser ESS (M)	4	0,0001%
	Total general	6.284.987	100,00%

Fuente: Contributivo BDUA-ADRES. Corte a 31 de diciembre de 2018.
(M: Entidad con movilidad entre Regímenes).

2.2 Población afiliada a las EAPB en diciembre de 2019

Teniendo en cuenta que las EAPB cargan la información en 2019, se hace también el análisis de la población con corte a diciembre de 2019, en el cual en Bogotá se encontraban afiliadas al SGSSS 7.755.801 personas, de las cuales el 81,5% (6.344.968 afiliados) pertenecen al régimen contributivo; el 15,6% (1.216.036 afiliados), al régimen subsidiado, y el 2,5% (194.797 afiliados), al régimen de excepción o al especial. En la tabla 4 se presenta la distribución de la población afiliada al régimen subsidiado por EAPB con corte a diciembre de 2019.

Tabla 4. Población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, D. C., a diciembre de 2019

Código	EPS-S	Cantidad	%
EPSS34	Capital Salud	844.262	69,43%
CCF053	Comfacundi Unicajas	147.423	12,12%
ESS024	Coosalud	868	0,07%
EPSS41	Nueva EPS	551	0,05%
EPSI05	Mallamas	23	0,00%
	Subtotal	993.127	81,67%
EPSS17	Famisanar (M)	90.873	7,47%
EPSS44	Medimás (M)	31.034	2,55%
EPSS02	Salud Total (M)	28.375	2,33%
EPSS08	Compensar (M)	27.614	2,27%
EPSS37	Nueva EPS (M)	16.427	1,35%
EPSS05	Sanitas (M)	11.034	0,91%
EPSS10	Sura (M)	9751	0,80%
EPSS16	Coomeva EPS S. A. (M)	6009	0,49%
EPSS01	Aliansalud (M)	1380	0,11%
EPSS18	Servicio Occidental de Salud (M)	277	0,02%
EPSM33	Saludvida (M)	135	0,01%
	Subtotal movilidad	222.909	18,33%
	Total general	1.216.036	100,00%

Fuente: Subsidiado BDUA-ADRES. Corte a 31 de diciembre de 2019.
(M: Entidad con movilidad entre Regímenes).

La población afiliada al régimen contributivo con corte a diciembre de 2019 se encuentra distribuida como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Población afiliada al régimen contributivo en Bogotá, D. C., a diciembre de 2019

Código	EPS-C	Cantidad	%
EPS008	Compensar	1.498.723	23,62%
EPS005	Sanitas	1.329.613	20,96%
EPS017	Famisanar	1.269.963	20,02%
EPS002	Salud Total	730.000	11,51%
EPS037	Nueva EPS	520.856	8,21%
EPS010	Sura	377.666	5,95%
EPS001	Aliansalud	237.313	3,74%
EPS044	Medimás	206.761	3,26%
EPS016	Coomeva EPS S. A.	85.946	1,35%
EPS018	Servicio Occidental De Salud	4.353	0,07%
EPS033	Saludvida	3.942	0,06%
EAS027	FPS Ferrocarriles Nacionales	3.934	0,06%
EPS042	Coosalud	15	0,00%
EPS046	Salud Mía	2	0,00%
EPSC34	Capital Salud (M)	51.407	0,81%
CCFC53	Comfacundi Unicajas (M)	15.713	0,25%
ESSC24	Coosalud (M)	7852	0,12%
ESSC62	Asmet Salud (M)	622	0,01%
EPSC33	Saludvida (M)	127	0,00%
EPS041	Nueva EPS (M)	94	0,00%
EPSIC3	Asociación Indígena del Cauca (M)	34	0,00%
CCFC55	Cajacopi Atlántico (M)	24	0,00%
ESSC07	Mutual Ser ESS (M)	4	0,00%
EPSIC5	Mallamas EPSI (M)	3	0,00%
EPS045	Medimás (M)	1	0,00%
	Total general	6.344.968	100,00%

Fuente: Contributivo BDUA-ADRES. Corte a 31 de diciembre de 2018.

(M: Entidad con movilidad entre Regímenes).

2.3 Afiliados por IPS primaria

Dentro de la información analizada de la caracterización de la población afiliada que las EAPB de los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción deben presentar al Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra el archivo Tipo 8, denominado *Usuarios asignados a IPS Primaria por municipio de residencia según BDUA/BDEX*. Como resultado de este archivo, se analiza la información para el Distrito Capital.

En el régimen contributivo, para el corte diciembre de 2018 reportado por las EAPB se evidencia que del total de población afiliada reportada, correspondiente a 6.282.058 personas, el 77% (4.812.821 afiliados) tienen asignada IPS primaria para el mismo periodo. En la tabla 6 se muestra la distribución por EAPB con afiliados del régimen contributivo en Bogotá.

**Tabla 6. Población afiliada al régimen contributivo en Bogotá, D. C.,
con IPS primaria asignada a diciembre de 2018**

EAPB régimen contributivo	Afiliados BDU A (diciembre de 2018)	Afiliados EAPB asignados IPS primaria (diciembre de 2018)
Comfacundi-Cm	5347	0
Capital Salud-Cm	58.796	58.732
Compensar EPS	1.363.652	1.325.606
Coomeva EPS S. A.	111.408	109.240
Cruz Blanca EPS S. A.	271.656	273.484
EPS Famisanar Ltda.	1.218.283	619.850
EPS Sanitas S. A.	1.131.814	794.991
EPS Servicio Occidental de Salud S. A. (EPS SOS S.A.)	5497	4810
EPS y Medicina Prepagada Suramericana S. A.	319.678	308.852
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales	4075	0
Nueva EPS S. A.	499.105	50.466
Nueva EPS S. A.-Cm	4	0
Medimás	383.234	382.025
Salud Total S. A. EPS	685.317	673.920
Saludvida S. A. EPS-Cm	15	0
Saludvida S. A. EPS	5370	0
Aliansalud EPS S. A.	218.807	210.845
Total EAPB habilitadas para en Bogotá	6.282.058	4.812.821

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

(CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

En el régimen subsidiado para el periodo analizado (diciembre de 2018), y que fue reportado por las EAPB, se evidencia que hay más personas afiliadas con IPS primaria asignada que el total de población afiliada reportada; esto, a expensas de la EAPB Capital Salud, tal como se expone en la tabla 7.

Tabla 7. Población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, D. C., con IPS primaria asignada a diciembre de 2018

EAPB régimen subsidiado	Afiliados BDUA (diciembre de 2018)	Afiliados EAPB asignados IPS primaria (diciembre de 2018)
Comfacundi	91.041	83.928
Capital Salud	876.453	3.045.152
Subtotal	967.494	3.129.080
Aliansalud EPS S. A.-Cm	262	256
Compensar EPS-Cm	21.239	22.024
Coomeva EPS S. A.-Cm	5118	5072
Cruz Blanca EPS S. A.-Cm	13.806	273.484
EPS Famisanar Ltda.-Cm	68.255	35.910
EPS Sanitas S. A.-Cm	6568	6124
EPS Servicio Occidental De Salud S. A. (EPS SOS S. A.)-Cm	214	292
EPS y Medicina Prepagada Suramericana S. A.-Cm	6781	6209
Nueva EPS S. A.	787	0
Medimás	31.027	0
Nueva EPS S. A.-Cm	15.128	0
Salud Total S. A. EPS Cm	24.354	24.353
Saludvida S. A. EPS-Cm	87	0
Subtotal movilidad	193.626	373.724
Total general	1.161.120	3.502.804

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

(CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

Para los regímenes de excepción y especial, con corte a diciembre de 2018, la población afiliada reportada por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la Dirección General de Sanidad Militar, Ecopetrol, el Magisterio y Unisalud es de 138.569 afiliados; por otra parte, 262.229 afiliados tienen asignada IPS primaria en el Distrito Capital. Esta diferencia se da porque tanto la Policía Nacional como Sanidad Militar, por contar con criterios de seguridad específicos, no reportaron población afiliada al corte analizado, tal como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Población afiliada a los regímenes de excepción y especial en Bogotá, D. C., con IPS primaria asignada a diciembre de 2018

EAPB régimen de excepción y especial	Afiliados BDUA (diciembre de 2018)	Afiliados EAPB asignados IPS primaria (diciembre de 2018)
Dirección de Sanidad Policía Nacional	0	144.038
Dirección General de Sanidad Militar	0	77.889
Ecopetrol	15.211	28.891
Magisterio	113.882	0
Unisalud	10.476	11.411
Total general	139.569	262.229

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

2.4 Resultados de priorización

Teniendo en cuenta que la priorización contiene la selección de cinco grupos de riesgo e indicadores clasificándolos en cinco prioridades en orden de importancia, de acuerdo con los resultados obtenidos en el ejercicio de priorización de cada EAPB, en la tabla 9 se presenta el grupo de riesgo que, según su frecuencia, es más relevante en cada prioridad.

Tabla 9. Grupos de riesgo relevantes por prioridad y régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 1	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas
Prioridad 2	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con infecciones
Prioridad 3	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas
Prioridad 4	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 5	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas

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

A continuación se hace, por cada una de las cinco prioridades, un análisis de los grupos de riesgo e indicadores priorizados en general y según el tipo de afiliación al SGSSS (subsidiado y contributivo, especial o de excepción).

2.4.1 Grupos de riesgo e indicadores prioridad 1

En la prioridad 1 se identificaron los grupos de riesgo en los regímenes de afiliación que se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Grupos de riesgo en prioridad 1 por régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 1	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas

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

Como parte de la metodología para la priorización en las EAPB se estableció que aquellos grupos de riesgo e indicadores que obtuvieron el puntaje máximo en el ejercicio de priorización se clasifican como prioridad 1. Dentro esta categoría, las EAPB identificaron los grupos de riesgo y los indicadores que se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Listado de grupos de riesgo e indicadores por EAPB seleccionados en la prioridad 1

Régimen	EAPB	Grupo de riesgo prioridad 1	Indicador priorizado prioridad 1
Contributivo	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con enfermedades raras	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
	Compensar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Coomeva EPS S. A.	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Cruz Blanca EPS	Sin grupo de riesgo clasificado	Tasa de mortalidad en la niñez
	EPS Famisanar Ltda.	Población en condición materno-perinatal	Razón de mortalidad materna
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años
	Medimás EPS S. A. S.	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años
	Nueva EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular -metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
	Saludvida S. A. EPS-CM	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno-perinatales por EAPB
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Sura	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años
	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en condición materno-perinatal	Razón de mortalidad materna

Subsidiado	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en condición materno-perinatal	Razón de mortalidad materna
	Compensar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Coomeva EPS S A	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
	Coosalud ESS EPS-S	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino
	Cruz Blanca EPS	Sin grupo de riesgo clasificado	Tasa de mortalidad en la niñez
	EPS Famisanar Ltda.	Población en condición materno-perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
	Nueva EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
	Salud Vida EPS	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Sura	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años
	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
De excepción	Dirección de Sanidad Policía Nacional	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Dirección General de Sanidad Militar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Ecopetrol S. A.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos o de tejidos afines

	Unidad de Servicios de Salud (Unisalud), de la Universidad Nacional de Colombia	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
--	---	--	---

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

Con el fin de identificar los grupos de riesgo priorizados con mayor frecuencia, de acuerdo con el régimen de afiliación de la población caracterizada en cada una de las EAPB con corte a diciembre de 2018, se encuentran priorizados siete grupos de riesgo de los once definidos en la guía metodológica, y los cuales se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Principales grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 1

Prioridad 1	Contributivo	Subsidiado	Especial y de excepción	Total EAPB
Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	6	6	3	15
Población en condición materno-perinatal	4	2		6
Población en riesgo o con infecciones	1	2		3
Sin grupo de riesgo clasificado	1	1		2
Población en riesgo o con presencia de cáncer		1	1	2
Población en riesgo o con enfermedades raras	1			1
Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas		1		1

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

El grupo de riesgo cardiocerebrovascular-metabólico manifiesta es el que se identifica con mayor frecuencia dentro de la prioridad 1. En este grupo se consideran los siguientes indicadores:

- Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años.
- Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo.
- Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB.
- Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años.

- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas.

En segundo lugar se priorizó el grupo de riesgo población en condición materno-perinatal. Los indicadores a ese respecto son:

- Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB.
- Razón de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad perinatal.

En tercer lugar se encuentra el grupo de riesgo población en riesgo o infecciones, en el cual están priorizados los siguientes indicadores:

- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida.
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.

En cuarto lugar está sin grupo de riesgo clasificado, cuyos indicadores son:

- Índice de envejecimiento.
- Tasa de mortalidad en la niñez.

El quinto grupo de riesgo que se encuentra dentro de esta prioridad es el de población en riesgo o con presencia de cáncer, con los indicadores que se mencionan a continuación:

- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos o de tejidos afines.
- Tasa de mortalidad en la niñez por tumores (neoplasias).

2.4.2 Grupos de riesgo e indicadores prioridad 2

En la prioridad 2 se identificaron los grupos de riesgo en los regímenes de afiliación que se muestran en la tabla 13.

Tabla 13. Grupos de riesgo en prioridad 2 por régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 2	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con infecciones	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con infecciones

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

Como parte de la metodología para la priorización en las EAPB, se estableció que aquellos grupos de riesgo e indicadores que obtuvieron el puntaje

máximo en el ejercicio de priorización se clasifican como prioridad 2. Dentro esta categoría las EAPB identificaron los grupos de riesgo e indicadores que se muestran en la tabla 14.

Tabla 14. Listado de grupos de riesgo e indicadores por EAPB seleccionados en la prioridad 2

Régimen	EAPB	Grupo de riesgo	Indicador priorizado
Contributivo	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con enfermedades raras	Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo
	Compensar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años
	Coomeva EPS S. A.	Población en riesgo o con infecciones	Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15-49 años
	Cruz Blanca EPS	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis
	Medimás EPS S. A. S.	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años
			Captación de hipertensión arterial de personas de 18-69 años
	Nueva EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
	Saludvida S. A. EPS-CM	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino
	Sura	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio
	Capital Salud EPS-S S. A. S.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
Subsidiado	Capital Salud EPS-S S. A. S.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus

	Compensar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años
	Cooameva EPS S. A.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Cruz Blanca EPS	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
	EPS Sanitas	Población en riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis
	Nueva EPS	Población en condición materno-perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
	Salud Vida EPS	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino
	Sura	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio
De excepción	Dirección de Sanidad Policía Nacional	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
	Dirección General de Sanidad Militar	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años
	Ecopetrol S. A.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata
	Unidad de Servicios de Salud (Unisalud), de la Universidad Nacional de Colombia	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias

Fuente: Reporte Caracterización EAPB 2018 Cargue 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx-characterizacion-poblacional.zip>
(CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

Con el fin de identificar los grupos de riesgo priorizados con mayor frecuencia de acuerdo al régimen de afiliación de la población caracterizada en cada una

de las EAPB a corte diciembre de 2018, se encuentran priorizados 7 grupos de riesgo de los 11 definidos en guía metodológica los cuales se muestran en la tabla 15.

Tabla 15. Principales grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 2

Prioridad 2	Contributivo	Subsidiado	Especial y de excepción	Total EAPB
Población en riesgo o con infecciones	5	4		9
Población en riesgo o con presencia de cáncer	3	2	2	7
Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	2	2	2	6
Población en condición materno-perinatal	1	2		3
Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	1	1		2
Población en riesgo o con enfermedades raras	1			1
Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales		1		1

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

El grupo de riesgo población en riesgo o con infecciones es el que se identifica con mayor frecuencia dentro de la prioridad 2. En este grupo se consideran los siguientes indicadores:

- Prevalencia registrada de VIH/sida en personas de 15-49 años.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles.
- Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis.
- Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.

En segundo lugar se priorizó el grupo de riesgo población en riesgo o con presencia de cáncer. Los indicadores considerados en este grupo son:

- Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias.
- Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago.
- Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino.

En tercer lugar se encuentra el grupo de riesgo población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas, y en el cual están priorizados los siguientes indicadores:

- Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años.
- Captación de hipertensión arterial de personas de 18-69 años.
- Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB.
- Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años.
- Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus.

En cuarto lugar está el grupo de la población en condición materno-perinatal, con los indicadores que se mencionan a continuación:

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio.

El quinto grupo de riesgo que se encuentra dentro de esta prioridad es el de población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas, con el siguiente indicador:

- Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio.

2.4.3 Grupos de riesgo e indicadores prioridad 3

En la prioridad 3 se identificaron los grupos de riesgo en los regímenes de afiliación que se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Grupos de riesgo en prioridad 3 por régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 3	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas

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

Como parte de la metodología para la priorización en las EAPB, se estableció que aquellos grupos de riesgo e indicadores que obtuvieron el puntaje máximo en el ejercicio de priorización se clasifican como prioridad 3. Dentro esta categoría, las EAPB identificaron los grupos de riesgo y los indicadores que se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Listado de grupos de riesgo e indicadores por EAPB seleccionados en la prioridad 3 (diciembre de 2018)

Régimen	EAPB	Grupo de riesgo	Indicador priorizado
Contributivo	Compensar	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Cooameva EPS S. A.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por aterosclerosis
	Medimás EPS S. A. S	Población en riesgo o con infecciones	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida
		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Nueva EPS	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
	Saludvida S. A. EPS-CM	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de mujeres de 15-49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
	Sura	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
	Capital Salud EPS-S S. A. S.	Población en riesgo o con infecciones	Prevalencia registrada de VIH/sida
Subsidiado	CAPITAL SALUD EPS-S S. A. S.	Población en riesgo o con infecciones	Prevalencia registrada de VIH/sida
	Compensar	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Cooameva EPS S. A.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles

	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por VIH/sida
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por aterosclerosis
	Nueva EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo
	Salud Vida EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de mujeres de 15-49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
	Sura	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
De excepción	Dirección de Sanidad Policía Nacional	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas
	Dirección General de Sanidad Militar	Población en condición materno-perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
	Ecopetrol S. A.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero
	Unidad de Servicios de Salud (Unisalud), de la Universidad Nacional de Colombia	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas

Fuente: Reporte Caracterización EAPB 2018 Cargue 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx- caracterizacion-poblacional.zip> (CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

Al identificar los grupos de riesgo que se priorizaron con mayor frecuencia por parte de las EAPB de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, se encontró que se priorizaron cinco grupos de riesgo en la tercera prioridad, tal como se muestra en la tabla 18.

Tabla 18. Principales grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 3

Prioridad 3	Contributivo	Subsidiado	Especial y de excepción	Total EAPB
Población en riesgo o con presencia de cáncer	3	4	1	8
Población en riesgo o con infecciones	4	3	1	8
Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	2	3	1	6
Población en condición materno-perinatal	2	2	1	5
Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	1			1

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

El grupo de riesgo que se priorizó por más EAPB corresponde a población en riesgo o con presencia de cáncer, dentro del que se encuentran priorizados los siguientes indicadores:

Tasa ajustada de mortalidad por leucemia.

Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias.

Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer.

Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero.

Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago.

En segundo lugar se encuentra el grupo de riesgo población en riesgo o con infecciones, en el cual se priorizaron los siguientes indicadores:

Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida.

Prevalencia registrada de VIH/sida.

Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles.

Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por VIH/sida.

Tasa ajustada de mortalidad por IRA.

Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.

El tercer lugar dentro de esta prioridad lo ocupa el grupo de riesgo población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas, con los siguientes indicadores:

Captación de hipertensión arterial de personas de 18-69 años.

Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo.

Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio.

Tasa ajustada de mortalidad por aterosclerosis.

Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus.

Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas.

Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.

El cuarto lugar lo ocupa el grupo de riesgo población en condición materno-perinatal, con los siguientes indicadores:

Porcentaje de mujeres de 15-49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal.

Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno-perinatales por EAPB.

Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Y finalmente está el grupo de riesgo población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas, con el siguiente indicador:

Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

2.4.4 Grupos de riesgo e indicadores prioridad 4

En la prioridad 4 se identificaron los grupos de riesgo en los regímenes de afiliación que se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Grupos de riesgo en prioridad 4 por régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 4	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Población en riesgo o con presencia de cáncer

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

En esta clasificación las EAPB incluyeron todos los grupos de riesgo y los indicadores que presentaron el cuarto puntaje más alto en el ejercicio de priorización. En la tabla 20 se presenta el listado de grupos priorizados como prioridad 4.

Tabla 20. Listado de grupos de riesgo e indicadores por EAPB seleccionados en la prioridad 4, con corte a diciembre de 2018

Régimen	EAPB	Grupo de riesgo	Indicador priorizado
Contributivo	Aliansalud EPS	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Compensar	Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18-64 años
	Coomeva EPS S. A.	Población en riesgo o con infecciones	Letalidad de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
	Coosalud ESS EPS-S	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por VIH/sida
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Medimás EPS S. A.S	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
		Población en riesgo o con infecciones	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida
	Nueva EPS	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por IRA
	Salud Total EPS-.C	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de diabetes mellitus en personas de 18-69 años

	Saludvida S. A. EPS-CM	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Sura	Población en condición materno-perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
		Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
Subsidiado	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Compensar	Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18-64 años
	Coomeva EPS S. A.	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Nueva EPS	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata
	Salud Vida EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Sura	Población en condición materno-perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
		Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con infecciones	Prevalencia registrada de VIH/sida
De excepción	Dirección de Sanidad Policía Nacional	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

	Dirección General de Sanidad Militar	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Ecopetrol S. A.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles
	Unidad de Servicios de Salud (Unisalud), de la Universidad Nacional de Colombia	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón

Fuente: Reporte Caracterización EAPB 2018 Cargue 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>- caracterizacion-poblacional.zip (CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

Las EAPB de los regímenes contributivo, subsidiado o especial y de excepción en la cuarta prioridad incluyeron cinco grupos de riesgo, tal como se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Principales grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 4

Prioridad 4	Contributivo	Subsidiado	Especial y de excepción	Total EAPB
Población en condición materno-perinatal	4	3	1	8
Población en riesgo o con infecciones	4	2	1	7
Población en riesgo o con presencia de cáncer	3	4		7
Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	2	2	2	6
Población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales	1	1		2

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

El grupo de riesgo población en condición materno-perinatal ocupa el primer lugar, teniendo en cuenta la sumatoria de las frecuencias de dichos subgrupos. Dentro de estos se priorizaron los siguientes indicadores:

- Porcentaje de mujeres de 15-49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.
- Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno-perinatales por EAPB.
- Tasa de mortalidad perinatal.

El grupo población en riesgo o con infecciones se ubica el segundo lugar en la priorización, según la frecuencia presentada dentro de las EAPB. En este grupo se priorizaron indicadores:

- Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida.
- Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave IRAG.

- Prevalencia registrada de VIH/sida.
- Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida.
- Tasa ajustada de mortalidad por IRA.

En tercer lugar, se encuentra población en riesgo o con presencia de cáncer, dentro de los que están:

- Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de estómago.

En cuarto lugar se encuentra la población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas, dentro de los que están:

- Captación de diabetes mellitus de personas de 18-69 años.
- Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18-69 años.
- Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18-69 años.
- Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.

Finalmente, en el quinto lugar, según la frecuencia de aparición en las EAPB, está el grupo de riesgo población en riesgo o con presencia de alteraciones nutricionales, con el siguiente indicador:

Prevalencia de obesidad en personas de 18-64 años.

2.4.5 Grupos de riesgo e indicadores prioridad 5

En la prioridad 5 se identificaron los grupos de riesgo en los regímenes de afiliación que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Grupos de riesgo en prioridad 4 por régimen de afiliación (diciembre de 2018)

Prioridad	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción o especial	Total población caracterizada
Prioridad 5	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o presencia de cáncer	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas

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

Tal como lo especifica la Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las EAPB, la priorización de grupos de riesgo e indicadores debe incluir cinco prioridades, de las cuales la prioridad 5 sea la que obtiene el quinto puntaje en el ejercicio de priorización. En esta categoría se encuentran los grupos y los indicadores presentados en la tabla 23.

Tabla 23. Listado de grupos de riesgo e indicadores por EAPB seleccionados en la prioridad 5 (corte a diciembre de 2018)

Régimen	EAPB	Grupo de riesgo	Indicador priorizado
Contributivo	Aliansalud EPS	Población en riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
	Compensar	Población en riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
	Cooomeva EPS S. A.	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
		Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
	EPS Sanitas	Población en riesgo o presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
	Medimás EPS S. A. S	Población en condición materno-perinatal	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Nueva EPS	Población en condición materno-perinatal	Número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado
	Salud Total EPS-C	Población en condición materno-perinatal	Número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado
	Saludvida S. A. EPS-CM	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Sura	Población en condición materno-perinatal	Tasa de mortalidad perinatal

		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
Subsidiado	Capital Salud EPS-S S. A.S.	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
	Compensar	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
	Coomeva EPS S. A.	Población en condición materno-perinatal	Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
	Cruz Blanca EPS	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal
	EPS Famisanar Ltda.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa de mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
	EPS Sanitas	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata
	Nueva EPS	Población en riesgo o alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Captación de hipertensión arterial en personas de 18-69 años
	Salud Total EPS-C	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
	Salud Vida EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino
	Servicio Occidental de Salud S. A. (SOS S. A.)	Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	Sura	Población en condición materno-perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
		Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
	Aliansalud EPS	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata
De excepción	Dirección de Sanidad Policía Nacional	Población en riesgo o con presencia de cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer
	Dirección General de Sanidad Militar	Población en riesgo o con infecciones	Prevalencia registrada de VIH/sida

	Ecopetrol S. A.	Población en riesgo o con infecciones	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales
	Unidad de Servicios de Salud (Unisalud), de la Universidad Nacional de Colombia	Población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB

Fuente: Reporte Caracterización EAPB 2018 Cargue 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx- caracterizacion-poblacional.zip> (CM: Entidad complementaria movilidad Régimen Contributivo).

Dentro de prioridad 5, las EAPB clasificaron cinco grupos de riesgo, los cuales se observan en la tabla 24.

Tabla 24. Principales grupos de riesgo por régimen de afiliación en la prioridad 5

Prioridad 5	Contributivo	Subsidiado	Especial y de excepción	Total EAPB
Población en riesgo o con presencia de cáncer	3	4	1	8
Población en condición materno-perinatal	5	2		7
Población en riesgo o con alteraciones	2	4	1	7
Población en riesgo o con infecciones	1	1	2	4
Población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas	2	1		3

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

El primer grupo de riesgo clasificado en la prioridad 5 corresponde al grupo de riesgo población en riesgo o con presencia de cáncer, el cual incluye:

- Tasa ajustada de mortalidad por leucemia.
- Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de próstata.
- Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino.

Como segundo grupo de riesgo de la prioridad 5 se encuentra el grupo de riesgo población en condición materno-perinatal. Los indicadores que se encuentran en este grupo son:

- Número de casos de hipotiroidismo congénito no tratado.
- Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna.
- Porcentaje de mujeres de 15-49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.
- Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- Tasa de mortalidad perinatal.

En tercer lugar se ubica el grupo de riesgo población en riesgo o con alteraciones cardiocerebrovascular-metabólicas manifiestas, en el cual se priorizaron:

- Captación de hipertensión arterial en personas de 18-69 años.
- Costo total para la EAPB por la cuarta patología de alto costo.
- Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB.
- Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco, con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.
- Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas.

En cuarto lugar está el grupo de riesgo población en riesgo o con infecciones, en el que las EAPB priorizaron:

- Prevalencia registrada de VIH/sida.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/sida.
- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales.
- Tasa de mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Y por último está el grupo de riesgo población en riesgo o con infecciones respiratorias crónicas, donde se priorizó:

- Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



