

SECRETARÍA DE  
SALUD

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD 26 de mayo de 2025

Al contestar Cite Este No. **2025-EE-50123**

Folios: Anexos: 1

**ORIGEN:** - 000000-Despacho**DESTINO:** LUZ ANGELICA VIZCAINO SOLANO CONCEJO DE BOGOTÁ - -**TIPO DE** Comunicaciones oficiales**DOCUMENTO:****ASUNTO:** Respuesta a proposición 629 de 2025 "IMPACTOS Y DESAFÍOS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA UNA CIUDAD INCLUSIVA." Radicado Concejo 2025EE9153, Radicado SDS 2025ER21649

000000

CONCEJO DE BOGOTÁ 26-05-2025 06:00:30  
 2025ER14256 O 1 Fol:1 Anex:0  
**ORIGEN:** SECRETARIA DE SALUD/GERSON ORLANDO BERMONT GALANES  
**DESTINO:** SECRETARIA GENERAL/VIZCAINO SOLANO LUZ ANGELICA  
**ASUNTO:** RESPUESTA PROPOSICION 629 DE 2025  
**OBS:** -

**Señora****LUZ ANGELICA VIZCAINO SOLANO**

SECRETARIA GENERAL DE ORGANISMO DE CONTROL

CONCEJO DE BOGOTÁ

CLL 36 28 A 41

secretariageneral@concejobogota.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta a proposición 629 de 2025 "IMPACTOS Y DESAFÍOS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA UNA CIUDAD INCLUSIVA." Radicado Concejo 2025EE9153, Radicado SDS 2025ER21649

Doctora Luz Angelica:

Cordial Saludo, por medio de la presente se da respuesta a la proposición del asunto, según las competencias de esta Secretaría.

1. *Sírvase informar conforme a la evaluación de los Planes Estratégicos y Financieros realizado a las cuatro Subredes Integradas de Salud, cómo se distribuyó el presupuesto entre las cuatro subredes por parte de la Secretaría Distrital de Salud.*
2. *Conforme al Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Camina Segura" y el marco de gasto de mediano y largo plazo que incluye un presupuesto por DOSCIENTOS SESENTA MIL MILLONES DE PESOS (\$260.000.000.000) destinados a fortalecer la red pública hospitalaria del Distrito Capital y que para la vigencia 2025 dispone de un desembolso por CIENTO CUARENTA MIL MILLONES DE PESOS (\$140.000.000.000), sírvase informar cómo se distribuyó este presupuesto entre las cuatro Subredes Integradas de Salud para esta vigencia.*

En respuesta a los numerales 1 y 2 de la solicitud, es importante precisar que actualmente no existe una normativa que establezca previamente los criterios específicos para la distribución de recursos entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud. No obstante, la asignación se rige por parámetros de desempeño y sostenibilidad financiera definidos en el artículo 45 del Acuerdo 927 de 2024. que establezca de manera previa la distribución ni los criterios detallados sobre el monto asignado a cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

En este contexto, el artículo 45 del Acuerdo 927 de 2024 establece que la asignación de dichos recursos está sujeta al desempeño y los resultados alcanzados, conforme a los avances reportados en el Plan de Gestión y Sostenibilidad Financiera. Esto significa que los recursos solo podrán ser transferidos cuando se evidencien mejoras en la situación financiera de cada Subred, de manera que contribuyan a su sostenibilidad a largo plazo.



En primera instancia, de los \$260.000 millones de pesos, en mayo de 2024 se asignaron \$15.000 millones a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente mediante la Resolución No. 598 del FFDS, y \$25.000 millones a cada una de las Subredes Norte, Sur Occidente y Sur, mediante las Resoluciones 597, 596 y 595 todas del 2024 del FFDS, respectivamente. Estas resoluciones se adjuntan en la carpeta de anexos denominada “Pregunta 1”, subcarpeta “Resoluciones Mayo-2024”. Este primer giro se realizó con base en la entrega de los Planes de Gestión y Sostenibilidad Financiera a la Secretaría Distrital de Salud.

Luego, en septiembre de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 1775 de 2024, determinó la asignación de \$30.000 millones adicionales a la Subred Centro Oriente para financiar las obligaciones adquiridas durante la operación corriente de la vigencia 2024.

Por lo anterior, con el fin de garantizar la equidad en la distribución de recursos para el fortalecimiento de las Subredes, en octubre de 2024 se asignaron \$30.000 millones adicionales entre las tres Subredes Integradas de Servicios de Salud Norte, Sur y Sur Occidente. De esta manera, el Distrito no asignó recursos adicionales a la Subred Centro Oriente en octubre de 2024, dado el objetivo de igualar la distribución de recursos en la Red Pública Distrital. Sobre el particular, para efectuar el giro, se verificó que las Subredes mostraran una mejora en su resultado operacional registrado en los Estados Financieros, de acuerdo con los Planes de Gestión y Sostenibilidad Financiera, presentado por la Subredes.

Ahora bien, en consideración a lo anterior, la asignación final de recursos quedó en \$45.000 millones de pesos para la SISS Centro Oriente y \$35.000 millones para cada una de las demás Subredes. Esto evidencia que la SISS Centro Oriente contaba en ese momento con una asignación \$10.000 millones más que las otras Subredes.

Posteriormente, en diciembre de 2024, se asignaron \$15.000 millones de pesos adicionales a las Subredes Norte, Sur y Sur Occidente a través de Resoluciones 1508, 1506 y 1507 de 2024; esto, considerando que como se señaló previamente, habían recibido un monto inferior al de la SISS Centro Oriente. Además, esta asignación respondió a la mejoría en la situación financiera de dichas Subredes.

Adicionalmente, por solicitud de la Gerencia de la Subred Norte, se recibió una petición de apoyo financiero para su fortalecimiento. Tras evaluar dicha solicitud y con el compromiso de continuar las estrategias de recuperación financiera y mejora de procesos internos, se autorizó un adelanto de \$9.000 millones.

Así mismo en diciembre de 2024, mediante Resolución 1501 de 2024, se asignaron \$5.000 millones de pesos a la SISS Centro Oriente debido a su situación financiera, especialmente porque registraba deudas por \$121.618 millones, siendo una de las Subredes con el mayor monto de cuentas por pagar a proveedores.

Posteriormente, las Subredes actualizaron sus Planes de Gestión y Sostenibilidad Financiera a final del año 2024, con metas de cumplimiento hasta junio de 2025, enfocados en aumentar la venta de servicios, controlar el gasto y los costos, mejorar el recaudo y reducir los reclamos en salud.

En la siguiente tabla se muestran las metas de los planes estratégicos:

Tabla 1. Planes Estratégicos consolidados de las Subredes integradas de Servicios de Salud.

No	Estrategias	Inicia	Centro Oriente		Sur Occidente		Sur		Norte	
		Finaliza	Línea Base	Meta	Línea Base	Meta	Línea Base	Meta	Línea Base	Meta
1	Incremento de Ingresos por Ventas de Servicios	nov 2024/ Jun2025	36.448	Aumentar en un 19% la venta de servicios a junio de 2025.	40.202	Aumentar en un 16% la venta de servicios a junio de 2025.	40.519	Aumentar en un 14% la venta de servicios a junio de 2025.	44.839	Aumentar en un 12% la venta de servicios a junio de 2025.
2	Disminución de Costos	nov 2024/ Jun2025	95%	Optimizar los costos de venta para que a junio 2025 sea el 90% del total Ingreso	92,4%	Optimizar los costos de venta para que a junio 2025 sea el 84,5% del total Ingreso	89%	Optimizar los costos de venta para que a junio 2025 sea el 85% del total Ingreso	86,7%	Optimizar los costos de venta para que a junio 2025 sea el 83% del total Ingreso
3	Contención del Gasto	nov 2024/ Jun2025	26%	Optimizar los gastos Administrativos a junio 2025 a fin de que sean el 10% del total Ingreso	19,0%	Optimizar los gastos Administrativos a junio 2025 a fin de que sean el 13,4% del total Ingreso	20%	Optimizar los gastos Administrativos a junio 2025 a fin de que sean el 11% del total Ingreso	17,8%	Optimizar los gastos Administrativos a junio 2025 a fin de que sean el 15% del total Ingreso
4	Aumento Recaudación	nov 2024/ Jun2025	34.610	Incrementar en un 10% el recaudo a junio de 2025.	36.729	Incrementar en un 8% el recaudo a junio de 2025.	35.145	Incrementar en un 8% el recaudo a junio de 2025.	38.067	Incrementar en un 12% el recaudo a junio de 2025.
5	Disminución PQR	nov 2024/ Jun2025	787	Reducción de un 13% del número de reclam	1172	Reducción de un 15% del número de reclam	2041	Reducción de un 15% del número de reclam	641	Reducción de un 20% del número de reclam

				os en salud para fortalec er la confian za y satisfac ción de los usuario s en el proces o de atenció n salud en las SISS.		os en salud para fortalec er la confian za y satisfac ción de los usuario s en el proces o de atenció n salud en las SISS.		os en salud, para fortalec er la confian za y satisfac ción de los usuario s en el proces o de atenció n salud en las SISS.		os en salud para fortalec er la confian za y satisfac ción de los usuario s en el proces o de atenció n salud en las SISS a junio 2025
--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia DAEPDSS. Cifras en millones de pesos.

Para la vigencia 2025, quedo una asignación de \$22.500 millones de pesos para cada una de las Subredes, a excepción de la Subred Norte, que, como se mencionó anteriormente, recibió un adelanto adicional de \$9.000 millones, por lo que tendría \$13.500 millones.

En el mes de febrero de la presente vigencia, se realizaron giros a las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la siguiente manera: \$4.500 millones a la Subred Norte, \$13.500 millones a la Subred Sur y \$18.000 millones a la Subred Sur Occidente. Las resoluciones correspondientes se encuentran adjuntas en la carpeta de Anexos “Pregunta 1”, subcarpeta “Resoluciones Febrero-2025”. El giro que le corresponde a cada Subred es proporcional al cumplimiento de los indicadores contenidos en el Plan.

Con relación a la Subred Centro Oriente, es importante informar que, a la fecha de las transferencias del mes de febrero, la SISS no contaba con un Plan de Gestión y Sostenibilidad Financiera, bajo una estructura de metas, resultados y cumplimiento el cual debe ser aprobado por las juntas directivas, previo aval de las Secretarías de Salud y Hacienda, de acuerdo con lo establecido en el artículo 45 del Acuerdo Distrital 927 de 2024, por lo que no fue posible considerar el giro de recursos.

Por otra parte, en marzo, tras el análisis de los resultados de los indicadores financieros y de PQR, se efectuaron los siguientes giros: a) SISS Norte: \$4.500 millones y \$2.700 millones; b) SISS Sur: \$7.200 millones; y c) SISS Sur Occidente: \$3.600 millones. Las resoluciones correspondientes se encuentran adjuntas en la carpeta de Anexos “Pregunta 1”, subcarpeta “Resoluciones Marzo-2025”. Nuevamente estos giros se realizaron en proporción con el cumplimiento de indicadores establecidos en el Plan.

Teniendo en cuenta lo anterior, el siguiente cuadro detalla las asignaciones de fortalecimiento correspondientes a la vigencia 2024, así como la distribución prevista para la vigencia 2025:

Tabla 2. Transferencias a SISS

SISS	Girado				Asignado	Total
	Mayo - SDS	Septiembre - MSPS	Octubre - SDS	Diciembre - SDS	2025	
CENTRO ORIENTE	15.000	30.000		5.000	22.500	72.500

NORTE	25.000		10.000	24.000	13.500	72.500
SUR	25.000		10.000	15.000	22.500	72.500
SUR OCCIDENTE	25.000		10.000	15.000	22.500	72.500
<b>TOTAL</b>	<b>90.000</b>	<b>30.000</b>	<b>30.000</b>	<b>59.000</b>	<b>81.000</b>	<b>290.000</b>

Fuente: Elaboración propia DAEPDSS. cifras en millones de pesos.

### 3. *¿Cuáles son los criterios utilizados para la asignación de recursos a cada subred?*

En relación con los criterios utilizados por la Secretaría Distrital de Salud para distribuir los recursos asignados a cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, es importante precisar que la asignación se fundamenta en dos criterios: en la presentación y cumplimiento del Plan de Gestión y Sostenibilidad Financiera de cada Subred y la garantía de una distribución equitativa de los recursos disponibles, tanto del orden distrital como nacional.

El cumplimiento del Plan de Gestión y Sostenibilidad Financiera implica la verificación de avances en indicadores clave como: incremento de ingresos por venta de servicios, disminución de costos y gastos administrativos, aumento del recaudo y reducción del número de PQR. Estos indicadores son evaluados periódicamente y condicionan la posibilidad de realizar nuevos giros o transferencias.

Asimismo, la equidad en la distribución de recursos considera tanto la situación financiera de cada Subred como su capacidad operativa, nivel de endeudamiento, cobertura poblacional y desempeño en la gestión del gasto. Este enfoque busca asegurar que las asignaciones no solo respondan a criterios técnicos y financieros, sino también a las necesidades específicas de cada territorio, en consonancia con los principios de justicia distributiva y sostenibilidad institucional.

### 4. *¿Qué proyectos específicos se están ejecutando o se tienen previstos con estos recursos en cada una de las subredes?*

La Administración Distrital de Bogotá mantiene un firme compromiso con el fortalecimiento de las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS), lo cual se refleja en acciones concretas orientadas a mejorar su situación financiera y garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud para toda la ciudadanía

Al inicio de la presente administración, se identificó un escenario financiero adverso en las Subredes, con pérdidas operativas acumuladas que ascendían a \$270.350 millones al cierre de diciembre de 2023. En respuesta a esta situación, el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 (Acuerdo 927 de 2024) estableció como prioridad el fortalecimiento institucional de las SISS, incorporando medidas orientadas a su sostenibilidad operativa y financiera.

La estrategia de apoyo financiero y fortalecimiento se enfoca en la asignación de recursos a las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) para el pago de pasivos relacionados con la adquisición de bienes y servicios, cuyo saldo ascendía a \$325.050 millones en abril de 2024. Esta medida busca mitigar el riesgo operativo de cada Subred y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

5. *¿Cuál es el presupuesto asignado específicamente para la implementación del modelo MAS Bienestar en el año 2025?*

A continuación, se presenta el presupuesto para la vigencia fiscal 2025 del proyecto de inversión, Fondo Financiero Distrital de Salud, 8113-Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C, con sus respectivas metas.

Tabla No. 3 - Metas Proyecto Inversión 8113

	Valor en pesos
	PRESUPUESTO DEFINITIVO
Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.	12.308.880.318,00
Implementar una estrategia de comunicación en el marco del modelo de atención para fortalecer la sensibilización de la población frente al programa de Promoción de la Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes.	957.385.581,00
Implementar una estrategia de identificación individual, familiar y territorial para fortalecer la gestión integral del riesgo en el nuevo modelo de salud	68.121.115.429,00
Total	81.387.381.328,00

Fuente: seguimiento proyectos de inversión corte 30 abril 2025

6. *¿Cómo se está garantizando la equidad en la distribución de recursos entre las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud?*

En relación con la pregunta, es importante señalar que se está cumpliendo con lo estipulado en el artículo 45 del Acuerdo 927 de 2024. Este cumplimiento se revisa con los avances reportados en el Plan de Gestión y Sostenibilidad Financiera.

Además, se busca una distribución equitativa de los recursos disponibles, tanto a nivel distrital como nacional, tal como se puede observar en la tabla No.2 (Transferencias a SISS) del presente documento. En este sentido, es importante destacar que, en un esfuerzo por garantizar la equidad y el acceso a recursos, todas las Subredes han sido beneficiadas con una asignación homogénea de \$72.500 millones de pesos. Este enfoque tiene como objetivo principal fortalecer la Red Pública Distrital de Salud, asegurando que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad.

7. *¿Cuáles han sido los principales logros y dificultades en la articulación intersectorial planteada en el modelo MAS Bienestar?*

El actual Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar y su enfoque de Atención Primaria Social (APS), a partir del diálogo con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se constituyen como la puerta de entrada para responder a las prioridades que demanda la población para otros actores y sectores, relacionados con la afectación de determinantes sociales en salud y el alcance de mejores condiciones de calidad de vida e inclusión social.

Para el 2024, se realizó la gestión de 20 políticas públicas en los territorios, con el desarrollo de 165 acciones conjuntas concertadas y coordinadas con otros actores las cuales contribuyeron al mejoramiento de situaciones priorizadas en el territorio en temas

relacionados como salud ambiental, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, mujer y equidad de géneros, entre otros, y 1.632 compromisos intersectoriales gestionados y cumplidos al 100% en el marco de las políticas públicas, logrando el posicionamiento del sector en las instancias propias de política y el establecimiento de alianzas con actores públicos como Integración Social, la Dirección Local de Educación, La Casa de Igualdad de Oportunidades, el ICBF, privados como la Cámara de Comercio, academia como la Universidad Militar y la Universidad Antonio Nariño y comunidad para dar respuesta a las necesidades identificadas y de esta manera contribuir al cumplimiento del plan de acción de las políticas públicas que lidera el sector o a las cuales aporta.

Con corte a abril 2025, se realizó la gestión de 20 políticas públicas en los territorios, con el desarrollo de 119 prioridades que responden a necesidades del sector salud, en el marco de las políticas públicas y situaciones emergentes, las cuales tienen 120 acciones de las cuales 42 son acciones conjuntas, lo cual involucra a demás actores de otros sectores con el fin de generar procesos para el afianzamiento de la intersectorialidad y la gobernanza. Se suscribieron 507 compromisos intersectoriales gestionados, de los cuales se han cumplido 284 al 100% y los demás se encuentran en gestión con un avance de cumplimiento del 70%.

En el marco del modelo MAS Bienestar, la articulación intersectorial ha representado tanto un desafío como una oportunidad para fortalecer la atención integral a las comunidades.

Sin embargo, también se han identificado algunas dificultades importantes. Entre ellas, se destacan las diferencias en los tiempos, lenguajes técnicos y prioridades institucionales, que en ocasiones han dificultado la sincronización de acciones lo que afecta la continuidad de los procesos y la consolidación de relaciones de confianza entre actores.

A pesar de estos retos, el modelo ha permitido visibilizar la necesidad de fortalecer mecanismos de gobernanza colaborativa y ha impulsado aprendizajes valiosos para mejorar la coordinación intersectorial en el futuro.

A continuación se detallan los logros y dificultades por las dimensiones

### **Salud Sexual y Salud Reproductiva**

El abordaje de la salud sexual y reproductiva trasciende la atención en salud, requiriendo una acción colaborativa entre los diferentes sectores de la administración distrital. Esta colaboración intersectorial permite una respuesta integral y coordinada, alineada con las misiones específicas de cada entidad. Gracias a este enfoque intersectorial, se han fortalecido y consolidado acciones y estrategias orientadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, brindando una respuesta efectiva a las necesidades de la población.

### **Logros**

- Se ha logrado el avance en la ejecución del plan de acción interinstitucional acordado con las entidades de la administración Distrital que hacen parte de la mesa interinstitucional para la prevención y atención de la maternidad y paternidad tempranas, el modelo de salud “Mas Bienestar”, en el marco de la estrategia Atención Primaria Social ha permitido el fortalecimiento de la respuesta intersectorial para la reducción de las tasas de fecundidad en adolescentes avanzando en el abordaje de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para adolescentes

y jóvenes en el Distrito, de la mesa hacen parte las Secretarías de Integración Social, Educación, Cultura, Salud Mujer y otras instancias como el ICBF, los sectores aportan según sus competencias.

- En articulación con las Secretarías de Educación y Mujer se avanza en la construcción de la estrategia Distrital para el cuidado y la salud menstrual, a partir de la identificación de sinergias entre las acciones que realizan los sectores distintos al sector salud y las actividades que se proponen desde el Modelo de Salud MAS Bienestar, con el fin de aunar esfuerzos y generar una respuesta acorde a las necesidades de las personas menstruantes y no menstruantes en el Distrito.

### **Dificultades**

- Continúa siendo un reto la generación de acciones innovadoras integrales e intersectoriales para dar respuesta a las problemáticas evidenciadas en salud sexual y salud reproductiva; Mas Bienestar ha facilitado avances significativos al posicionar la salud en todos los sectores, sin embargo persisten dificultades que limitan el reconocimiento y cruce de la información con que cuenta cada sector generando barreras para el análisis integral de los determinantes sociales de los eventos en salud pública tales como el embarazo en adolescentes.

### **Salud Laboral**

#### **Logros**

- Se fortaleció la articulación intersectorial entre los sectores Salud, Educación, Integración Social y Cultura, en el marco del modelo MAS Bienestar, lo que permitió la generación de alianzas estratégicas, orientadas a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Se desarrollaron acciones conjuntas para la prevención del trabajo infantil y la desvinculación efectiva de niños, niñas y adolescentes que desarrollan actividades laborales, promoviendo entornos seguros y protectores.
- Se logró articulación y se generaron alianzas estratégicas con distintos sectores e instituciones, entre ellos Desarrollo Económico, Movilidad, IPES, IDRD y SENA con el objetivo de responder de manera integral a las necesidades de la población trabajadora de la economía popular y comunitaria. Además, se participó activamente en la mesa de trabajo de las Políticas de trabajo Decente y Vendedores Informales fortaleciendo los espacios de diálogo y coordinación.

#### **Dificultades**

- Falta de contratación oportuna de los delegados en algunas entidades, lo que impide la participación constante y efectiva en los espacios de coordinación. Así como la rotación del talento humano que afecta la continuidad del proceso de articulación, debilita la consolidación de acuerdos y dificulta el seguimiento sostenido de los compromisos institucionales.
- Baja oferta de programas, estrategias orientadas a la atención de niños, niñas y adolescentes en el marco de actividades de tiempo libre, recreación, deporte, y que estén al alcance de las familias, lo que representa una barrera significativa para la prevención y desvinculación del trabajo infantil.

### **Enfermedades Transmisibles: Tuberculosis y Lepra**

#### **Logros**

- Articulación de manera frecuente con diferentes servicios de la Secretaría de Integración Social, con el fin de fortalecer las acciones dirigidas a la población habitante de calle, que permita una respuesta resolutive a las necesidades de dicha población, de tal manera que se pueda integrar la atención sociosanitaria.
- Se realiza articulación con Organizaciones de Base Comunitaria principalmente con la Liga Antituberculosa Nacional - LAC y con la Liga de Lucha contra el SIDA - LIGASIDA, con quienes se buscó apoyo para la adquisición de ayudas en términos de pañales, alimentos y otras como pruebas rápidas de VIH y Sífilis, así como apoyo en actividades de sensibilización en VIH con la entrega de preservativos en los espacios comunitarios.
- Con población migrante se lograron articulaciones intersectoriales con entidades públicas y privadas, u organizaciones de bases comunitarias que brindan acompañamiento a la persona migrante de acuerdo con las condiciones en que se encuentre (situación migratoria o estatus migratorio, servicios de salud y apoyo social).
- Articulación con FELEHANSEN y ASOHAN para el desarrollo de actividades dirigidas a personas afectadas por Lepra, con el fin de generar mayor adherencia al tratamiento, prevención de discapacidades y fortalecimiento de la Rehabilitación Basada en Comunidad.
- Se realizó articulación con la Liga Antituberculosa Nacional - LAC y el Banco de Alimentos, lo que permite ofrecer apoyo alimentario mensual a 50 personas en condición de vulnerabilidad socioeconómica durante todo su tratamiento.

### **Dificultades**

- No priorización de los casos con Tuberculosis o Lepra en programas sociales, ya que la mayoría están dirigidos a niños, niñas, gestantes, adultos mayores, población con discapacidad entre otros.
- No contar con la cantidad suficiente de tratamientos para poder tener stock de todos los medicamentos en las IPS priorizadas ya que muchas veces toca desplazar los tratamientos de una institución o de una Subred a otra y anteriormente contábamos en todos los puntos con stock suficiente de tratamiento.
- Falta de generación de acuerdos entre IPS y el programa de ETV, para coordinar espacios, con el fin de dar orientación sobre el manejo de todas las enfermedades que compone al programa.

### **Salud Ambiental**

### **Logros**

- En el marco de la meta propuesta, se ha avanzado frente a lo proyectado para el proceso de conformación e implementación intersectorial y comunitaria de las 20 redes de salud ambiental, en este sentido se ha avanzado en la identificación de actores, la caracterización ambiental y sanitaria, las cuales redundan en la priorización de problemáticas en salud ambiental por cada localidad.
- Se han venido fortaleciendo las acciones que se encuentran inmersas en las estrategias de salud ambiental, en este sentido, se ha promovido la participación social y la intersectorialidad por medio de diferentes acciones (1.112) a través de la gestión de la salud ambiental, beneficiando cerca de 34.978 personas a nivel distrital.
- Por otro lado, en relación con la gestión integral del riesgo por situaciones problemáticas en salud ambiental y a través de la intersectorialidad y

transectorialidad se han cerrado el 86,6% de los requerimientos recibidos y el 13,3% restante se encuentran en proceso de gestión.

- En términos de gestión del conocimiento, se han realizado alrededor de 7.020 acciones, capacitando cerca de 81.129 personas en temáticas relacionadas con salud ambiental.

#### **Dificultades**

- Oportunidad y pertinencia en la contratación de algunos perfiles requeridos para facilitar el proceso de conformación e implementación de las redes intersectoriales y comunitarias en salud ambiental.

### **Salud Mental**

#### **Logros**

- Se ha fortalecido la articulación con la Secretaría de Educación Distrital avanzando en el abordaje de la salud mental de manera integral, a partir de jornadas de promoción y prevención centradas en el fortalecimiento de redes y capacidades dentro de las escuelas, así como en la sensibilización sobre problemáticas como la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, fortalecimiento de la gestión emocional.
- En el marco de la implementación del plan de acción de la política de salud mental, el Jardín Botánico de Bogotá ha avanzado en la realización de Terapias de Naturaleza como estrategia que invita a los participantes a estar en plena conciencia en el entorno, bajando el ritmo, dinamizando los sentidos, percibiendo los diferentes sonidos naturales, texturas, olores y sabores, conectándose consigo mismos y con la naturaleza, para finalizar compartiendo la experiencia vivida.
- Desde la Secretaría de Integración Social se adelantaron jornadas de socialización sobre las competencias de las Comisarías y ruta de atención para las víctimas de violencia por razones de género y otras violencias en el contexto familiar, dirigido al personal de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá.
- Se estableció convenio con la Secretaría de Cultura para el desarrollo de la estrategia Estas Bien Bogotá, la cual posibilita el abordaje de la salud mental desde elementos preventivos ligados al arte, la cultura y el movimiento.

#### **Dificultades**

- Las dificultades en salud mental se han concentrado en la articulación desde otros sectores para el acceso a los servicios de salud mental en el Distrito los cuales están a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio. Así mismo es de mencionar la necesidad de fortalecer capacidades para la identificación de riesgos en salud mental por parte de sectores diferentes a educación o salud, lo cual ha visibilizado la necesidad de fortalecer la articulación en materia de cualificación del talento humano.

### **Enfermedades Respiratorias**

#### **Logros**

- Gestión del riesgo en primera infancia y adulto mayor: En articulación con SED, SDIS e ICBF se realiza detección oportuna de las condiciones de riesgo que pueden generar complicaciones y aumento de mortalidad por enfermedad respiratoria en estos grupos. Permitiendo una identificación oportuna y gestión del riesgo.

- Programa Ampliado de Inmunización (PAI): La articulación se materializa en la promoción activa de la vacunación por parte de diversas entidades, fortalecimiento de jornadas de vacunación en colaboración con la Secretaría de Salud.
- Índice Bogotano de Calidad del Aire y riesgos en salud (IBOCA): a través del comité se ha dado mayor difusión y apropiación del aplicativo en los diferentes sectores, así mismo para difusión con la comunidad para empoderarla ante la toma de decisiones en salud y calidad del aire.
- Control y mitigación del impacto de la calidad del aire en la salud de las personas: el comité permite que entidades, desde sus respectivas competencias, desarrollen estrategias para la vigilancia de la calidad del aire, la capacitación de su personal ante alertas, y la exploración de alternativas como ajustes en rutas de transporte en áreas afectadas.
- Difusión de Piezas Comunicativas: La Secretaría Distrital de Salud realizó una actualización de piezas comunicativas frente a la infección respiratoria y el comité distrital ERA ha sido un puente importante para la difusión de estas en la comunidad.

### **Dificultades**

- Se debe reforzar la coordinación entre las entidades que integran el comité distrital para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria, en la actualidad se ve limitaba la visibilidad de la integralidad de las acciones y la sinergia entre los diferentes sectores. En la primera sesión ordinaria de 2025 se propuso un cambio en la construcción del plan de acción, de manera colaborativa e integrada.

### **Condiciones Crónicas No Transmisibles (CCNT)**

Las condiciones crónicas no transmisibles tienen un origen multicausal, influyen variados e importantes determinantes sociales, ambientales y económicos. Para su desarrollo contribuyen factores como los estilos de vida, el entorno y la infraestructura (espacios seguros para actividad física, transporte activo), la educación y el nivel socioeconómico y condiciones laborales y ambientales, ninguno de estos factores puede ser abordado exclusivamente por el sector salud. Es por ello por lo que su abordaje debe ser intersectorial e integral para lograr afectar de manera positiva su incidencia, prevalencia y mortalidad prevenible, identificando y reduciendo brechas sociales y generando soluciones estructurales a largo plazo para finalmente fortalecer la equidad en salud.

Igualmente, lo anterior incide de forma importante en mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de complicaciones en personas con condiciones crónicas ya instauradas.

### **Logros:**

- El tema de CCNT y sus factores de riesgo se ha logrado posicionar en los diferentes sectores en el marco de sus competencias y promoviendo la corresponsabilidad, por ejemplo, para el desarrollo de entornos saludables fortaleciendo temas como actividad física y espacios libres de humo.
- Identificación de sinergias entre las acciones que realizan diferentes instancias del nivel sectorial por fuera del sector salud y las actividades que se proponen desde el Modelo de Salud para Bogotá MAS Bienestar. Lo anterior permite que se amplíe tanto el impacto como el radio de acción de las acciones que se complementan. Como ejemplo de lo anterior es posible mencionar el trabajo de articulación que la

SDS realiza con la Secretaría Distrital de Movilidad para el fortalecimiento estratégico, técnico y operativo de los 18 Concejos Locales de la Bicicleta. Lo anterior en el marco de la Política Pública de la Bicicleta articulado con el Modelo MAS Bienestar.

- Así mismo, la SDS avanza en la articulación del Modelo MAS Bienestar con la estrategia Bogotá Cultura Más Consciente de la Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte promoviendo la práctica de actividad física y la salud mental a través de actividades que buscan construir una mayor conciencia sobre el bienestar individual y colectivo.
- La educación en salud relacionada con la protección frente a la exposición a agentes cancerígenos como la radiación ultravioleta, tabaco, asbesto entre otros ha sido fortalecida con las acciones que desarrollada la Secretaría Distrital de Ambiente.
- Unir esfuerzos en metas comunes ha permitido abordar los determinantes de la salud desde diferentes frentes, como lo es el impacto del ruido en la salud de los habitantes de Bogotá D.C.
- El Consejo Distrital Asesor en Cáncer infantil involucra a la Secretaría Distrital de Educación con la Estrategia de Aulas Hospitalarias, Secretaría Distrital de Integración Social con los programas de ayuda a la familia y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para la protección de los derechos de la población infantil fortaleciendo la atención integral de los menores de 18 años con cáncer infantil, sus familias y comunidades.

### **Dificultades**

- A pesar de que existe normatividad que recomienda la implementación de la estrategia de Atención Primaria Social definida en el Modelo Mas Bienestar, algunas instancias del nivel distrital por fuera del sector salud aún no han realizado el trabajo de apropiación de los conceptos que plantea el Modelo desde sus respectivas competencias y este se sigue viendo como una intervención limitada a la prestación de servicios de salud.
- Las competencias de los sectores en ocasiones se traslapan o no están claramente delimitadas, lo que genera dificultades para una coordinación efectiva.
- Alta rotación del personal relacionado con esta problemática, demoras en procesos de contratación y planeaciones fragmentadas; las cuales tienen como resultado la falta de continuidad de las personas que están al frente de los procesos y la imposibilidad de poder proyectar acciones a largo plazo por la inestabilidad e incertidumbre sobre en los procesos.
- Cada sector tiene reglamentaciones y metas propias; no existe un acto administrativo único.
- Sistemas de información que no se conectan entre sí por lo cual es complejo realizar seguimiento a las acciones intersectoriales y especialmente a resultados se requiere la formulación de indicadores compartidos y metas intersectoriales.
- Presupuesto limitado para la implementación de acciones a desarrollar para cada sector.

### **Instancias de Política de infancia y adolescencia – CODIA, RIAPI, RIAIA**

#### **Logros**

- La implementación de acciones estratégicas a nivel distrital y local en las instancias de política CODIA - RIAPI - RIAIA para posicionamiento de las prioridades de salud relacionadas con salud materno infantil, Vacunación, SAN y Salud Mental.

- En este contexto la SDS participa en mesas de trabajo intersectorial en el marco de la atención integral a la primera infancia para la articulación de acciones que permitan dar cuenta de las atenciones de salud de manera nominal.
- Esta articulación ha sido un logro para el equipo de infancia en el que se ha logrado posicionar las prioridades en pro de disminuir mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años.

### **Dificultades**

- Las instancias distritales para la política de primera infancia, infancia y adolescencia como el Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia y la Mesa Distrital Ruta Íntegra de Atenciones desde la Gestación y hasta la Adolescencia (RIAGA) no sesionaron en el primer trimestre 2025, retrasando la formulación del plan de trabajo que a la fecha de hoy no se encuentra concertado y validado por las entidades del nivel distrital (SDS, SDIS, SED, Cultura, ICBF, IDIPRON)

### **Seguridad Alimentaria y Nutricional**

#### **Logros**

- Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, liderada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) como Secretaría Técnica de la PPSAN, con la participación activa de entidades como la Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría de Educación del Distrito y Secretaría Distrital de Ambiente, responsables de productos relevantes de la política, relacionados con programas sociales con componentes alimentarios.
- Consolidación de mesas técnicas intersectoriales para la planeación, seguimiento y evaluación de acciones en SAN, generando una visión compartida y articulada de las prioridades en los territorios, especialmente para la atención de las alteraciones nutricionales en el distrito.
- Apoyo técnico a procesos de articulación territorial, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad social y alimentaria, permitiendo una intervención más focalizada y pertinente.
- Promoción de estrategias de educación alimentaria y nutricional, con enfoque de promoción de la salud, en el marco del Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (PDEAN), en el que participan diferentes entidades de la administración distrital, y abarcando distintos entornos (escolar, comunitario, institucional), lo cual contribuye a la transformación de prácticas alimentarias y estilos de vida saludables.
- Análisis conjunto de información entre sectores, lo cual ha permitido orientar acciones desde un enfoque poblacional, reconociendo particularidades culturales, territoriales y epidemiológicas.
- Acompañamiento técnico a la SED en acciones dirigidas a población escolar, favoreciendo el desarrollo de entornos escolares saludables y el seguimiento de riesgos nutricionales en niñas, niños y adolescentes.

### **Dificultades**

- Limitaciones en la interoperabilidad de la información, que obstaculizan el análisis integral de los determinantes sociales de la malnutrición y la planificación conjunta basada en datos.
- Retos en la articulación a nivel local en algunos territorios, lo que limita la implementación efectiva de la política en zonas con mayores índices de inseguridad alimentaria y nutricional.

8. *¿Cómo se está promoviendo la participación social transformadora en el contexto del modelo MAS Bienestar y cuantas personas a la fecha han participado en los espacios que se han promovido?*

La Secretaría Distrital de Salud a través de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, está promoviendo la participación social transformadora en el contexto del modelo MAS Bienestar, en distintos espacios con algunos de los grupos de valor como se presenta a continuación:

### Espacios e Instancias

- Participación en las jornadas MAS Bienestar realizadas en la vigencia 2024 para la construcción del Modelo de Salud basado en Atención Primaria Social Mas Bienestar, contando con un total de quinientas once (511) personas, a lo largo de las seis jornadas realizadas.
- Grupo focal MAS Bienestar, con los integrantes del Comunidad Organizada del Espacios Organizado de los Jueves - CODVES, realizado el 25 de julio de 2024; donde se recibieron aportes para la Participación Social Transformadora (Incidente, Vinculante y Consciente), se contó con la asistencia de treinta (30) representantes de las diferentes organizaciones.
- Trabajo articulado y conjunto de manera permanente entre la Subsecretaría, la Dirección de Participación, la Comunidad Organizada del Espacios Organizado de los Jueves - CODVES y el Comité Ejecutivo Distrital de Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS Locales; donde se escucharon aportes, propuesta al Modelo MAS Bienestar y se presentaron algunas generalidades frente a los retos para la implementación del mismo. Esto se desarrolló en el segundo semestre 2024, contando en promedio en cada reunión con una asistencia de entre ocho (8) a diez (10) líderes de los COPACOS y del CODVES.
- Encuentro Distrital de Juntas Asesoras Comunitarias: se realiza la socialización y contextualización de los componentes marco y la estructura estratégica del Modelo de Salud MAS Bienestar, presentando los retos que se quieren abordar, las apuestas en salud, la participación e incidencia de la comunidad en la planeación, implementación y seguimiento del Modelo MAS Bienestar. En este encuentro se contó una asistencia de cien (100) personas entre representantes de la comunidad y de la institucionalidad.
- Jornada Pedagógica sobre Participación Social en Salud en el marco del Plan de Desarrollo Distrital, Plan Territorial de Salud y el Modelo MAS Bienestar; realizado el 30 de enero de 2025 con los integrantes de los COPACOS, las Asociaciones de Usuarios, Alcaldías Locales, Subredes, EAPB y organismos de control del Distrito Capital. Jornada en la que se contó con la asistencia de cien (100) personas entre representantes de la comunidad y de la institucionalidad.
- Como parte del proceso de control social se llevaron a cabo los cuatro diálogos ciudadanos y la audiencia de rendición de cuentas correspondientes a la vigencia 2024, en los cuales se contó con una participación total de mil trescientos veintisiete (1327) personas.

### Oficinas de Participación Social de las Subredes, EAPB e IPS:

- Se realizó la actualización de los lineamientos los cuales contemplan acciones conjuntas con las entidades públicas y privadas del distrito para el desarrollo de acciones coordinadas en la Implementación del Modelo MAS Bienestar.
- Mesas de trabajo y talleres para la apropiación del Modelo MAS Bienestar: han realizado 4 encuentro (2 mesas de trabajo II semestre 2024 (20 asistentes) y dos talleres: 07 de febrero (47 asistentes) y 05 de mayo (15 asistentes)); para una participación total de 82 profesionales de las oficinas de participación social.
- Fortalecimiento de capacidades: se realizaron sesiones de fortalecimiento de capacidades en el marco del Modelo de Salud MAS Bienestar; noviembre 2024: 45 asistentes; 28 de febrero 2025: 40 asistentes. Para un total de 85 profesionales asistentes de las oficinas de participación social.

9. *¿Cuáles son los mecanismos de participación que se están fortaleciendo en los territorios vulnerables?*

En desarrollo de las competencias y funciones de la Secretaria Distrital de Salud por intermedio de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, se ha fortalecido las instancias de participación social adquieren aún mayor relevancia, ya que el modelo MAS Bienestar busca precisamente una gestión de la salud centrada en las personas y las comunidades. Su fortalecimiento y activa participación son esenciales para que el modelo responda realmente a las necesidades de la población bogotana y se logre una transformación positiva en el sistema de salud de la ciudad.

La participación social en salud vista como una forma de incidencia y toma de decisiones para la garantía del derecho a la salud, se despliega y promueve en todo el territorio distrital sin distinción alguna, vinculando a todas las poblaciones y abriendo las posibilidades para que la ciudadanía conozca de las formas e instancias de participación en salud e invitando a vincularse a las mismas. En este sentido, a continuación, se relacionan las instancias de participación que se están fortaleciendo:

**El Consejo Territorial** como espacio de participación a nivel distrital en la gestión de la salud con enfoque territorial, donde se discuten las necesidades y se toman decisiones en conjunto en donde se incorpora el enfoque poblacional, diferencial y de género.

Otras instancias de participación social en salud, **son las asociaciones y ligas de usuarios, Consejos de Participación Social en Salud (COPACOS), comités de ética y juntas asesoras comunitarias**, que son espacios donde diversos actores sociales recogen la voz ciudadana en los procesos de interlocución con actores institucionales, con el fin de entregar información primaria en salud, con el propósito de promover el goce efectivo del derecho fundamental a la salud con enfoque poblacional, diferencial y de género.

**Las veedurías ciudadanas** que son mecanismos de control social a través de los cuales los ciudadanos y las organizaciones civiles vigilan y fiscalizan la gestión pública, incluyendo la prestación de los servicios de salud. Su objetivo principal es garantizar la transparencia, la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos públicos y la protección de los derechos de los usuarios.

**Los consejos consultivos étnicos** son instancias de participación social y política creadas para garantizar los derechos y la representación de los pueblos étnicos (indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom) en las decisiones que les afectan, incluyendo aquellas relacionadas con la salud.

**Las Mesas MAS Bienestar**, son la manifestación territorial y operativa de la participación ciudadana dentro del Modelo MAS Bienestar, en donde se proporciona un espacio de diálogo y construcción colectiva en donde se prioriza la voz de la ciudadanía sobre las particularidades y necesidades de su territorio en donde se comparten ideas y propuestas para fortalecer el bienestar en Atención Primaria Social en el marco del qué hacer del sector salud.

10. *¿Qué estrategias de participación ciudadana se están utilizando para asegurar que la comunidad tenga una voz activa en la implementación del Modelo MAS Bienestar?*

En el marco de las competencias y funciones de la Secretaria Distrital de Salud por intermedio de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, atendiendo lo establecido en el modelo MAS Bienestar, se promueve la participación social transformadora como un elemento central para asegurar que refleje las necesidades y aspiraciones de la comunidad. Esto se logra mediante:

**Fortalecimiento de las Instancias de Participación Existentes:** Apoyar y dinamizar el funcionamiento de las asociaciones y ligas de usuarios, los COPACOS, los comités de ética, las juntas asesoras comunitarias y los consejos consultivos étnicos, asegurando su representatividad y capacidad de interlocución.

**Implementación y Consolidación de las Mesas MAS Bienestar:** Creación y acompañamiento de espacios de diálogo y construcción colectiva a nivel territorial para identificar necesidades y priorizar acciones en salud.

**Desarrollo de Estrategias de Comunicación y Movilización Social:** Utilizar diversos canales y metodologías para informar, sensibilizar y convocar a la ciudadanía a participar en los diferentes espacios y procesos del Modelo MAS Bienestar.

**Formación y Capacitación en Participación Social en Salud:** Fortalecer las capacidades de los líderes comunitarios, las organizaciones sociales, los equipos de salud y la ciudadanía en general para participar de manera efectiva y propositiva.

**Promoción de la Veeduría Ciudadana:** Apoyar la creación y el fortalecimiento de mecanismos de control social para que la comunidad pueda supervisar la gestión del sistema de salud y la implementación del Modelo MAS Bienestar.

**Implementación de Estrategias de Participación Diferenciada:** Diseñar acciones específicas para garantizar la inclusión y la participación de poblaciones vulnerables y grupos étnicos, reconociendo sus particularidades y necesidades como lo establecen las políticas públicas con enfoque poblacional, diferencial y de género.

**Articulación Intersectorial para la Participación:** Trabajar en colaboración con otras entidades distritales y locales para integrar la participación social en diferentes políticas y programas que impactan la salud.

**Monitoreo y Evaluación de la Participación:** Desarrollar indicadores y mecanismos para medir el nivel y la calidad de la participación ciudadana en el Modelo MAS Bienestar y realizar ajustes para mejorar las estrategias.

Además, está implementando una estrategia integral para asegurar que la comunidad tenga una voz activa en el Modelo MAS Bienestar, a través del fortalecimiento de las instancias existentes, la creación de nuevos espacios como las Mesas MAS Bienestar, y el despliegue de figuras clave como las "Ali-Hadas" y los "Navegadores", complementado probablemente por un programa de preparación y empoderamiento ciudadano denominado "LISTOS". Estas acciones buscan construir un sistema de salud más participativo, equitativo y sensible a las necesidades de la población con enfoque diferencial y de género.

*11. ¿Cuáles son los indicadores de impacto en el bienestar comunitario derivados de la implementación de la Atención Primaria Social en los territorios priorizados?*

Es importante reconocer que la estrategia de atención primaria social no comprende solo al sector salud, es una estrategia intersectorial que involucra a los diferentes sectores desde el Plan Distrital de Desarrollo. Por lo anterior, los indicadores de impacto de la estrategia atención primaria social está dada en la medida en que se logre mejorar el bienestar de la ciudadanía y esto está sujeto al análisis de las diferentes acciones que se realicen desde los sectores en el marco de esta estrategia.

Desde el sector salud, se espera que la implementación y continuidad de las estrategias implementadas en el marco de la atención primaria social impacten en los próximos años a la mejoría de los indicadores trazadores de salud.

*12. ¿Qué medidas se están tomando para mejorar el acceso a servicios de salud en las zonas con mayor vulnerabilidad social, teniendo en cuenta la distribución inequitativa de centros asistenciales?*

En el contexto de la operación del Modelo +MAS-Bienestar, se ha avanzado en el proceso de caracterización poblacional y georreferenciación a través de sectores catastrales aplicando criterios de priorización que permiten identificar y priorizar las diferentes zonas sujetas a mayor vulnerabilidad social.

Adicionalmente, se ha hecho un análisis técnico detallado de la oferta de servicios de salud de la ciudad considerando la oferta tanto pública como privada, partiendo de la estrategia de Atención Primaria Social y el mandato normativo de la cobertura universal diseñando una propuesta de distribución de prestadores de servicios de salud por polígonos o áreas de influencia, considerando que entre punto y punto no se exceda un tiempo mayor a 30 minutos caminando a una velocidad promedio entre 3 y 5 km/h para favorecer los tiempos de desplazamiento y acceso de la población a dichos servicios.

Es importante precisar que adicionalmente se tomaron en consideración las vías de acceso, la cercanía de los puntos de atención, la oferta de servicios y el nivel de complejidad o de experticia de los servicios, junto con el análisis de situación de la población en las zonas priorizadas, para favorecer el acceso equitativo de los diferentes grupos de población habitantes en el Distrito Capital con el propósito de intervenir anticipadamente las posibles barreras de acceso que pudiesen existir.

Adicionalmente, se ha fortalecido la atención en modalidad extramural domiciliaria en especial para pacientes agudos potenciando los hogares que cumplan con los criterios de ingreso como un lugar seguro para la recepción de servicios de salud.

Desde la Administración Distrital, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud, se ha diseñado e iniciado la implementación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá- MAS Bienestar, basado en la Atención Primaria Social, que busca un acceso a los servicios de salud cercano, que responda a las necesidades y expectativas de la ciudadanía, mejorando el bienestar, la calidad de vida y la salud, y fortaleciendo la gobernabilidad y gobernanza territorial por medio de acciones sectoriales e intersectoriales efectivas, que incidan positivamente en los determinantes sociales de la salud.

El Modelo de Atención en Salud se fundamenta en cuatro pilares, entre los cuales destaca la Gestión Integral del Riesgo en Salud, cuyo eje transversal es el aseguramiento. En este contexto, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) desempeñan un papel central en la implementación del modelo. Su función es clave para garantizar el acceso equitativo, tanto en términos geográficos como de calidad, a los servicios de salud.

Este acceso se busca mediante la coordinación con las entidades territoriales, con el objetivo de conformar una red integral e integrada de servicios de salud que incluya a todas las EPS con operación en la ciudad, así como a los prestadores públicos y privados. Esta articulación responde a lo establecido en la Ley 1438 de 2011.

La Secretaría Distrital de Salud, en conjunto con las EPS, avanzará progresivamente en la implementación de las distintas capas operativas del modelo, respetando en todo momento el principio de libre elección de los usuarios. Las personas podrán acceder a los servicios de salud a través de equipos extramurales o intramurales, en las instituciones o zonas que elijan, ya sea por proximidad u otros factores, dentro del marco de la red disponible.

- Gestión extramural.
- Prestador primario resolutivo.
- Urgencias.
- Prestador complementario.
- Componente de Alta Complejidad - Centro de referencia.

En este contexto, esta administración continúa evaluando en conjunto con los prestadores públicos y privados de la ciudad, la oferta de este pilar, con el objetivo de mejorar el acceso, oportunidad, integralidad, suficiencia, resolutivez, racionalidad y complementariedad para la atención de la población.

Con relación a su pregunta, específicamente desde la capa del prestador primario resolutivo, se realizará la prestación de servicios de salud encaminados a la resolución de eventos, el cual, cubre todos los momentos de curso de vida y se enmarca en un ámbito geográfico de cercanía a la población asentada en el territorio y a la que por libre elección se adscriba.

Estas unidades públicas o privadas cubrirán el territorio distrital, tanto en las zonas urbanas como rurales y con la oferta de servicios contemplada como base, además de la requerida de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población de referencia. En estos centros se pretende resolver hasta el 95% de los eventos ambulatorios de baja y mediana complejidad, utilizando la tecnología necesaria, disponible (portátil y fija), mejorando el acceso, oportunidad, integralidad, suficiencia, resolutivez, racionalidad y complementariedad para la atención de la población.

Adicionalmente, se apoyarán en las diferentes modalidades de telesalud, tales como la teleexpertise brindada desde centro de referencia o prestadores complementarios.

Esta atención se brindará con tres grupos de equipos intramurales: un equipo de atención primaria intramural, que hace parte de la estrategia de Atención Primaria y es el conector entre la atención extramural y la atención intramural; el segundo equipo es el de atención complementaria y el tercero, el equipo de diagnóstico terapéutico y de apoyo, que debe operar dentro de la unidad funcional definida.

Además, desde la capa de gestión extramural, se cuenta con equipos de la gestión extramural, los cuales no son de una entidad particular o para una población específica, sino que administrativa y operativamente se estructuran para garantizar una atención adecuada e integral a los usuarios, independiente de su afiliación.

El abordaje de estos es complementado con acciones periódicas y con servicios definidos según necesidades territoriales identificadas. Estas se dan en forma de jornadas intersectoriales, que definen los servicios en salud o sociales a ofertar, según las necesidades previamente establecidas con la comunidad, así como los actores sectoriales e intersectoriales presentes en el territorio.

Así mismo es necesario indicar que el Acuerdo No. 927 del 07 de junio de 2024 adoptó el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA”, el cual presenta en su estructura los siguientes cinco (5) objetivos estratégicos: (I) “Bogotá Avanza en Seguridad”; (II) “Bogotá Confía en su Bien-Estar”; (III) “Bogotá Confía en su Potencial”; (IV) “Bogotá Ordena su Territorio y Avanza en su Acción Climática”; y, (V) “Bogotá Confía en su Gobierno”; se encuentran alineados con treinta y nueve (39) programas intersectoriales, que se orientan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS- en el 2030, de los cuales diez (10) pertenecen al sector salud y se ejecutan a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud.

En cumplimiento del mencionado Plan de Gobierno, se formuló, entre otros, el programa que estableció el objetivo estratégico (IV) “Bogotá Ordena su Territorio y Avanza en su Acción Climática” y el programa 4.30 “Atención del déficit social para un hábitat digno” que tiene como una de sus metas “Mejorar, dotar, reponer, actualizar, construir y/o reforzar Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas”.

De acuerdo con todo lo anterior, la modernización de la infraestructura de la red pública de Bogotá se realizará por medio del proyecto de inversión 7790 denominado “*Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud Bogotá*” para la vigencia 2024 – 2027 el cual dará cumplimiento a dos metas del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura, así:

- Meta 30: Culminar la construcción de 5 infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud, 2 diseños de infraestructuras en salud y avanzar en la ejecución de 2 infraestructuras hospitalarias que cuentan con vigencia futura (APP Engativá, San Juan de Dios) y garantizar la APP de Bosa
- Meta 29: Mejorar, dotar, reponer, construir y/o reforzar el 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas en el contexto del Modelo de salud + Bienestar

Estas metas se enmarcan en los lineamientos del Modelo de Atención en Salud +MAS Bienestar, el cual promueve una atención centrada en la persona, el enfoque preventivo, la cercanía territorial y la articulación de redes integradas que favorezcan la equidad y el acceso oportuno a los servicios. Estas acciones son esenciales para garantizar el derecho a la salud de los habitantes de la localidad y contribuir al fortalecimiento de la red hospitalaria del Distrito Capital en su afianzamiento y modernización, que propendan en disminuir las brechas de inequidad que presentan los territorios sobre todo en zonas de periferia.

13. *¿Qué estrategias se han implementado para reducir el tiempo de traslado de los usuarios hacia los puntos de atención médica?*

Dentro de las estrategias implementadas por el Modelo +MAS Bienestar se destacan las siguientes:

1. Distribución de Prestadores Primarios Resolutivos – PPR y centros de mediana y alta complejidad por polígonos de acuerdo con criterios de georreferenciación y asignación poblacional, considerando que entre punto y punto no se exceda un tiempo mayor a 30 minutos caminando a una velocidad promedio entre 3 y 5 km/h
2. Territorialización y centralización de los servicios de urgencias para direccionamiento de los usuarios de acuerdo con los criterios establecidos al punto que la gravedad de sus síntomas o patología requieran.
3. Fortalecimiento del programa Ruta de la Salud, el cual tiene como propósito mejorar el acceso a los servicios de salud intramurales, de la población vulnerable de las diferentes zonas de influencia de cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, ofreciendo un medio alternativo, accesible y gratuito de transporte especial entre las diferentes Prestadores de Servicios de Salud de la Red Pública.

14. *¿Qué avances se han logrado en la inclusión de poblaciones específicas (mujeres, comunidades étnicas, población migrante) dentro del modelo MAS Bienestar?*

Política Pública de Mujeres y Equidad de Géneros:

En cada una de las localidades se han generado acciones que promueven la inclusión de mujeres jóvenes y adultas en los diferentes procesos que se desarrollan en el marco de la territorialización del derecho a la salud plena para las mujeres. Estas acciones han facilitado el acercamiento y reconocimiento del cuerpo como el primer territorio de derecho, promoviendo el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, la identificación temprana de enfermedades crónicas y el fortalecimiento de la autonomía de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo.

En el marco de la estrategia de las *Manzanas del Cuidado*, se ha promovido la vinculación de mujeres de diferentes edades que ejercen roles de cuidado, ya sea de personas mayores, niñas, niños y adolescentes (NNA), personas con discapacidad o del entorno ambiental. Estas mujeres participan en diversas actividades promovidas desde el sector salud, tales como los grupos de líderes de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), Escuchar *Más Bienestar* y el consultorio médico, facilitando así el acceso de la población cuidadora a los servicios de salud que requieren.

### Política Pública del y para el pueblo Rrom gitano CONPES 40 del 2024:

Se han generado acciones diferenciales para el pueblo Rrom gitano por medio de equipos territoriales que transversalizan las acciones de salud tradicional para el pueblo gitano; no obstante, es necesario fortalecer la sensibilización al reconocimiento de la diversidad cultural de pueblo étnicos en el Distrito.

### Política Pública para los pueblos Indígenas de Bogotá D.C:

La Secretaría Distrital de Salud ha logrado avanzar en la implementación de la estrategia diferencial en salud dirigida a las comunidades étnicas. Esta estrategia se opera mediante convenios con las Subredes Sur, Sur Occidente, Centro Oriente y Norte, y ha sido construida a través de diálogos con las comunidades y pueblos, con el propósito de establecer cómo abordar la salud integral desde un enfoque intercultural, territorial y diferencial-poblacional.

El objetivo principal es fortalecer la adherencia a los servicios de salud, garantizar la inclusión de estas poblaciones en el modelo de atención y reducir las barreras en la prestación de servicios, particularmente aquellas relacionadas con el uso de la lengua materna. La estrategia se fundamenta en elementos propios de las comunidades, como los planes de vida, las prácticas tradicionales, la medicina ancestral y la ley de origen.

En este sentido, la Secretaría de Salud debe continuar desarrollando espacios de diálogo con las comunidades para hacer seguimiento a la estrategia, asegurar la garantía de los derechos colectivos e individuales en salud, y evaluar cómo esta se adapta a las necesidades de las poblaciones que migran de sus territorios de origen hacia la ciudad de Bogotá.

Adicionalmente, la Subdirección de Gestión de la Política en Salud Pública suscribe un contrato con la persona jurídica Ambiká, encargada de operar la estrategia de atención diferencial en salud para los 14 pueblos indígenas presentes en el Distrito.

### Políticas Públicas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Para el pilar de Gestión del Riesgo, donde se implementan las acciones de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, se logra identificar que frente a la inclusión de poblaciones específicas uno de los principales avances está en la vinculación de personas con pertenencia étnica y personas con discapacidad en la conformación de los equipos que a su vez responden a las necesidades de la población.

En la actualidad y a partir del reporte de talento Humano de las Subredes Integrales de Servicios de Salud, realizado a la secretaria de Salud, se identifican:

- 70 personas con pertenencia étnica Afrocolombiana
- 5 personas con pertenencia étnica Palenquera

Cada uno de los perfiles mencionados anteriormente, desarrollan acciones enfocadas en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, fortalecimiento de prácticas protectoras, manejo de enfermedades, teniendo en cuenta los usos y costumbres de cada una de las comunidades y pueblos, así como la concepción de salud y enfermedad propias, integrándolo con la mirada occidental que proporciona el perfil de enfermería y los perfiles

ancestrales como son partera y medico ancestral, las cuales se enmarcan en 3 modalidades, familiar, individual y comunitaria.

Política Pública Distrital de Acogida, Inclusión y Desarrollo para la Población Migrante Internacional:

Se avanzó en la vinculación mediante el desarrollo de acciones individuales y colectivas del Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas (PSPIC) de 59.362 personas migrantes internacionales, a través de:

1. Implementación de la estrategia “Escuelas Cuidadoras” la cual se materializa a través de “SintonizArte” con la cual se desarrollan procesos integrales orientados a la promoción de hábitos de vida saludables y la gestión del riesgo colectivo e individual en los establecimientos educativos públicos y privados del distrito capital.
2. Implementación de Planes de Cuidado con Instituciones de protección a población diferencial (Centros Carcelarios, unidades de atención a población habitante de calle, instituciones de protección a personas mayores, HCB, entre otros) desarrollando acciones promocionales para el cuidado de la salud y actividades individuales de alta externalidad orientadas a la identificación y gestión de riesgos en salud.
3. Promoción del cuidado como un conjunto de acciones que favorece la adquisición de hábitos y condiciones saludables mediante el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación para la salud, dirigidas a la población que vive o transita en territorios priorizados identificados como críticos del entorno en escenarios para la movilidad, recreación y entornos de establecimientos de consumo de alcohol y alimentos en la ciudad de Bogotá.
4. Realización de acciones de promoción del cuidado de la salud de trabajadores informales a lo largo del curso de vida; para ello hace identificación en Unidades de Trabajo Informal implementando la estrategia entornos laborales saludables en las diferentes actividades económicas e incluye las acciones de promoción de la salud en personas vinculadas o en actividades sexuales pagas; así mismo, se realizaron acciones para promover la desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes del trabajo infantil.
5. Realización de caracterización social y ambiental para la identificación de procesos protectores y deteriorantes de la salud, así como riesgos y alertas en salud, específicos de los integrantes de la familia. Se realizan acciones de promoción de la salud a través de información y educación, así como derivaciones a servicios sociales y de salud acorde a la identificación de dichos hallazgos. Con familias prioritarias, por presentar eventos de interés en salud pública específicos, se emprendieron las atenciones complementarias, a través de la concertación de un plan de cuidado familiar, donde se establecieron compromisos de trabajo conjunto en respuesta a las necesidades identificadas.

15. *¿Cuáles son los indicadores utilizados para medir el impacto de las acciones diferenciadas en estas poblaciones?*

Política Pública de Mujeres y Equidad de Géneros:

En el marco de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Géneros y del CONPES 14, se utiliza como principal indicador el número de personas beneficiadas mediante acciones poblacionales y colectivas dirigidas a la intervención de eventos de interés en salud pública.

Este indicador, de carácter cuantitativo, se encuentra vinculado al producto “6.1.7 Acciones poblacionales y colectivas dirigidas a la intervención de eventos de interés en salud pública en el marco de los derechos de las mujeres, género y diferencial”. Se reporta trimestralmente en el marco del seguimiento al Plan Territorial de Salud.

#### Política Pública del y para el pueblo Rrom gitano CONPES 40 del 2024

Los indicadores diferenciados se derivan del CONPES 40 de 2024 y están integrados en el Plan de Acción de la política y en el Plan Territorial de Salud. Aunque no se detallan numéricamente en este documento, su seguimiento se articula con los compromisos interinstitucionales asumidos y son reportados conforme a los mecanismos de seguimiento del Plan de Acción Distrital.

#### Política Pública para los pueblos Indígenas de Bogotá D.C

Para esta población, los indicadores se soportan en los proyectos de inversión de la Secretaría de Salud, destacándose el número de personas atendidas con enfoque diferencial según curso de vida y sexo. Esta información se recoge mediante sistemas de registro territorial e informes de ejecución de los convenios suscritos con las Subredes.

#### Políticas Públicas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

En el marco de los productos concertados por medio de las políticas públicas CONPES 39, para población afrocolombiana, raizal, palenquera y gitana, se establece el indicador a medir cada uno de ellos, estos con un reporte periódico (trimestral) el cual cuenta con un aspecto cuantitativo y cualitativo, dentro de los cuales se encuentran:

- Porcentaje de avance de las fases de la Estrategia Kilombos para el fortalecimiento de las prácticas de cuidado de la salud y las técnicas de curación ancestral para la comunidad negra, afrocolombiana en el marco de la atención integral y la normatividad vigente.
- Acciones individuales en gestión del riesgo en salud a través de la modalidad de atención en casa para las personas con pertenencia étnica negra y afrocolombiana, concertadas con instancia de representación de las comunidades.
- Porcentaje de avance de las fases de la Estrategia de fortalecimiento de prácticas de cuidado de la salud de la comunidad Palenquera a través del Kilumba.
- Acciones individuales en gestión del riesgo en salud a través de la modalidad de atención en casa para las personas con pertenencia étnica palenquera, concertadas con el Kuagro Mona Ri Palenge andi Bakata o la instancia de representación que haga sus veces.
- Acciones individuales en gestión del riesgo en salud a través de la modalidad de atención en casa para las personas con pertenencia étnica raizal, concertadas con la organización ORFA o la instancia de representación que haga sus veces.

#### Política Pública Distrital de Acogida, Inclusión y Desarrollo para la Población Migrante Internacional

La promoción de la salud señala sí las personas ha participado de alguna de las siguientes acciones:

- Vacunación (34,9 %)
- Desparasitación (25 %)
- Enseñanza de cepillado y aplicación de flúor o sellantes (24 %)
- Anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual (22,5 %)

La prevención de enfermedades señala sí las personas han consultado sin estar enfermos los siguientes servicios:

- Medicina general (47,5 %)
- Medicina especializada (15 %)
- Odontología (28,5 %)
- Medicina alternativa (2,6 %)
- Psicología (2,4 %)

16. *¿Cuáles son los componentes específicos de la Atención Primaria Social que ya se han implementado?*

El nuevo plan de desarrollo “Bogotá camina segura” implementó la Atención Primaria Social, como: *“...una estrategia eminentemente social que trasciende al sector salud, dado que requiere de la transectorialidad e intersectorialidad con el objetivo común de identificación de riesgos individuales, familiares y colectivos de la población, de acuerdo con la caracterización de los determinantes sociales de la salud que afectan el bienestar. Esta estrategia implica activar respuestas intersectoriales y realizar un seguimiento continuo de las mismas. Para lo anterior, el sector salud pondrá a disposición de los diferentes sectores de la Administración la caracterización territorial, así como la identificación de riesgo, con el fin de priorizar la implementación de respuestas sociales”*.<sup>1</sup> De esta manera, el Gobierno Distrital apuesta por una Atención Primaria Social que descentre el liderazgo exclusivo del sector salud y permita apropiar la acción colaborativa intersectorial para el logro de los objetivos de desarrollo social y el cumplimiento de las metas estratégicas trazadas en el Plan de Desarrollo Distrital. Asimismo, exalta la dimensión social y política de la salud al reconocer que la entidad territorial en cabeza del alcalde tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. En ese sentido, es la entidad territorial y no solo el sector salud quien tiene la competencia de propiciar una adecuada coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial para el logro del derecho y el abordaje integral de los determinantes de las desigualdades sociales.<sup>2</sup>

En el Plan Territorial de Salud de Bogotá, la Atención Primaria Social se define como una *“estrategia de gestión integral e integrada para la organización del sistema de salud bogotano que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados para incidir positivamente en los determinantes de las desigualdades sociales y en el logro efectivo del derecho a la salud buscando garantizar las aspiraciones de equidad y bienestar para sus habitantes. La estrategia de Atención Primaria Social propende por la garantía de un acceso oportuno y de calidad a los procesos de atención integral, integrada y continua a lo largo del curso de la vida, que requieren de la articulación de acciones de promoción y protección social con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, salud familiar y comunitaria según diferenciales territoriales y poblacionales brindando una*

<sup>1</sup> Acuerdo 927 de 2024 del Concejo de Bogotá. Artículo 46

<sup>2</sup> Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024-2028.

*respuesta satisfactoria y sostenible a las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos de la ciudad”.*<sup>3</sup>

En el contexto anterior, la Atención Primaria Social (APSocial) es un enfoque integral de la salud en Bogotá, que reconoce que factores sociales, económicos y ambientales tienen un impacto directo sobre el bienestar y la salud de las personas y las comunidades. A diferencia de la atención primaria en salud, que principalmente se centra en la atención médica básica, la APS aboga por un modelo que amplía el concepto de salud, involucrando no solo la prevención y el tratamiento de enfermedades, sino también la mejora de las condiciones sociales que afectan la vida de las personas. Para esos propósitos, la Atención Primaria Social incorporó y desarrolla los siguientes componentes:

**-Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud:** Pone énfasis en los determinantes sociales como la educación, la vivienda, el acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento), el empleo, la seguridad alimentaria, y el entorno social y cultural. Reconoce que muchas veces las enfermedades y problemas de salud están ligados a estas condiciones y que mejorar estos aspectos puede prevenir problemas de salud a largo plazo.

**-Enfoque Preventivo y de Promoción:** Busca prevenir problemas de salud desde la raíz, abordando factores sociales que favorecen la aparición de enfermedades. Se enfoca en la educación para la salud y la sensibilización sobre prácticas saludables, así como en el fomento de hábitos y estilos de vida saludables en la comunidad.

**-Acción Comunitaria y Participativa:** Favorece la participación de las comunidades en la identificación de sus necesidades y en el diseño e implementación de estrategias que mejoren su bienestar. La participación comunitaria es fundamental para garantizar que las intervenciones sean relevantes, efectivas y sostenibles.

**-Acceso Equitativo a Servicios:** Busca garantizar que todas las personas, independientemente de su condición socioeconómica, tengan acceso a servicios de salud, educación, y otros servicios sociales esenciales. La APSocial trabaja en la reducción de desigualdades sociales, proporcionando recursos y apoyo a los sectores más vulnerables.

**-Intervención Intersectorial y transectorial:** La gestión de las respuestas a los problemas y necesidades no solo se limitan al sector salud, sino que implica la colaboración de diferentes sectores como educación, trabajo, vivienda, y bienestar social para crear un entorno saludable y mejorar las condiciones de vida de las personas. Esta intervención intersectorial es clave para abordar de manera integral los problemas que afectan a las comunidades.

La transectorialidad por su parte, implica que los distintos sectores colaboren de manera más profunda y constante para resolver los problemas que afectan a una comunidad, integrando a la salud pública en el núcleo de las políticas y prácticas de todos los sectores involucrados.

De este modo, el desarrollo de acciones de Atención Primaria Social a través de las acciones de Gestión de la Salud Pública y Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas, pretende mejorar las condiciones sociales de vida de las personas, integrando la salud con otros aspectos del bienestar humano.

<sup>3</sup> Plan Territorial de Salud 2024-2028. Página 114.

Como complemento a lo anterior, desde la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, se ha contribuido con la implementación de lo siguiente:

La Atención Primaria Social (APS) es la piedra angular del Modelo MAS Bienestar en Bogotá y se concibe como una estrategia eminentemente social que trasciende el sector salud, requiriendo la acción transectorial e intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. A la fecha (mayo de 2025), varios componentes específicos de la APS se han comenzado a implementar en Bogotá como parte de la construcción del Modelo MAS Bienestar:

**Jornadas de Participación +MAS Bienestar:** Se han realizado encuentros en diversos territorios para recoger las voces, necesidades y propuestas de la ciudadanía, buscando su involucramiento activo en la construcción del modelo.

**Ruta Salud-Ando para MAS Bienestar:** Son recorridos en cabeza del secretario de salud en el territorio, que permite convocar a la comunidad con enfoque poblacional, diferencial y de género para captar las necesidades comunitarias en salud y la participación en una oferta de servicios que atienda de manera integral las necesidades de la comunidad.

**Mesas MAS Bienestar:** Se están implementando como espacios de diálogo y construcción colectiva a nivel local, con la participación de la comunidad, organizaciones sociales, equipos de salud y otros actores, para identificar problemas y priorizar soluciones en salud.

**Estrategias de información y comunicación:** Se han desarrollado diversas acciones para informar a la ciudadanía sobre el Modelo MAS Bienestar y la importancia de su participación.

**Fortalecimiento de Instancias de Participación Existentes:** Se está trabajando en dinamizar y apoyar las asociaciones de usuarios, COPACOS, comités de ética y juntas asesoras comunitarias para que cumplan un rol activo en el nuevo modelo.

**Identificación de Actores Clave:** Se ha avanzado en reconocer y vincular a "Aliadas" (organizaciones sociales, líderes comunitarios) y "Navegadores" (facilitadores comunitarios) para fortalecer la conexión con los territorios.

**Acciones de Transectorialidad:** Se han iniciado acercamientos y coordinaciones con otros sectores del gobierno distrital para abordar los determinantes sociales de la salud de manera integral.

**Caracterización Territorial:** Se están llevando a cabo procesos para comprender las particularidades de cada territorio en términos de sus necesidades de salud y determinantes sociales.

**Equipos de Atención Territorial:** Se están organizando equipos de salud que trabajarán de manera más cercana a las comunidades en los territorios.

**Gestión Local de Proyectos de Inversión en Salud (GPIL):** Es un componente esencial del Modelo MAS Bienestar que busca territorializar la inversión en salud, involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y asegurar que los recursos se utilicen de manera

eficiente y efectiva para mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de cada localidad de Bogotá.

Es importante tener en cuenta que la implementación del Modelo MAS Bienestar y su componente de Atención Primaria Social es un proceso continuo y en desarrollo. A medida que avance el tiempo, se espera que se consoliden y se pongan en marcha otros componentes específicos.

En resumen, la Atención Primaria Social se comprende como una estrategia de gestión integral e integrada para la organización del sistema de salud bogotano, que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados para incidir positivamente en los determinantes sociales en salud y en el logro goce efectivo del derecho fundamental a la salud, buscando garantizar las aspiraciones de equidad y bienestar para sus habitantes.

La estrategia de Atención Primaria Social propende por la garantía de un acceso oportuno y de calidad a los procesos de atención integral, integrada y continua a lo largo del curso de la vida, que requieren de la articulación de acciones de promoción y protección social con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, salud familiar y comunitaria, según diferenciales territoriales y poblacionales, brindando una respuesta satisfactoria y sostenible a las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos de la ciudad.

El momento superada la fase de construcción y planeación se vienen implementando los cuatro pilares del modelo con sus diferentes acciones propuestas así:

1. Toma de decisiones para la gobernanza con el apoyo del Observatorio de Salud de Bogotá como actor central en el manejo de la información disponible en el D.C., reconociendo a esta como elemento transversal y de gerencia estratégica para la toma de decisiones sectoriales e intersectoriales.
2. Participación social transformadora que entiende que la acción social de las personas, organizaciones e instituciones permite el desarrollo de las acciones propuestas por la Atención Primaria Social.
3. Intersectorialidad para el bienestar, la cual a través de la coordinación, articulación e integración de actores del sector público y privado, gubernamentales, institucionales y sociales busca incidir positivamente en los determinantes sociales y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población.
4. Gestión integral del riesgo con sus componentes de Gestión extramural, Prestador Primario/Subred Intramural, Subred de Urgencias, Prestador Complementario/Subred Intermedia, Subred de alta Complejidad/Centros de Referencia, que centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos.

17. *¿De qué manera se está evaluando la efectividad de estos componentes en la mejora del bienestar comunitario?*

El bienestar se concibe en el Modelo de Atención en Salud como un constructo multidimensional cuya efectividad de los componentes está dada en la medida en que éstos aportan a la satisfacción y calidad de vida de las personas y, a su vez, a la salud de la

población. Es así como la efectividad de los componentes de la Atención Primaria Social en Bogotá se evalúa a través de:

La caracterización poblacional y territorial, el alcance de las acciones frente a los principales riesgos y determinantes sociales, permitiendo priorizaciones por cada localidad.

Indicadores como cobertura en la atención por parte de los Equipos Básicos Extramurales (EBE) permiten evaluar la reducción de barreras y el acceso equitativo a servicios esenciales.

El desarrollo de actividades en entornos de vida por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se evalúa por tipo de intervención, población beneficiada y resultados en autocuidado y salud familiar.

El grado de articulación con otros sectores se medirá mediante el seguimiento a la implementación de los Planes Locales de Bienestar y la operatividad de mesas de bienestar y espacios de participación comunitaria.

El Observatorio de Salud dispone tableros de control en Power BI de indicadores trazadores permitiendo la visualización de datos por localidad para la toma de decisiones informadas.

*18. ¿Cuál ha sido el avance en el fortalecimiento del Talento Humano en Salud en términos de capacitación y bienestar laboral, considerando que el modelo promueve una visión integradora de salud que incluye a sectores diversos?*

El fortalecimiento del Talento Humano en Salud es una de las prioridades estratégicas del modelo de salud de Bogotá "MAS Bienestar", el cual promueve una visión integradora e intersectorial del cuidado en salud, con un enfoque territorial, comunitario, diferencial y centrado en el bienestar colectivo. Este modelo reconoce que tanto el personal de salud como los actores sociales que operan en los territorios son fundamentales para transformar el sistema de salud. Por ello, su capacitación continua, junto con acciones que promuevan su bienestar laboral, son condiciones esenciales para una implementación efectiva del modelo.

En este contexto, el Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha desempeñado un rol clave en la gestión del conocimiento, diseñando e implementando estrategias educativas que fortalecen las capacidades del talento humano para actuar bajo los principios del modelo MAS Bienestar. A través de la plataforma virtual Aprender Salud, operada por el CDEIS, se ha consolidado una oferta formativa diversa, pertinente y accesible, que responde tanto a las necesidades técnicas como a las dimensiones humanas y sociales del cuidado.

Entre los cursos alineados con el modelo se encuentra el de "Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar", el cual capacita tanto a profesionales de la salud como a actores de otros sectores, brindándoles herramientas conceptuales y operativas para comprender y aplicar los enfoques comunitario, familiar e intersectorial del modelo. Asimismo, el curso "Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud en el Modelo de Atención MAS Bienestar" ofrece lineamientos para el abordaje integral de los diferentes momentos de curso de vida, promoviendo una atención preventiva, continua y centrada en las personas.

El curso “AIEPI Comunitario” también es una herramienta clave en el fortalecimiento de capacidades para la atención primaria infantil, en coherencia con los enfoques diferenciales y de ciclo vital del modelo MAS Bienestar. Estas propuestas formativas permiten avanzar hacia una atención territorializada, articulada y centrada en el cuidado, que reconoce los determinantes sociales de la salud y la corresponsabilidad intersectorial.

Además de los contenidos estructurales del modelo, la plataforma Aprender Salud ofrece una amplia gama de cursos complementarios, orientados al desarrollo de habilidades clínicas y comunitarias, así como al bienestar físico y emocional del talento humano en salud. Entre los cursos más destacados se encuentran:

- “Abordaje integral a víctimas de violencia sexual”, con un enfoque centrado en los derechos humanos.
- “Primeros auxilios en salud mental”, un tema fundamental que capacita al personal para identificar y brindar apoyo inmediato a personas en crisis emocional o psicológica. Esta formación fortalece la capacidad de respuesta, fomenta la empatía, reduce el estigma asociado a los trastornos mentales y promueve una atención integral, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de salud.
- “Farmacodependencia”, (curso básico y avanzado) que promueven una perspectiva de salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas.
- “Abordaje en salud mental para profesionales”, que incluye contenidos sobre prevención del suicidio, atención empática y acompañamiento psicosocial.
- “Manejo del estrés laboral para personal de salud”, un curso que ofrece herramientas prácticas para afrontar las demandas emocionales del entorno laboral y preservar el bienestar psicológico del equipo sanitario.

A estos cursos se suman otras temáticas clave que amplían la cobertura de necesidades formativas del personal de salud, tales como:

- “Bioseguridad”, fundamental para el manejo seguro de los entornos asistenciales.
- “Cáncer de cuello uterino”, enfocado en prevención, detección y abordaje integral.
- “Salud sexual y reproductiva”, que incorpora enfoques de género, diversidad y derechos.
- “Curso básico transfusional”, para la correcta gestión y seguridad en procedimientos de hemoterapia.
- “Consejería en alimentación saludable”, que contribuye a la promoción de hábitos saludables desde un enfoque educativo y comunitario.

En conjunto, estas acciones formativas, como las impulsadas por Aprender Salud, se han consolidado como un pilar fundamental en el fortalecimiento de capacidades alineadas con el modelo MAS Bienestar. Este ecosistema de formación continua promueve una cultura de aprendizaje permanente, trabajo colaborativo y transformación territorial del cuidado. De esta manera, Bogotá avanza hacia un sistema de salud más humano, equitativo, participativo y sostenible, en el que el talento humano no solo cumple funciones operativas, sino que asume un rol protagónico en una nueva forma de comprender, ejercer y vivir el cuidado en los territorios.

En esta misma línea, en septiembre de 2024 se llevó a cabo la firma simbólica del Pacto por la Salud Mental y el Bienestar en Entornos Educativos y de Práctica Formativa, con la

participación de diversos sectores, incluyendo el ámbito educativo, prestadores de servicios de salud, organizaciones estudiantiles y colegios profesionales. Esta iniciativa intersectorial ha impulsado el fortalecimiento de una línea de cuidado enfocada en el bienestar integral de la comunidad educativa, incluyendo estudiantes, docentes, personal directivo y administrativo. Como parte de sus logros, se han recopilado y socializado experiencias significativas de distintas instituciones, reconocidas como buenas prácticas y referentes para el aprendizaje colectivo. Además, el pacto contempla la implementación de rutas de atención en salud mental, así como mecanismos claros y accesibles para la recepción y resolución de quejas estudiantiles.

Adicionalmente, en articulación con las oficinas de gestión del conocimiento de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, se han desarrollado sesiones de sensibilización enfocadas en el clima de aprendizaje. Estas actividades han abordado la calidad del relacionamiento académico entre docentes y estudiantes, destacando su influencia directa en los procesos de formación del talento humano en salud. Como resultado, se han identificado estrategias y mecanismos para intervenir y fortalecer dicho clima, con el objetivo de promover entornos educativos más seguros, empáticos y propicios para el aprendizaje significativo.

19. *¿Cuántos profesionales de la salud han recibido formación bajo el enfoque de Cuidado Integral desde el año 2024?*

En el marco de la implementación del modelo de salud MAS Bienestar, el fortalecimiento del talento humano ha sido una acción prioritaria para garantizar una atención con enfoque territorial, comunitario y centrada en el Cuidado Integral.

A través del Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) y su plataforma virtual Aprender Salud, se han desarrollado procesos formativos orientados a capacitar a los profesionales de la salud en los principios, estrategias y herramientas clave del modelo. Desde el año 2024, estos espacios de formación han permitido llegar a un número significativo de profesionales en Bogotá, dotándolos de conocimientos y habilidades para actuar en los territorios con un enfoque humanizado, intersectorial y preventivo. A continuación, se presentan las cifras que evidencian el alcance de esta estrategia formativa:

Tabla 3. Número de cohortes, inscritos y certificados a través de la plataforma aprender salud, 2024 y 2025

Año	Cohortes	Certificados	Inscritos	Porcentaje
2024	155	21110	35595	59%
2025	43	14806	24182	61%
Total, general	198	35916	59777	60%

Fuente: Plataforma Aprender Salud – Corte 12 de mayo de 2025

Por otra parte, tomando en consideración que el Modelo +MAS-Bienestar reconoce el enfoque de cuidado integral como un compromiso práctico con cada individuo, con los demás y con el entorno, siendo un requerimiento para el sustento vital que reconoce la vulnerabilidad humana, social y ambiental en vínculo con nuestra naturaleza interdependiente. Este constituye un enfoque fundamental para la garantía de derechos y la protección social.

Así las cosas, esta Secretaría en el marco de sus competencias y desde las acciones a cargo ha logrado desarrollar para el 2024 un total de 184 espacios de Asistencia técnica con un total de 1085 participantes.

En lo corrido del 2025 con corte a 30 de abril se han desarrollado un total de 213 espacios de Asistencia técnica con un total de 8829 participantes correspondiendo estos a Talento Humano en salud parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y su red de prestadores de servicios de salud.

20. *¿Qué porcentaje del personal sanitario está vinculado a programas de bienestar emocional y físico, considerando los altos niveles de estrés reportados en el sector?*

En atención a la solicitud relacionada con el porcentaje del personal sanitario vinculado a programas de bienestar emocional y físico, se permite informar que, la Secretaría Distrital de Salud en el marco de sus competencias no tiene atribuciones directas para consolidar dicha información respecto del talento humano vinculado a las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.

Lo anterior, en razón de que dichas Subredes se constituyen como Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, la Ley 489 de 1998 y el Decreto 1876 de 1994. En virtud de esta autonomía, la consolidación de información específica sobre la vinculación del talento humano a programas de bienestar constituye una competencia exclusiva de las Subredes, por lo cual cualquier requerimiento en esta materia debe ser dirigido directamente a dichas entidades.

Ahora bien, la Secretaría Distrital de Salud, cuenta con un Gimnasio Emocional, en donde se ofrecen actividades de promoción y prevención en salud emocional a **toda la población (100%)** que labora en la entidad, independientemente su tipo de vinculación, mediante la realización de actividades grupales e individuales.

Dentro de las actividades se encuentran regulación emocional, resiliencia emocional, perdón, mindfulness, entre otras. Adicionalmente, se dispone de un espacio de acompañamiento psicosocial al que **el total de la población** puede acceder de manera voluntaria.

21. *¿Cuál es el índice actual de resolutivez de servicios de salud desde la implementación del modelo, y cómo se compara con los indicadores previos a su adopción?*

Desde la implementación del Modelo de Salud +MAS Bienestar, la resolutivez de los servicios de salud se entiende como la capacidad del sistema para brindar respuestas efectivas, integrales y oportunas a las necesidades de la población, organizada en capas funcionales bajo el enfoque de la Gestión Integral del Riesgo.

Esta capacidad se articula con los niveles de atención, los procesos territoriales y las herramientas de seguimiento, y será evaluada progresivamente en la medida en que sean desplegadas las distintas capas del modelo en el territorio distrital.

Si bien actualmente no se dispone de un indicador único, consolidado y numérico para medir la resolutivez del sistema de salud, se han establecido hitos de implementación que

permiten avanzar hacia su construcción, proyectar su evolución y evaluar progresivamente su impacto en los resultados de salud.

Entre las estrategias ya operativas o en fase de consolidación que inciden directamente en la capacidad resolutoria, se destacan:

- Grupo GAMA (Grupo de Apoyo y Monitoreo de la Atención), actualmente en funcionamiento, que facilita gestión en tiempo real de la demanda y oferta en servicios de salud.
- Estrategia de hospitalización en modalidad domiciliaria, ya implementada con prestadores domiciliarios, que amplía la capacidad instalada sin depender exclusivamente de camas hospitalarias.
- En junio, se proyecta la entrada en operación de las Casas MAS Bienestar, estrategia sociosanitaria que impactará en la capacidad hospitalaria instalada de la ciudad.
- También para junio, se consolidan rutas de atención para 10 eventos priorizados y el proyecto de ampliación y modernización de la Red Pública Distrital en siete componentes funcionales: urgencias, general, atención programada, salud mental, pediatría, materno, crónicas y centros especializados.

Otros hitos que complementan esta transformación estructural del sistema son:

- En octubre, se proyecta la implementación de las primeras Unidades Básicas Resolutivas Públicas, que buscarán fortalecer la capacidad de resolución en el primer nivel de atención.
- En octubre, se desplegará el Nuevo Modelo de Urgencias de Ciudad, que contempla una línea única de atención con teletriage y una estrategia de regulación del transporte en salud (ambulancias), lo que impactará directamente en la oportunidad y pertinencia de la atención.
- En diciembre, se espera consolidar los resultados de los Equipos Básicos Extramurales, como parte de la medición de la ejecución operativa del año.
- Adicionalmente, se contará con hitos intermedios que inciden en la oportunidad y resolución de atención en rutas priorizadas, como el inicio de intervenciones en salud materna-perinatal (marzo, según Resolución 1400 de 2024) y salud infantil (abril).

En conjunto, estas acciones representan una mejora estructural del sistema mediante:

- Mayor cobertura y presencia extramural con capacidad resolutoria en el primer contacto.
- Reducción de la fragmentación mediante redes funcionales articuladas.
- Fortalecimiento de la capacidad instalada sin recurrir exclusivamente a mayor infraestructura hospitalaria.

En este contexto, la resolutoria no se concibe como una cifra única, sino como un atributo transversal del modelo que se construye de forma progresiva, técnica y medible, en línea con la implementación de los hitos programados durante 2025.

*22. ¿Cuántas alertas sanitarias se han gestionado en el marco del modelo, y cuál ha sido el tiempo promedio de respuesta en comparación con años anteriores?*

En atención a la solicitud se informa que en el marco del modelo MAS Bienestar, desde el componente de salud ambiental se atendió la alerta por contaminación del aire presentada al inicio del año 2024, la cual estuvo relacionada con los incendios forestales que iniciaron el 23 de enero generando alerta por calidad del aire fase 1 en el sur occidente de Bogotá a partir del 25 de enero, en cumplimiento con la Resolución del 2840 del 2023 por la cual se establece el índice bogotano de calidad del aire y riesgo en salud y se definen los criterios para la declaratoria de este tipo de eventos ambientales. En este sentido, las acciones adelantadas por esta entidad fueron:

- Acciones de comunicación e información a la población, relacionada con las recomendaciones en salud para prevenir afectaciones por exposición a la contaminación del aire en los diferentes entornos de vida cotidiana, mediante diferentes medios de información (redes sociales, páginas web institucionales, noticieros y comunicados de prensa)
- Monitoreo diario de la demanda de servicios de las IPS y red de urgencias por eventos en salud relacionados con la emergencia y seguimiento al comportamiento en general de los eventos respiratorios y cardiovasculares en la zona de alerta.
- Orientación a EPS e IPS del Distrito sobre la atención de su población afiliada y/o consultante acerca de las recomendaciones preventivas, con énfasis en población más sensible a la contaminación del aire.

*23. ¿Qué estrategias se están implementando para cumplir con la meta de reducir la mortalidad materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en el año 2027?*

La Secretaría de Salud ratifica que la salud materna y perinatal son una prioridad estratégica para el Distrito, considerando su impacto directo en el bienestar de las familias y el desarrollo de sociedad. En este marco, se han implementado acciones integrales y sostenidas, centradas en la reducción del indicador de mortalidad materna y la mejora de la calidad en la atención de gestantes y sus recién nacidos.

A continuación, se presenta un desglose de las acciones y estrategias desarrolladas de forma continua, por la secretaria Distrital de Salud, las cuales buscan impactar directamente en la salud de la población gestante:

- El equipo de profesionales técnicos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá en el marco del Plan de Aceleración de Reducción de la Mortalidad materna y perinatal del Ministerio de Salud, el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, la Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS para el grupo de riesgo materno perinatal establecida en el lineamiento técnico y operativo de la Resolución 3280 de 2018 y 276 de 2019 del Ministerio de salud y Protección Social, desarrolla de manera continua procesos de orientación técnica y seguimiento a la implementación de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS materno perinatal en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB autorizadas para operar en el Distrito y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS públicas y privadas, en el componente de atención primaria y complementaria que brindan atención a población gestante y recién nacidos, que permite realizar un monitoreo en la identificación oportuna del riesgo bio psico social y la intervención oportuna de condiciones de salud de riesgo para las gestantes, que derive en

complicaciones y emergencias obstétricas en cualquier nivel de complejidad teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad y mortalidad materna.

- Estas orientaciones técnicas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS priorizadas en el Distrito están dirigidas a todo el equipo de atención en medicina general, medicina especializada, enfermería y profesionales de apoyo como trabajo social, psicología y nutrición, encaminados a identificar factores de riesgo y acciones protectoras en:
  - **Atención en anticoncepción**, con especial énfasis en asesoría de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad para métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud, prevención de embarazo no deseado y prevención de embarazo subsiguiente, con priorización en la población adolescente y joven, personas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles donde se incrementa el riesgo de complicaciones en una gestación de acuerdo a los históricos de causalidad de mortalidad del Distrito Capital.
  - **Atención preconcepcional**, en la cual se articulan acciones de las rutas integrales de atención en salud – RIAS- de grupos de riesgo como: cardio cerebro vascular y metabólico, enfermedades huérfanas, alteraciones nutricionales, salud mental y cáncer, con el fin de vincular y redirigir a las personas a la atención en salud e identificar el deseo de gestación e intervenir oportunamente y asesorar en riesgo y cuidados a la persona próxima a gestar con el objetivo de minimizar o controlar el riesgo en salud al menos un año antes del embarazo.
  - **Atención en el control prenatal integral y curso de preparación pre y post natal**, en el cual se establecen aquellas intervenciones que puedan identificar riesgo relacionados con las principales causas de mortalidad materna, como los trastornos hipertensivos de la gestación, identificando los factores de riesgo bajo, medio y altos para preeclampsia, la profilaxis con ácido acetil salicílico según guías de práctica clínica vigentes para Colombia y Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras intervenciones efectivas del control prenatal para reducción de morbilidad y mortalidad materna, en el marco de la atención primaria en salud.
  - **Atención en Interrupción voluntaria del embarazo- IVE**, en la cual se orienta técnicamente en la implementación y cumplimiento de la normatividad vigente, como la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social la cual recopila los estándares constitucionales reconocidos por la Corte Constitucional para la atención integral en salud de la IVE, y las normas técnicas para la realización de esta intervención, la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, y la Circula 024 de 2023 de la Secretaría Distrital de Salud que establece Recomendaciones para garantizar el acceso seguro, oportuno y de calidad a la atención integral en interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.
  - **Atención del parto, posparto y emergencias obstétricas**, en la cual se intensifica el uso de herramientas de detección temprana como la escala de alerta temprana, uso de índice de choque en los casos de hemorragia posparto, escala de clasificación de choque hipovolémico, la comunicación asertiva y efectiva en el equipo de atención, la conformación de equipos de respuesta rápida en los casos de emergencia obstétrica, uso de partograma,

seguimiento a la administración de sulfato de magnesio y de oxitocina, entre otras herramientas de identificación oportuno del riesgo y la complicación, con la respectiva intervención del equipo de salud. Se realiza aplicación del Instrumento de Seguridad para la Atención Obstétrica de Emergencias en Línea herramienta diseñada por el Ministerio de Salud y protección social a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS que oferta atención de parto para el monitoreo y seguimiento de las acciones estratégicas y operativas deben realizar en el manejo de las emergencias obstétricas con el propósito de NO presentar más muertes maternas evitables en el Distrito.

Así mismo, desde la Secretaria Distrital de Salud se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos por hallazgos relacionados con la calidad en los procesos de atención, una vez las IPS radican el plan de mejoramiento a la Secretaria Distrital de Salud se realiza la revisión de las acciones propuestas verificando que estas subsanen el hallazgo establecido, en los casos donde se evidencie que las actividades no están acorde a la oportunidad de mejora se hace devolución del plan mediante correo electrónico dando un tiempo mínimo para el ajuste y nuevo envío por parte de la IPS, una vez se aprueban de acuerdo al cronograma establecido por la IPS en el plan de mejoramiento y en un tiempo no mayor a dos meses se realiza visita de seguimiento a la IPS con el fin de verificar la implementación de cada una de las acciones propuestas las cuales deben estar debidamente soportadas mediante documentos, verificación en campo y/o revisión de historias clínicas. Una vez se realiza verificación se asigna un porcentaje de cumplimiento.

El equipo técnico Materno Perinatal de la Secretaria Distrital de Salud realiza jornadas de fortalecimiento de capacidades en cada una de las intervenciones de la Ruta de atención integral en salud con énfasis en acciones para detectar e intervenir oportunamente el riesgo en las gestantes, al igual que en acciones clave para los componentes de atención primarios y complementarios, para lograr que el talento humano establezca equipos expertos en atención materno perinatales, a través de metodologías de fortalecimiento como el uso de sesiones magistrales, talleres con casos clínicos, escenarios de simulación clínica para el manejo de emergencias osbtétricas, webinar, actualmente se encuentra en actualización el curso virtual de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal.

Las temáticas que se abordan son:

- Uso de criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud – OMS con énfasis en condiciones de salud especiales como adolescentes y jóvenes, personas con enfermedades crónicas no transmisibles, cánceres, enfermedades huérfanas, entre otras con el fin de fortalecer las acciones de anticoncepción en la población.
- Entrenamiento en identificación de riesgos obstétricos en el control prenatal, manejo de complicaciones en el control prenatal, uso del curso de preparación pre y post natal como estrategia educativa de empoderamiento, reconocimiento y sensibilización de la gestante y su red de apoyo en detección de signos de alarma y consulta al servicio de salud.
- Entrenamiento en uso efectivo e intervención oportuna ante resultados en escala de valoración de riesgo biopsicosocial, escala de alerta temprana, escala de clasificación de choque, índice de choque, escalas de seguimiento a la intoxicación de sulfato de magnesio, seguimiento a la administración de oxitocina en inducción,

escalas de cuidado posparto inmediato de prevención e identificación de emergencias obstétricas, atención segura para procedimiento de Interrupción voluntaria el embarazo mediante talleres prácticos en realización de Aspiración Manual Endouterina y uso de medicamentos para IVE farmacológica.

- Entrenamiento en atención oportuna de parto y sus complicaciones, Ley de parto 2244 de 2022, Acuerdo 860 del Concejo de Bogotá, atención de parto intercultural.
- Atención al recién nacido en la adaptación neonatal, valoración antenatal del riesgo, tamizajes neonatales, reanimación neonatal, prevención, identificación y manejo de la asfixia perinatal.
- Construcción y monitoreo de indicadores de seguimiento a la implementación de las intervenciones de la RIAS materno perinatal por parte de las EAPB e IPS del Distrito.
- Expedición por parte de la Secretaria Distrital de Salud de la Resolución 1400 del 4 de diciembre de 2024 “Por la cual se establecen acciones para la atención integral y segura de la población en edad fértil y gestantes en el marco de la salud materna en el Distrito Capital”, que permitan reducir la morbilidad materno-perinatal fortaleciendo significativamente los servicios de salud maternos, a través de un enfoque predictivo, preventivo y de gestión del riesgo que se adecue a las necesidades actuales y emergentes de la población en el Distrito Capital en el marco del Modelo de Salud +MAS-Bienestar.
- Para la atención de las gestantes migrantes no formalizadas, se tiene entrada directa al sistema de salud a través de la red pública en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud sin importar el estatus migratorio y para casos de atención en control prenatal aquellas migrantes con estatus migratorio no definido esta intervención se están llevando a cabo en asocio con cooperantes internacionales en las unidades de atención de las Subredes. Por otra parte, en lo específico a la población con estatus migratorio normalizado y adscritas a una EAPB, se garantizan las intervenciones de la ruta en las mismas condiciones de la población colombiana según la red de prestadores de servicios de salud de su EAPB.

A nivel distrital, desde el equipo interdependencias materno perinatal, se realiza de forma continua el planteamiento y seguimiento técnico de diferentes estrategias orientadas a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, con un enfoque diferencial. El objetivo principal de estas medidas es garantizar un acceso oportuno y de alta calidad a los servicios de salud, con el propósito de mejorar la situación y prevenir muertes maternas que podrían haber sido evitables en la ciudad.

La SDS cuenta con un mecanismo de despliegue territorial por medio de las subredes integradas de servicios de salud, quienes por medio de convenios interadministrativos desarrollan las acciones correspondientes al plan de intervenciones colectivas, las cuales se desarrollan en los entornos de vida cotidiana, es importante resaltar que desde la Secretaría Distrital de Salud se lidera la elaboración de las orientaciones técnicas para el despliegue territorial y el seguimiento a las acciones de manera permanente a la ejecución de las acciones planteadas.

La SDS en su acción rectora, hace seguimiento directo y permanente a cada Empresa Administradora de Planes de Beneficios – EAPB, que opera en el Distrito y a las Instituciones prestadoras de Salud – IPS, para verificar y orientar técnicamente en la implementación de las diferentes atenciones de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, la cual incluye también el manejo de las emergencias obstétricas;

además, está trabajando de manera articulada con las sociedades científicas, academia y demás actores del sistema de salud para identificar nuevas estrategias que permitan continuar el fortalecimiento de la salud materna y perinatal.

**Refuerzo normativo en salud materna y perinatal:** en cumplimiento del marco normativo nacional e internacional sobre salud materna y perinatal, y reconociendo la importancia estratégica de este tema en la agenda de salud pública del Distrito Capital, la Secretaría Distrital de Salud ha venido intensificando sus acciones en esta materia, mediante la emisión y ejecución de disposiciones específicas. Entre estas, se destaca la Circular No. 010 de 2024, a través de la cual se establecen acciones de intensificación orientadas al fortalecimiento de la salud materna en Bogotá. Esta circular crea además la Mesa Ampliada de Seguimiento a la Mortalidad Materna, instancia que busca generar un compromiso institucional claro, coordinado y multisectorial para el abordaje de este desafío crucial de salud pública. El objetivo es fomentar la colaboración entre actores del sistema, facilitar la identificación y reducción de brechas en la atención, e impulsar el diseño e implementación de modelos centrados en la salud de las gestantes y la prevención de embarazos no planeados.

Complementariamente, se expidió la Resolución 1400 de 2024, que establece acciones concretas para garantizar la atención integral y segura de la población en edad fértil y gestantes en el Distrito Capital. Esta resolución define responsabilidades para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los regímenes especiales y de excepción, los planes voluntarios de salud, el servicio de transporte especial de pacientes y los prestadores de servicios de salud, conforme a sus competencias y obligaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ambas disposiciones reflejan el compromiso de esta Secretaría con el cumplimiento riguroso de la normatividad vigente, así como con la reducción de la mortalidad materna y la garantía de derechos para las mujeres del Distrito. Las acciones desarrolladas se alinean con el Modelo de Salud "MAS Bienestar" y con la estrategia de Atención Primaria Social, pilares fundamentales para avanzar hacia una ciudad cuidadora, equitativa y comprometida con la vida y la salud de todas las mujeres y personas en capacidad de gestar.

A continuación, se presenta una síntesis de las principales estrategias integrales de salud materna y perinatal acciones institucionales implementadas, que se desarrollan para impactar en la reducción de la mortalidad materna:

**Seguimiento semanal a la cohorte de gestantes 2024:** Espacios de reunión semanal con los referentes de la ruta materno perinatal de las EAPB, en el que se verifica el cumplimiento de los Indicadores de la ruta (10), así como los indicadores trimestrales de seguimiento a los casos de morbilidad materna extrema, adicionalmente se realiza seguimiento a la cohorte de las gestantes generando alertas frente a eventos de riesgo y se hace retroalimentación frente a oportunidades de mejora evidenciadas en los seguimientos de los casos de MME.

**Seguimiento Inmediato a los casos de Morbilidad Materna Extrema:** Diariamente se revisan los casos reportados al SIVIGILA de Morbilidad Materna Extrema, se valida el Aseguramiento y se reportan vía correo a los referentes de las EAPB para que realicen y registren el seguimiento inmediato, posteriormente se verifican los seguimientos de acuerdo con el protocolo del evento 549 del INS. Con los hallazgos registrados en la matriz de

seguimiento se priorizan las EAPB a visitar para verificar los mecanismos de seguimiento a gestantes de alto riesgo y reportadas con MME.

**Estrategia Ángeles Guardianes:** se ha mantenido la vigilancia intensificada de gestantes y neonatos en alto riesgo de morbilidad y mortalidad mediante la estrategia de “Ángeles guardianes”, logrando un impacto positivo en la reducción de los desenlaces adversos en el Distrito, permitiendo el análisis de indicadores para evaluar la calidad del cuidado que reciben las gestantes y los recién nacidos, así, a partir de los resultados intensificar la articulación con las Direcciones de Aseguramiento y Provisión de Servicios y la identificación de la capacidad de respuesta de las instituciones y las posibles barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de fortalecer las estrategias e intervenciones.

- Atención diferencial y territorializada con enfoque en personas migrantes, en condición de vulnerabilidad y con comorbilidades con apoyo de agencias de cooperación internacional.
- Fortalecimiento de la atención a gestantes en alto riesgo obstétrico mediante dispositivos especializados entregados por cooperación internacional.

**Acciones entornos de vida cotidiana:** la Secretaría Distrital de Salud a través de las Subredes Integradas de Servicios de salud, realiza diferentes acciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo con las personas, familias y comunidades que se encuentran en los entornos de vida cotidiana. Dentro de estas acciones se encuentran las relacionadas con la promoción de la anticoncepción y canalización a los servicios de salud, de los usuarios que requieren este servicio.

**Equipos básicos extramurales de hogar:** se adelantan acciones de tipo individual y colectivo para el grupo de población gestante habitante de las 20 localidades del distrito capital adicionalmente se cuenta con la priorización de la población gestante como eje importante de las atenciones realizadas por el equipo de atención extramural, también es importante resaltar que dentro de las prioridades a intervenir por parte de los equipos extramurales se encuentran las mujeres con intención reproductiva y las personas con patología crónica que no cuenten con el método de regulación de la fecundidad esto con el fin de hacer un abordaje integral de la población desde diferentes ángulos que permita impactar la morbilidad materna del distrito capital

**Fortalecimiento de unidades de servicios de salud:** Dotación de unidades de salud con equipos especializados para la atención obstétrica y neonatal, como equipo de hipotermia, ecógrafos, mediante alianzas estratégicas realizadas con la Agencia de Cooperación Internacional Alemana GIZ.

**Unidades de análisis mortalidad materna:** se realiza el análisis de casos de mortalidad materna en los que se lleva a cabo una revisión exhaustiva y periódica de cada caso de mortalidad materna para identificar causas evitables y ajustar estrategias preventivas por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**Gobernanza, articulación y participación intersectorial:**

- Mesas técnicas mensuales (equipo interdependencias materno perinatal y mesas ampliadas de seguimiento a la mortalidad materna) para análisis de indicadores, definición de planes de acción y seguimiento a barreras en la atención.
- Articulación con Secretaría de la Mujer, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Salud de Cundinamarca y con Agencias de cooperación internacional.
- Acciones de inspección, vigilancia y acompañamiento técnico para el cumplimiento de estándares de calidad y habilitación en las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de su acción rectora y del Modelo de Salud, ha ejecutado acciones sostenidas, integrales y alineadas con los enfoques de derechos, equidad, género y atención primaria social, con un enfoque técnico y de mejora continua, en la búsqueda de un futuro más saludable, seguro y equitativo para todas las mujeres del Distrito Capital.

*24. ¿Qué estrategias se están implementando para mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos, especialmente en las localidades con mayores índices de vulnerabilidad?*

Desde la Secretaría Distrital de salud en el marco del Plan de Desarrollo Distrital 2024- 2027 “Bogotá Camina Segura”, se formuló el plan de acción de la primera infancia para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia, con el objetivo de reducir la mortalidad evitable y otros eventos de interés en salud pública asociados a inequidades y a los determinantes de las desigualdades sociales en niñas y niños menores de 5 años, mediante acciones sinérgicas intersectoriales bajo el Modelo de Atención Primaria Social.

La construcción de este plan responde a los análisis en salud pública del equipo de vigilancia sobre la mortalidad infantil y la mortalidad en menores de 5 años, así como las principales causas de estas mortalidades. Es así que el plan de acción para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia contempla las siguientes líneas estratégicas:

1. Cuidados en la atención prenatal y del recién nacido:

La atención prenatal y del recién nacido constituyen pilares fundamentales para evitar la mortalidad infantil, ya que es en este periodo donde se presentan las principales causas de mortalidad. Esta línea estratégica pretende la detección temprana y tratamiento oportuno de complicaciones durante la gestación que puedan desencadenar en mortalidad perinatal como lo es la preclamsia, diabetes, infecciones en el embarazo etc. así como la detección oportuna de defectos congénitos.

Es por esto que en el plan de acción se realiza seguimiento al 100% de las EAPB habilitadas para operar en el D.C. en la Implementación progresiva de la valoración antenatal del riesgo, seguimiento a las EAPB habilitadas para operar en el Distrito Capital para el cumplimiento de las acciones individuales de la cohorte de recién nacidos y acompañamiento técnico a las IPS con prestación de servicios de ecografía obstétrica para fortalecer la detección y notificación de los defectos congénitos de forma antenatal.

2. Mejorar el acceso a las atenciones de la ruta de promoción y mantenimiento en primera infancia

La ruta de promoción y mantenimiento está diseñada para ofrecer un conjunto de intervenciones en momentos clave del desarrollo infantil, desde la gestación hasta los cinco años. Un acceso equitativo y oportuno a estas atenciones (controles prenatales, vacunación, seguimiento del desarrollo, valoración integral, tamizajes neonatales, orientación a padres) permite identificar y abordar tempranamente factores de riesgo y condiciones de salud que, de no ser tratados, podrían conducir a complicaciones graves e incluso la muerte. En el plan de acción se realiza seguimiento a la implementación y adherencia a la consulta de valoración integral (RIA PMS) énfasis en el momento de curso de vida primera infancia según Resolución 3280 de 2018 en el 100% de las EAPB habilitadas para operar en el D.C, según priorización de IPS de la red de prestación de servicios.

Adicionalmente, se realizan certificaciones al talento humano en salud que realizan la consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna (profesional de enfermería, medicina general o nutrición) en el curso virtual-práctico de consejería en lactancia materna ofertado por el CDEIS como fortalecimiento a la implementación de la RPMS y en el curso virtual-práctico de Entrenamiento en escala abreviada del desarrollo EAD-3 como fortalecimiento a la implementación de la RPMS. Además, se Realiza seguimiento a la implementación y sostenibilidad de la estrategia IAMII en el Distrito, a través de la asistencia técnica, evaluación externa y certificación de IPS.

### 3. Atenciones a condiciones de mayor riesgo en la primera infancia

La atención prioritaria a las condiciones de mayor riesgo en la primera infancia es crucial para reducir la mortalidad infantil, ya que estas condiciones presentan la mayor probabilidad de desenlaces fatales y requieren intervenciones tempranas y especializadas durante una ventana de oportunidad crítica. Dentro de las principales condiciones de mayor riesgo se encuentran las enfermedades huérfanas, cáncer infantil, infección respiratoria aguda, gastroenteritis y desnutrición entre otras. En el plan de acción se establece el seguimiento a las IPS priorizadas para el abordaje integral de niñas y niños en primera infancia con Infección Respiratoria Aguda (IRA)- Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) - Desnutrición (DNT) atendidos en los servicios de urgencias pediátricas a través del instrumento estandarizado y seguimiento al cumplimiento del plan de acción del concejo Distrital Asesor en cáncer infantil CODACAI, el cual incluye acciones para la detección temprana, atención en unidades oncológicas pediátricas para diagnóstico, inicio de tratamiento oportuno y cuidados paliativos.

### 4. Fortalecimiento a Redes de cuidado

Fortalecer las redes de cuidado es crucial para prevenir la mortalidad infantil al crear un sistema de apoyo integral que va más allá del sector salud. Estas redes facilitan un abordaje coordinado de los determinantes sociales, económicos y de salud, permitiendo la detección temprana de riesgos y la referencia oportuna a servicios esenciales. Empoderan a la comunidad en el cuidado infantil y optimizan el uso de recursos. Al tejer un entramado de soporte que involucra a la familia, la comunidad y el sistema de salud, se promueven prácticas saludables, se identifican y manejan precozmente los problemas, y se construye un entorno protector que contribuye significativamente a la supervivencia y el bienestar de los niños.

En el plan de acción para contribuir a este objetivo se completó el diseño e implementación de la estrategia de Educación y Comunicación dirigida a población con menores de cinco años para la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia priorizadas. Además, se certifican agentes comunitarios en el curso de AIEPI (atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia) en su componente comunitario para el fortalecimiento a la comunidad en medidas protectoras como la lactancia materna y en la importancia de consultar oportunamente a un servicio de urgencias una vez se detectan signos de alarma, con el objetivo principal de motivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño, a través de la educación para la salud que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, madres y cuidadores.

Así mismo se realiza certificación a personas pertenecientes a la comunidad Emberá con asentamiento en Bogotá DC. a través de diálogo de saberes en: curso de promoción y prevención de salud primer respondiente "curso que salva vidas", Tuberculosis, entre otros cursos en salud para empoderamiento de los líderes y gestores comunitarios indígenas en la salud infantil. Adicionalmente se realizan acciones promocionales para la salud infantil definidas en los cinco entornos cuidadores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC.

#### 5. Fortalecimiento de la gobernanza (intersectorialidad)

La intersectorialidad y el fortalecimiento de la gobernanza de la Secretaría de Salud son pilares fundamentales para la prevención efectiva de la mortalidad infantil, ya que abordan la complejidad del problema desde múltiples ángulos y aseguran una acción coordinada y eficiente de la administración Distrital. Una colaboración activa y articulada con otros sectores permite implementar estrategias que impactan positivamente estos determinantes, abordando las causas subyacentes de la vulnerabilidad infantil. Por esta razón en el plan de acción se contempla la Implementación de acciones estratégicas a nivel distrital y local en las instancias de política CODIA - RIAPI - RIAIA para posicionamiento de las prioridades de salud relacionadas con salud materno infantil, Vacunación, SAN y Salud Mental y el seguimiento al plan de acción de las entidades que conforman el Comité Distrital para la prevención y atención de la enfermedad respiratoria aguda.

Adicional al plan de acción, el Distrito Capital cuenta con la Estrategia de vigilancia intensificada para la detección temprana, prevención, gestión del riesgo, atención integral y seguimiento de los niños y niñas identificados con defectos Congénitos priorizados, desde la etapa prenatal y hasta el primer año de vida.

Esta estrategia tiene como objetivo contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad infantil por una de las principales causas evitables, puesto que la captación temprana de los defectos congénitos y hasta el primer año de vida, permite la generación de rutas de atención idónea e integral para cada caso y la gestión del riesgo individual, que consiste en identificar, evaluar y tomar medidas para minimizar los riesgos, la cual implica un enfoque integral que abarca desde la identificación de riesgos, la prevención, el monitoreo y la planificación, para garantizar que el niño o niña con un defecto congénito reciba una atención integral en salud con calidad y oportunidad, este proceso se lleva a cabo, a través de los seguimientos, donde se identifica la adherencia al tratamiento médico instaurado, identificación de barreras de acceso a citas médicas de control, tratamiento farmacológico y quirúrgico sien estas las más relevantes, una vez identificadas las barreras, se canalizan principalmente a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que favorece la disminución de las mismas y mejora la continuidad de la atención integral de

estos niños y niñas, a través de sus cohortes de riesgo; por otra parte, la gestión del riesgo individual de éstos defectos congénitos, se hace en articulación con el equipo técnico interdisciplinario de las Secretaría Distrital de Salud (Aseguramiento, Provisión de Servicios de Salud, Inspección Vigilancia y Control y Salud Pública) y a nivel sectorial con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

En el marco de la misionalidad y competencias de esta Secretaría, de forma periódica se realizan espacios de orientación técnica y fortalecimiento de capacidades al talento humano en salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS del Distrito Capital en temas priorizados para la atención integral en salud para la primera infancia, tales como:

- Lactancia materna.
- Habilidades para el desarrollo de la consejería en lactancia materna.
- Valoración integral en salud.
- Identificación de signos de alarma y detección de riesgo en niños y niñas.
- Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.

Adicionalmente, se desarrollan de forma periódica, eventos académicos masivos abordando temas priorizados en salud para la disminución de la mortalidad infantil, de acuerdo con los perfiles de mortalidad identificados por momento curso de vida, buscando asimismo la sensibilización frente a la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia en el Distrito Capital.

Además, el equipo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud (RPMS) realiza medición periódica de adherencia a la consulta de valoración integral en el marco de las actividades establecidas en la Resolución 3280 de 2018, y de acuerdo con los resultados obtenidos de la citada medición, se definen estrategias y planes de gestión con las EAPB y su red de prestadores de servicios, para fortalecer la atención en salud en este grupo de población.

Desde el equipo interdependencias de la Secretaria Distrital de Salud, se realizan igualmente actividades de seguimiento a las IPS que cuentan con el Programa Madre Canguro, con la aplicación del instrumento de adherencia al Programa Madre Canguro (PMC) incluidas las fases I, II y III, con el objetivo de revisar la integralidad de la atención y completitud de las intervenciones dispuestas en el lineamiento del PMC.

- Asimismo, La Secretaria Distrital de Salud desarrolla periódicamente las siguientes mesas Interdependencias: Bajo Peso al Nacer
- Infancia
- Comité Distrital de lactancia materna

Donde se hace monitoreo y seguimiento a las acciones propuestas en el Plan de Acción formulado por cada una para la vigencia y se definen nuevas estrategias de acuerdo con el comportamiento epidemiológico reportado.

Por último, en el marco del Modelo de Salud +MAS-Bienestar para el componente de Salud Infantil y con aras de mantener la tasa de mortalidad infantil dentro de la meta propuesta se trabaja en un componente de gestión integral del riesgo basado en un componente

predictivo soportado en la minería de datos y la caracterización de la población, para la identificación, abordaje, control y mitigación de factores de riesgo en niños y niñas que se pueden materializar en enfermedades prevalentes de la infancia y otros eventos que puedan afectar su bienestar. La gestión de los riesgos identificados, se realizará con una consulta resolutive o predictiva a cargo de un pediatra y con la consulta de valoración integral con pediatría o enfermería de acuerdo a las frecuencias establecidas, así como la consulta de lactancia materna.

*25. ¿Qué estrategias se están implementando y cuál es el nivel de avance en la meta de reducir la tasa de mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes?*

En el marco del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” la Secretaría Distrital de Salud y del Plan Territorial de Salud, se formuló el proyecto de inversión Proyecto 8141: “Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social” el cual vincula la meta 32 que establece “Implementar y evaluar el 100% del plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C”.

Es así como, se ha venido viabilizando un proceso de articulación sectorial e intersectorial que ha permitido priorizar las acciones que la ciudad requiere para la prevención y la atención de la conducta suicida.

En ese sentido, desde la Secretaría Distrital de Salud se adelantan acciones colectivas, individuales y de gestión de la salud que favorecen los procesos de prevención y atención en la ciudad en el marco del modelo de salud MAS Bienestar, que plantea a la salud mental como eje fundamental para el cuidado a través de prácticas empáticas, amigables, armoniosas y protectoras de la realidad personal, social y ambiental en la que se parte de reconocer a las personas con sus fortalezas y fragilidades. Es así como en el plan se contempla el desarrollo de las siguientes acciones y estrategias:

- Acciones colectivas desarrolladas en los entornos de vida cotidiana del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se implementaron los siguientes procesos para la prevención de la conducta suicida, particularmente en el entorno educativo que aborda colegios con la estrategia Salud Mental es MAS Bienestar realizando sesiones de fortalecimiento de capacidades en conducta suicida dirigidas a docentes, orientadores y directivos, también brindando sesiones individuales de orientación y apoyo profesional por salud mental en casos identificados así como sesiones colectivas para el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y estrategias de afrontamiento para prevención de conducta suicida con estudiantes. Por su parte, desde el entorno hogar se realiza un proceso de intervención en familias priorizadas por riesgos de conducta suicida notificados por SISVECOS con quienes se viabiliza el desarrollo de un plan de cuidado familiar orientado al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.
- Acciones desarrolladas por el Subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), se desarrollan investigaciones epidemiológicas de campo ante la presencia de ideación, intento, amenaza suicida o desenlace fatal (muerte por suicidio).
- orientaciones relacionadas con conducta suicida desde la línea 106 “el poder de ser escuchado”, desde donde, en caso de ser necesario se realiza remisiones a SISVECOS para las personas que residen en Bogotá; para los usuarios que residen fuera de la ciudad se realiza en envío de información para acciones pertinentes a los referentes territoriales.

- Activación de ruta para la atención individual de personas con ideación, plan, amenaza, intento de suicidio y sobrevivientes de suicidio desde el Sistema de referencia y contrarreferencia – SIRC el cual a partir de la identificación de riesgo de conducta suicida posibilita la canalización a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB correspondientes.
- Asistencias técnicas con las EAPB para sensibilizar y fortalecer la importancia de la identificación del riesgo temprano y el abordaje integral para cualquier tipología de conducta suicida.
- Fortalecimiento de capacidades a organizaciones sociales y comunitarias (formales y no formales), a partir de asistencias técnicas a líderes de la comunidad para transformar imaginarios sobre la salud mental y promover el fortalecimiento de redes de apoyo y la prevención de la conducta suicida
- Desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias se gestiona la respuesta para casos de ideación o intento de suicidio que se activan a través de la línea 123. En ese sentido se posibilita la respuesta a partir de gestión telefónica, despacho de ambulancia, envío de vehículo de salud mental o envío de vehículo MED, acorde a la valoración que se realice de cada caso.

El plan de prevención y atención a la conducta suicida ha sido formulado en articulación con el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental bajo las orientaciones emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social y a la luz de la metodología de sala situacional. Este plan puesto en marcha en 2024 ha posibilitado la coordinación y articulación de diferentes sectores con el fin de avanzar hacia una sensibilización en torno al suicidio, la identificación temprana de riesgos en la población y la armonización de las respuestas para la intervención de los determinantes sociales. El desarrollo de estas acciones ha posibilitado avanzar en la meta propuesta en el Plan de Desarrollo actual orientada a reducir la mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes, pues a partir de datos preliminares del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del año 2024, se evidencia una reducción del 20,95% en suicidios en la ciudad pasando de 439 en 2023 (tasa de 5.6) a 347 en 2024 (tasa de 4.4 \* información preliminar).

A pesar de estos resultados que indican parcialmente el cumplimiento de la meta propuesta en el actual Plan de Desarrollo, es importante reconocer que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, influenciado por determinantes sociales, económicos, culturales, familiares y personales; por tanto, la reducción observada no puede explicarse exclusivamente por las intervenciones institucionales desarrolladas en el último año. Factores como la cohesión social, las dinámicas familiares, el acceso a redes de apoyo y condiciones macroeconómicas también influyen positiva o negativamente en las tasas de suicidio.

La Secretaría Distrital de Salud, cuenta con el proceso de Inspección, vigilancia y seguimiento IVS desde la Dirección de Aseguramiento, con el objetivo de evidenciar el cumplimiento efectivo de las intervenciones individuales, grupales y colectivas por parte de la EAPB conforme a las disposiciones normativas teniendo en cuenta 4 criterios de seguimiento establecidos para los eventos de Salud Mental, SPA y violencias que hacen parte del seguimiento al 100% de las EAPB, enunciados de la siguiente manera:

Criterios del proceso de seguimiento IVS para los eventos de salud mental, SPA y violencias:

1. La Entidad cuenta con un manual de implementación de la Ruta de Salud Mental, SPA y Accidentes, agresiones y traumas
2. La entidad cuenta con Cohorte de Salud Mental, SPA y violencias que dé cuenta de la población con morbilidad y atención según los eventos priorizados
3. La entidad cuenta con base de datos de usuarios tamizados con riesgo positivo desde la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud
4. La entidad cuenta con una base o proceso que permita activar la ruta de usuarios identificados con riesgo en salud mental desde la RPMS y se encuentren en la Cohorte de salud mental.

Por otra parte, en el marco de la Ruta de Atención Integral en Salud Mental, la Secretaría Distrital de Salud viene desarrollando acciones para fortalecer y posicionar la salud mental en la ciudad de Bogotá dentro de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, las cuales están enmarcadas en el actual Modelo de salud para el Distrito Capital, +MAS-Bienestar, el cual está centrado en la estrategia de Atención Primaria Social, la cual busca intervenir de manera anticipada los riesgos que enfrentan los individuos, con el objetivo de controlar y mitigar su impacto.

Así las cosas, dentro del Plan Distrital de Desarrollo se encuentra la meta: *“Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C e Implementar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá.”*, la cual, entre otros, desde la prestación de servicios busca garantizar la atención integral que se brinda a las personas con cualquier afectación en salud mental, definida como la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social y la atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas de conformidad con lo establecido en la Ley 1616 de 2013.

A partir de este marco normativo, las acciones que se seguirán realizando están puestas en la implementación de la Ruta de atención integral en salud para el abordaje de los problemas, trastornos mentales y epilepsia, así como en la continuidad en el acompañamiento y seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS de Bogotá D.C., priorizando a la población de niños, niñas y adolescentes y los eventos de ansiedad, depresión y conducta suicida, en donde se realizarán las siguientes acciones:

- Implementación de la estrategia de Educación y Comunicación orientada en el fortalecimiento de los factores protectores en salud mental.
- Desarrollo de Asistencias técnicas a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y su red de prestadores de servicios de salud priorizada, centradas en el abordaje de la conducta suicida a fin de fortalecer la adherencia terapéutica en la prestación de los servicios en salud mental con énfasis en la humanización de los servicios.
- Implementación de estrategia comunitaria y grupal de atención resolutive en salud mental por las EAPB autorizadas para operar en el distrito capital.
- Implementación de atención domiciliaria en salud mental.
- Fortalecimiento de capacidades a organizaciones sociales y de base comunitaria (formales y no formales) del Distrito Capital, sobre prevención de la conducta suicida.

- Desarrollo de acciones para la prevención de la conducta suicida en entornos de vida cotidiana en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC.
- Identificación de riesgo de conducta suicida y activación de ruta para la atención individual a través del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia - SIRC.
- Fortalecimiento de las intervenciones de orientación a través de la Línea 106 relacionadas con conducta suicida.
- Desarrollo de investigaciones epidemiológicas de campo en casos priorizados de conducta suicida.

26. *¿Qué estrategias se están implementando y cómo se ha abordado la problemática de desnutrición aguda en menores de 5 años para alcanzar la meta del 1,6% en 2027?*

La desnutrición aguda es una enfermedad de origen social y una prioridad para la Secretaría Distrital de Salud, dado que representa la patología con mayor prevalencia a nivel mundial y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la primera infancia. Tal como lo señala la literatura científica, su origen está influenciado por múltiples determinantes sociales que interactúan de manera compleja y que impactan directamente en la prevalencia de esta condición, así como en su incidencia sobre la mortalidad infantil.

Entre los principales determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil se encuentran:

- **Pobreza y desigualdad económica:** La pobreza limita el acceso a alimentos nutritivos, atención médica y condiciones de vida dignas. La desigualdad económica agrava estas condiciones, afectando de manera desproporcionada a los sectores más vulnerables de la población.
- **Acceso a servicios de salud:** La disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud de calidad, incluyendo la atención prenatal y postnatal, son factores determinantes. Barreras económicas, geográficas y culturales pueden restringir la atención oportuna, aumentando el riesgo de desnutrición y complicaciones asociadas.
- **Educación materna:** La formación educativa de la madre incide directamente en las prácticas de alimentación y cuidado infantil. Las madres con mayor nivel educativo suelen estar mejor informadas sobre la nutrición y la salud infantil, lo que reduce el riesgo de desnutrición en sus hijos.
- **Seguridad alimentaria:** La disponibilidad y acceso constante a alimentos suficientes y nutritivos es fundamental. La inseguridad alimentaria, agravada por crisis económicas, fenómenos climáticos extremos o conflictos, representa un factor de riesgo significativo.
- **Prácticas de alimentación y lactancia materna:** La promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y una adecuada alimentación complementaria son estrategias clave para la prevención de la desnutrición. Factores culturales y sociales pueden influir en la adopción de estas prácticas.
- **Condiciones sanitarias y de vivienda:** El acceso a agua potable y a un entorno higiénico reduce la exposición a enfermedades infecciosas, que a su vez pueden agravar los efectos de la desnutrición.
- **Factores culturales y creencias:** Las prácticas tradicionales en torno a la alimentación y la salud infantil pueden influir en la prevalencia de la desnutrición. Es

fundamental diseñar intervenciones adaptadas a la realidad cultural de cada comunidad.

- **Conflictos y desplazamientos:** Situaciones de violencia y desplazamiento forzado interrumpen el acceso a alimentos, servicios de salud y condiciones de vida adecuadas, aumentando la vulnerabilidad de la población infantil.
- **Acceso a recursos y apoyo social:** La distribución desigual de recursos como tierras, agua y servicios básicos genera disparidades en la seguridad alimentaria y nutricional. Programas de asistencia y apoyo social son esenciales para mitigar estos efectos.
- **Derechos y equidad:** La desnutrición infantil no solo es un problema de salud pública, sino también una cuestión de derechos humanos. Garantizar el derecho a la alimentación adecuada es una obligación del Estado y un componente clave para el desarrollo infantil.

Dado que la seguridad alimentaria y nutricional de la población infantil trasciende el ámbito del sector salud, ha sido necesario adoptar un enfoque intersectorial que articule esfuerzos a nivel nacional y distrital, requiriéndose de estrategias integrales que aborden las condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales que afectan el derecho humano a la alimentación.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través del Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional-SISVAN, fundamentado en el Decreto 057 de 2022 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, brinda a la ciudadanía la oportunidad de conocer permanentemente las cifras del estado nutricional de la población bogotana. Es importante mencionar, que dichas cifras de estado nutricional se basan en el cálculo de índices e indicadores antropométricos a partir del peso y la talla que son reportados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que hacen parte de la red de notificación, a la cual acuden las personas en busca de atención en salud y para su monitoreo se cuenta con desagregación hasta localidad.

Por tanto, esta información está disponible para consulta pública en la página web de la Secretaría Distrital de Salud, específicamente en el apartado de *Saludata*, al cual se puede acceder a través del siguiente enlace: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>. Este portal permite hacer seguimiento a los indicadores en salud y, en este caso particular, se actualiza de manera semestral.

En cuanto a las estrategias implementadas, la Secretaría Distrital de Salud ha enfocado sus esfuerzos en el liderazgo de la estrategia sectorial e intersectorial para la atención del riesgo de desnutrición aguda en la población menor de 5 años, partiendo de la comprensión de la fisiopatología de la desnutrición y de la ventana de oportunidad para intervenir a tiempo y de manera integral, a los niños y niñas que la presentan.

La evidencia científica nos ha permitido conocer que, al iniciar la desnutrición (por falta del consumo de alimentos en cantidad y calidad adecuadas, como causa directa), comienza la utilización de las reservas grasas y musculares del cuerpo como respuesta para conservar los procesos metabólicos esenciales, provocando la pérdida de peso. Al continuar la inanición (hambre), estos procesos se median por diferentes hormonas involucradas en el crecimiento (como la hormona del crecimiento, tiroidea, etc.), por lo que la estatura empieza a alterarse por la necesidad de adaptación al bajo aporte de nutrientes.

Por ello, al atender oportunamente el riesgo de desnutrición aguda, se previene la desnutrición aguda, el retraso en talla y por supuesto, la mortalidad por esta causa, en los

niños y niñas de Bogotá. Así, el Distrito ha planteado como meta en el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028: reducir el riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. A través de la materialización de esta meta, se pretende fortalecer el accionar promocional en lactancia materna, alimentación complementaria adecuada y alimentación infantil saludable.

Tabla 4. Metas para mejorar la situación nutricional de la primera infancia en el Plan Distrital de Desarrollo y Plan Territorial de Salud 2024-2027

Objetivo PDD	Programa PDD	META: PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO	META: PLAN TERRITORIAL DE SALUD
2. Bogotá confía en su bien - estar	2.10. Salud Pública Integrada e Integral	Meta estratégica: Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1.6%.	
		Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.
		Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.
		Reducir al 11% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en menores de 5 años en el marco de la ruta integral atenciones a la Primera Infancia.	Reducir al 11% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.
			Reducir a 15,7% la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 2 años.
			Mantener por encima del 75% la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
			Aumentar a 400 Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral (SAFL-L) con concepto satisfactorio según la normatividad vigente.

Fuente: Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027

Adicionalmente, en el Distrito Capital se implementa la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá: “Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019–2031”, cuyo objetivo es superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición en la población bogotana al año 2031.

Esta política busca, además, incidir de forma sostenida en las condiciones de inequidad económica y social que afectan la seguridad y la soberanía alimentaria y nutricional de los habitantes de Bogotá D.C. Entre sus principales apuestas se encuentran: la consolidación del Sistema de Abastecimiento y Distribución de Alimentos Saludables (SADA), con una perspectiva Bogotá–Región; el fomento del consumo responsable de alimentos saludables; y la promoción de prácticas adecuadas de alimentación, nutrición y actividad física a lo largo del curso de vida y en los distintos entornos en los que se desenvuelven los ciudadanos.

En este marco, el sector salud es corresponsable de diversos productos de resultado y tiene a su cargo el cumplimiento de 11 indicadores de producto, los cuales están orientados a dar respuesta a los siguientes indicadores de resultado:

- Mejoramiento nutricional de los niños y niñas menores de 5 años
- Disminución de pérdidas y desperdicios de alimentos en la cadena de suministros
- Incremento en la adopción de hábitos alimentarios saludables en los diferentes momentos del curso de vida en los habitantes del distrito capital
- Intervención de espacios para reducir los entornos que fomentan la ingesta calórica elevada y el sedentarismo.
- Incremento en la práctica de la lactancia materna en mujeres lactantes del distrito capital
- Disminución de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.

En coherencia con lo anteriormente expuesto, es importante destacar que la Secretaría Distrital de Salud cuenta con un camino recorrido en la implementación de acciones orientadas a la prevención y atención de la desnutrición aguda en la primera infancia, entre las cuales, se destacan:

- Desde el segundo semestre del año 2022, la SDS implementó una estrategia de seguimiento telefónico para identificar barreras en la atención en salud, formulación y entrega de fórmulas terapéuticas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB a niños y niñas con desnutrición aguda identificados y notificados al SIVIGILA. A partir del resultado de estos seguimientos, se gestionan las barreras identificadas directamente con las EAPB e IPS correspondientes, mediante el acompañamiento permanente de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a dichas entidades e instituciones.
- En el 2023, se expidió la Circular 014, la cual establece la estrategia para la atención de niñas y niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda en la ciudad de Bogotá D.C a implementar por las Entidades Administradoras de Servicios de Salud -EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, siendo pionera la Secretaría Distrital de Salud en implementar acciones de prevención del riesgo en salud en la primera infancia, especialmente, para la prevención de la desnutrición aguda y el riesgo de mortalidad que ésta conlleva.
- Como resultado de esta estrategia de atención a niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, se gestionó la articulación intersectorial con entidades del distrito (SDIS, ICBF, SED, SDA, entre otras) que participan en la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN y la Mesa Intersectorial de Alteraciones Nutricionales, para proyectar un documento técnico de ruta intersectorial de atención al riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, con el fin de definir el hito 5 propuesto en la Circular 014 del 2023.
- Durante el año 2023, en el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PPSAN-, la Secretaría Distrital de Salud diseñó el Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional, el cual incluye líneas temáticas y de acción relacionadas con la promoción de hábitos de alimentación saludable desde el inicio de la vida, herramientas para la toma adecuada de decisiones en el momento de elegir los alimentos, cambios de conductas o prácticas alimentarias que afectan la salud, promoción del manejo higiénico sanitario de los alimentos, promoción del

consumo de alimentos naturales e información sobre las consecuencias en la salud generadas por el consumo de productos ultraprocesados. El Plan inició su implementación en el año 2024, y tiene una proyección para finalizar en el año 2031.

- A partir del segundo semestre del año 2025, se inició la construcción de la ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de cinco (5) años con riesgo de desnutrición aguda para el Distrito, la cual iniciará su implementación por las Instituciones Prestadoras de servicios de salud–IPS, que atienden a la primera infancia; con propósito del cumplimiento de la Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia establecida por el CONPES 027 del 2023.

Por otro lado, durante el 2024, se realizó la armonización y transformación de las acciones desarrolladas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en el marco del Modelo “+Más Bienestar” y las metas establecidas en el Plan Distrital de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud 2024-2027. A continuación, se describen las principales acciones de promoción y prevención de la desnutrición aguda y el riesgo de desnutrición aguda, que incluyen estrategias de intervención tanto individuales como colectivas:

- Equipos Básicos Extramurales del Entorno Hogar, se realiza la búsqueda activa e identificación de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, a través de la toma de medidas antropométricas de peso y talla de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016, para su clasificación nutricional según indicador de peso para la talla principalmente. A partir de dicha identificación, los equipos territoriales verifican la adhesión a la atención en salud según la normatividad vigente, y remiten inmediatamente a las IPS correspondientes para confirmar el caso y definir el manejo, según los riesgos y necesidades en salud identificados para niños con desnutrición. A su vez, se canaliza a entidades de atención social (Secretaría Distrital de Integración Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) para mitigar la inseguridad alimentaria y nutricional, abordando los determinantes sociales que intervienen en la presencia de alteraciones nutricionales. En la armonización, se incluyó la intervención colectiva e individual por medicina general, nutrición, enfermería y otros perfiles interdisciplinarios complementarios (psicología, odontología, etc.), de los niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda en desviación estándar para el indicador de peso para la talla entre -1,5 y -2,0, identificados a través del Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional -SISVAN.
- En el Entorno Cuidador Educativo, se realiza proceso de priorización de instituciones educativas y jardines infantiles que se abordarán por medio de planes de cuidado escolar (acompañamiento en aula, procesos de formación para el liderazgo estudiantil, compromisos simbólicos para mejorar el consumo de alimentos saludables), jornadas de bienestar al colegio mediante actividades lúdicas y experienciales que permitan la participación activa de los estudiantes y docentes, y acudientes; actividades que involucren “familias con MAS bienestar” que propone a través de procesos educativos y pedagógicos orientar en el fortalecimiento factores protectores e identificar y gestionar factores de riesgo con las familias de los escolares. Las intervenciones en este entorno se realizan con base en los mensajes clave de alimentación saludable de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS). Se prioriza el tamizaje antropométrico en niños y niñas menores de cinco (5) años y canalización hacia la ruta de alteraciones nutricionales en caso de requerirse.
- En el Entorno Institucional se continúa desarrollando acciones de promoción de la alimentación infantil saludable y lactancia materna, así como educación en signos

de alarma e identificación de la desnutrición aguda a madres comunitarias o agentes educativas en Instituciones de Atención a la Primera Infancia, incluyendo no solo Hogares Comunitarios de Bienestar, sino también otros programas priorizados del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a través de sesiones educativas y comunicativas planificadas por los equipos territoriales en salud pública.

Adicional, se realiza el seguimiento y monitoreo a niños y niñas con desnutrición aguda, con retraso en talla reportados en las bases de datos de SISVAN, con bajo peso al nacer y a gestantes con malnutrición (bajo peso y obesidad para la edad gestacional), a través de la revisión de la historia clínica con el fin de verificar la garantía de atención integral en salud según lo establecido en la Resolución 2350 del 2020 y Resolución 3280 del 2018, dando lugar a la gestión sectorial requerida de acuerdo con las barreras en la atención, formulación o entrega de la fórmula terapéutica y la gestión intersectorial para la priorización y vinculación a programas de asistencia alimentaria ofertados por otras entidades distritales.

- En el Entorno Comunitario, se desarrollan estrategias orientadas al fortalecimiento del tejido social mediante la identificación de liderazgos locales y la conformación de grupos de apoyo comunitario. Estas acciones, centradas en el empoderamiento ciudadano, promueven el autocuidado, la alimentación saludable y la participación en procesos educativos en salud. Adicionalmente, se impulsa la implementación de huertas comunitarias como una herramienta para mejorar la seguridad alimentaria, fomentar el autoconsumo y fortalecer la cohesión territorial mediante la participación activa de todos los actores locales.
- En el Entorno Laboral, se realizarán acciones promocionales dirigidas a la prevención del trabajo infantil, entre las cuales se resalta la toma de medidas antropométricas en niños y niñas menores de cinco (5) años que se encuentran con sus acudientes durante la jornada laboral, clasificación nutricional e identificación de la desnutrición aguda, verificación de la adherencia al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición en niños y niñas menores de 0 a 59 meses, y canalización a las EAPB e IPS para la resolución de barreras y garantía de la atención en salud. Además, se mantiene la ampliación de la oferta de Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral.
- Desde la Gestión de Estrategias y Programas de Interés en Salud Pública -GEPISP, se continua la gestión para la implementación de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral -IAMII, una iniciativa propuesta al país por Unicef para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.
- Desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se continua con la vigilancia de los eventos de interés en seguridad alimentaria, en especial la desnutrición aguda, y con el seguimiento telefónico para identificar barreras en la atención en salud, formulación y entrega de fórmulas terapéuticas por parte de las IPS y EAPB a niños y niñas con desnutrición aguda identificados y notificados al SIVIGILA, así como de barreras asociadas a la no adherencia de la familia al tratamiento de la desnutrición aguda.

Por otro lado, se mantiene la implementación de la estrategia de seguimiento telefónico para identificación de barreras en la atención en salud, formulación y entrega de fórmulas terapéuticas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB a los niños y niñas con desnutrición aguda identificados y notificados al

SIVIGILA, y de barreras asociadas a la no adherencia de la familia en la Resolución 2350 del 2020.

Dicha estrategia se enfoca en contactar telefónicamente a padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas, indagando por cada aspecto del lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda: realización y resultado de la prueba de apetito, escenario de manejo instaurado, patologías de base, formulación y entrega de formulación terapéutica, citas de control y seguimiento, entre otras.

Asimismo, la Secretaría Distrital de Salud reconoce que la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años “se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata” (Parágrafo del Artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020). Por tanto, se han realizado procesos de articulación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, los cuales incluyen fortalecimientos de capacidades técnicas y funcionales en el lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (fisiopatología de la desnutrición aguda y su relación con el riesgo alto de mortalidad, presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades, principios básicos para el diagnóstico, criterios de manejo intrahospitalario, entre otros temas establecidos en la Resolución 2350 del 2020).

Además, se realiza gestión las barreras identificadas directamente con las EAPB e IPS correspondientes, mediante el acompañamiento permanente de la Subdirección de Garantía del Aseguramiento a dichas entidades e instituciones. Los equipos de salud pública acompañaron a las familias de niños con desnutrición aguda, donde el usuario identifica barreras (inasistencia a citas de control, no reclamo de fórmula terapéutica en lugar asignado, entre otras) para evaluar el contexto familiar y realizar acciones de sensibilización y educación para lograr la adhesión al acudiente.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna es una de las estrategias más efectivas para prevenir la desnutrición infantil, fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo/a y garantizar un desarrollo adecuado en la primera infancia, la Secretaría Distrital de Salud ha avanzado de manera significativa en la implementación de acciones orientadas a fomentar entornos protectores que faciliten y apoyen la lactancia materna en distintos espacios de la vida cotidiana, especialmente en el entorno laboral y educativo.

Durante el año 2024, se inscribieron 100 Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral y se han verificado 169 SAFL-L todas ellas resultan en concepto satisfactorio. Se realiza sensibilización en la estrategia de salas amigas de la familia lactante en 19 universidades con la participación de 80 personas, y en 39 instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano con la participación de 754 personas.

También, se realizaron 53 fortalecimientos técnicos en temáticas de información e inducción en IAMII con la participación de 292 profesionales de la salud y personal de apoyo. También, se realizaron 702 asistencias técnicas en la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) del Entorno Cuidador Laboral a entidades públicas y empresas privadas, con la participación de 1.254 personas encargadas de la implementación de la estrategia. En los procesos de fortalecimiento de capacidades a funcionarias/os participaron: 59 personas lactantes, y 55 personas gestantes.

De acuerdo con lo anterior, las estrategias implementadas por la Secretaría Distrital de Salud reflejan un enfoque integral y articulado para abordar la malnutrición y la inseguridad alimentaria en la ciudad. A través de acciones en diferentes entornos y la colaboración intersectorial, se busca no solo la prevención y atención de la desnutrición aguda, sino también la promoción de hábitos alimentarios saludables y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria a largo plazo. La implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) y del Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional evidencia el compromiso con la reducción de las brechas en salud y bienestar, especialmente en la población infantil. La continuidad y evolución de estas estrategias serán clave para garantizar el cumplimiento del derecho a la alimentación y mejorar la calidad de vida de los habitantes del distrito.

*27. ¿Qué mecanismos se están implementando para fortalecer la toma de decisiones en salud pública, considerando el uso del Observatorio Social y en Salud como herramienta de monitoreo y evaluación?*

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha fortalecido la toma de decisiones en salud pública mediante el uso estratégico del Observatorio de Salud como un instrumento clave para la consolidación, análisis y disposición de información, con el fin de orientar decisiones basadas en evidencia en el marco del modelo de salud MAS Bienestar, entre los principales mecanismos están:

- Información pública y actualizada: SaluData ofrece datos abiertos sobre eventos en salud pública, condiciones de salud y determinantes sociales, desagregados por localidad, curso de vida y grupos poblacionales, facilitando el seguimiento de metas distritales.
- Tableros interactivos de seguimiento: Se utilizan tableros dinámicos en Power BI para monitorear acciones clave como, cobertura de intervenciones, tamizajes, riesgos y respuesta institucional.
- Indicadores trazadores y análisis comparativos: El Observatorio permite evaluar el cumplimiento de metas como reducción de mortalidad infantil, salud mental, desnutrición o fecundidad adolescente, con líneas base y análisis temporal.
- Articulación intersectorial y territorial: La información apoya la planeación participativa en espacios como mesas de bienestar y planes locales, promoviendo decisiones coordinadas con otros sectores.

*28. ¿Cómo se está articulando el Observatorio de Salud de Bogotá D.C. con los profesionales de salud para garantizar una mejor gestión de riesgos y alertas en salud pública?*

La Secretaría Distrital de Salud mediante el Observatorio de Salud de Bogotá D.C., a través de la plataforma SaluData y herramientas complementarias de análisis, se ha convertido en un eje articulador de información entre el nivel técnico y operativo, para ello aplica los siguientes mecanismos de articulación:

- Difusión y uso de información territorializada: Los profesionales de salud, tanto del nivel central como local, acceden a datos desagregados por localidad, grupos de edad, sexo y curso de vida, lo que facilita la identificación de focos de riesgo, tendencias epidemiológicas y poblaciones priorizadas para la intervención.
- Alertas y monitoreo oportuno de eventos en salud pública: El Observatorio integra información proveniente del sistema de vigilancia (SIVIGILA), tamizajes

comunitarios, reportes de los Equipos Básicos Extramurales (EBE) y de los Planes de Intervención Colectiva (PIC), generando alertas que se traducen en respuestas territoriales más rápidas y focalizadas.

- Tableros de control para toma de decisiones: Equipos técnicos en las subredes integradas de servicios de salud, así como actores comunitarios, utilizan tableros diseñados para apoyar la gestión del riesgo individual, familiar y colectivo, permitiendo el seguimiento a intervenciones, tratamientos y determinantes sociales.
- Socializaciones: Se buscan espacios dirigidos al personal de salud y a actores comunitarios para el uso e interpretación de los datos del Observatorio.
- Apoyo a la gestión local de riesgos: Los datos del Observatorio se articulan con estrategias como los Planes Locales de Bienestar, para el seguimiento a prioridades establecidas.

**29. ¿Cuál es el grado de avance en la integración de datos en el Observatorio de Salud de Bogotá D.C.?**

El Observatorio de Salud de Bogotá D.C. ha alcanzado avances significativos en la integración, sistematización y visualización de datos provenientes de múltiples fuentes internas y externas del sistema de salud.

Actualmente, se cuenta con procesos de interoperabilidad que permiten el cruce automatizado de información entre plataformas de la Secretaría Distrital de Salud y otras entidades del sector. Esto ha facilitado la consolidación y validación eficiente de datos estratégicos provenientes de sistemas como RIPS, SIVIGILA, PAI, SISVAN y las cohortes de gestantes, entre otros. La información se presenta desagregada por localidad, UPZ, sector catastral, curso de vida, sexo y grupo poblacional, lo que posibilita análisis diferenciados para una gestión más precisa del riesgo en salud pública.

Adicionalmente, se han promovido mesas de trabajo con otras secretarías del sector social para establecer convenios de intercambio de información, fortaleciendo así la coordinación intersectorial. Gracias a esta articulación, se han incorporado variables sociodemográficas del Registro Social de Hogares y datos de entidades como la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de la Mujer, así como información ambiental y de servicios de salud. Este proceso ha habilitado análisis multivariados con enfoques poblacionales y diferenciales, orientando de manera más efectiva la planificación territorial y la priorización de intervenciones integrales.

**30. ¿Cuáles son los principales logros del modelo en términos de acceso equitativo a servicios de salud, teniendo en cuenta los datos actualizados del observatorio?**

En el marco de la gestión del riesgo del modelo de atención en salud, respecto a la garantía del derecho a la salud de la población vulnerable se están realizando estrategias de gestión para el mantenimiento del aseguramiento, así como de inclusión de las personas que no están aseguradas, por otra parte, garantiza que la población que no tiene vinculación con ningún asegurador reciba atenciones de urgencias así como aquellas atenciones que se deriven de la misma.

Con corte a abril de 2025, Bogotá D.C., cuenta con un 22,2 % de personas afiliadas al régimen subsidiado que corresponden a 1.761.294 personas afiliadas, respecto a la distribución por localidades con mayor índice de pobreza multidimensional, que de acuerdo con datos del DANE son Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa; en su orden el 41.4%,

39.5%, 35.2% y 32% de personas afiliadas al régimen subsidiado; por otra parte si bien la localidad de Sumapaz no está clasificada con un alto índice de pobreza multidimensional, por ser la localidad eminentemente rural se considera con alta vulnerabilidad social y en salud y el 50% de su población se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

Respecto a las poblaciones especiales consideradas de alta vulnerabilidad por su condición diferencial, y se encuentran establecidas por la normatividad vigente, con corte a abril del 2025 el 45 % que corresponde a 209.318 personas se encuentran en régimen subsidiado, situación que aporta a la mejora de sus condiciones de vida al tener esta condición en el sistema de salud.

Lo anterior, permite concluir que las estrategias de mantener el aseguramiento en salud de la población vulnerable de la ciudad a través del el MAS Bienestar han tenido impacto en dar continuidad en la garantía del derecho a la salud.

Por otro lado, el avance en la implementación del MAS Bienestar ha permitido mejorar el comportamiento de algunos indicadores como:

Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años (2023:6.8 2024: 4.1(preliminar)

Mortalidad en IRA por menores de 5 años (2023:2.5 2024: 1.3(preliminar)

Tasa Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (2023:21 2024: 18.3(preliminar)

Mortalidad prematura por enfermedades cardiocerebrovasculares en personas de 30 a 70 años (2023:52.2 2024: 51.6(preliminar)

Lo anterior como resultado del abordaje desde la gestión extramural del Pilar de Gestión integral del Riesgo que ha priorizado en conjunto con las EPS del Distrito la identificación e intervención temprana de la población población gestante, menores de 18 meses, usuarios con patologías crónicas, salud mental y Personas con Discapacidad

A nivel intrahospitalario se han desplegado estrategias como GAMA ( Grupo de Apoyo y Monitoreo de la Atención) de manera permanente en IPS y EAPBs de la ciudad se hace identificación de usuarios en los servicios hospitalarios con el ordenamiento de la atención en salud en esta modalidad para gestionar ante los aseguradores las autorizaciones o remisiones a las IPS con las que tienen contratada la modalidad de atención, así mismo en las IPS se identifican necesidades de fortalecimiento o capacitación a los profesionales de la salud para la derivación de esta atención a los usuarios que cumplen con los criterios clínicos.

Respecto de la Hospitalización domiciliaria el distrito, el pasado mes de marzo del presente año, se expidió la Circular 009 (18 de marzo de 2025), mediante la cual se establecen los lineamientos para el fortalecimiento de la modalidad de hospitalización extramural domiciliaria, vista esta como alternativa a la atención hospitalaria intramural que permita contribuir a la eficiencia de los servicios de internación y optimice los recursos disponibles.

El fortalecimiento de esta modalidad de atención permite además disminuir la presión sobre la ocupación de los servicios de urgencias y hospitalización y en especial minimizar los riesgos asociados a la atención en salud (IAAS) de los usuarios hospitalizaciones.

Este lineamiento ha sido socializado a las EAPB y prestadores con el fin de articular acciones encaminadas al fortalecimiento de los servicios de la modalidad y disminuir las barreras de tipo administrativo que se presentan en la prestación.

Haciendo la medición los usuarios en la modalidad de hospitalización extramural domiciliaria se pasó de tener 429 usuarios reportados el 1 de enero de 2025 a 1628 el 21 de mayo del 2025 en 37 IPS en la ciudad de Bogotá

31. *¿Cuáles son los resultados de la implementación de tecnologías como historias clínicas interoperables y sistemas de georreferenciación para facilitar el trabajo del talento humano?*

#### **Historias clínicas interoperables (HCI):**

Se ha fortalecido la interoperabilidad entre las subredes integradas de servicios de salud, lo que ha permitido a los profesionales acceder de manera segura y oportuna a la Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU), independientemente del nivel de atención o de la institución en la que se haya generado la información clónica. Esto ha facilitado una atención más integral, mejorando la toma de decisiones clínicas gracias a la disponibilidad de información favoreciendo la seguridad del paciente.

Asimismo, esta interoperabilidad contribuye a evitar la duplicidad de pruebas, mejora la continuidad de los tratamientos y facilita la atención integral, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o condiciones de salud que requieren seguimiento por múltiples profesionales.

#### **Georreferenciación y sistemas de información territorial:**

Se ha implementado la georreferenciación de riesgos y determinantes sociales en salud mediante tableros territoriales y herramientas SIG, lo que permite identificar áreas críticas y priorizar acciones en campo. Los Equipos Básicos Extramurales (EBE) y los equipos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) utilizan esta información para planear rutas, focalizar intervenciones y optimizar el despliegue territorial, haciendo más eficiente el uso de los recursos humanos y técnicos.

La visualización de datos en mapas ha facilitado el análisis de eventos de interés en salud pública, como brotes, casos de violencia, condiciones ambientales y barreras de acceso, mejorando la capacidad de respuesta local.

En los anteriores términos se da por contestada la solicitud.

Cordialmente,



**GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS**  
Secretario Distrital de Salud.

Anexos: Una (1) Carpeta ZIP

Elaboró: Nancy Chacón Rodríguez - Observatorio de Salud de Bogotá  
 Johanna Andrea Torres Ruiz – Asesora de Despacho  
 Diana del Pilar Pinzón Gomez– Dirección de Planeación Sectorial  
 Karen Vanessa Muñoz Chamorro– Dirección de Planeación Sectorial  
 Juliana, Vallejo Echavarría– Dirección de Planeación Sectorial  
 Jenny Andrea Gonzalez Reina– Dirección de Planeación Sectorial  
 Jairo Rivera – Dirección de Planeación Sectorial  
 Catalina Chaparro – Miryam Camargo – Juan Patiño - Subdirección de Acciones Colectivas  
 Johana Mateus, Carlos Fernando Macana, Diana Juanías, Daniela Ceballos, Edyanni Ramos, Maribel Romero-  
 Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública  
 Jhon Abella - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública  
 Maria Eugenia Delgado Mendez - Maria Fernanda Tovar Romero - Gina Paola Rangel Medina Liseth Lorena Pava  
 Saldaña - Marcela Hernandez Ferro- Cindy Paola Daza Rueda- Paula Ximena Ramirez Barbosa - Martha Lucia  
 Santacruz Gonzalez - Diana Patricia Saldarriaga Bilbao - Andrea Ximena Bastidas Perez - Sandra Mireya  
 Rodriguez Beltran- Miryam Gordillo – Lina Pedraza – María Jose Tapias- Maria Fernanda Romero Soler /  
 Subdirección de Determinantes en Salud  
 Clara María Domínguez García - Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y  
 Transectorialidad.  
 Zully Alexandra Romero Triana - Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y  
 Transectorialidad.  
 Natalia Baquero, Angie Vargas, Rude Manrique, Dayan Mateus, Ana María Silva, Constanza Hernández – Grupo  
 Funcional Modelo- Dirección de Provisión de Servicios de Salud  
 David Herrera-Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud  
 Diana Larrañaga- Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud  
 Alejandra Agudelo- Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud  
 Maria del Pilar Pérez- Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud  
 Angela María Gualdron C.- Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud  
 Natalia Tovar "Peña"- Dirección de Gestión del Talento Humano  
 Diana Marcela Correa - Dirección de Gestión del Talento Humano  
 Jenny Mireya, Romero Ortiz – Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud  
 Martha Patricia, Becerra Muñoz – Subdirección de Administración del Aseguramiento  
 Custodio, Rosales Bohada – Subdirección de Administración del Aseguramiento  
 Karen Melissa Torres Rodríguez – Subdirección de Administración del Aseguramiento  
 Consolidó: Gustavo Fierro – OAJ Contratista / María Cabrera – Oficina de Asuntos Jurídicos  
 Raúl Andrés Álvarez Gómez - Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.  
 Jhanny Andrea Osorio Gómez- Profesional Especializado- Dirección de Provisión de Servicios de Salud  
 German A. Sterling (AgilSalud) – Contratista OAJ  
 Revisó: Leonardo Salas Zapata – Asesor de Despacho  
 Salome Valencia Aguirre- Asesora del Despacho-Directora del CDEIS  
 Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas  
 Claudia M. Cuellar – Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública  
 Libia Ramírez – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública  
 Diana Sofía Ríos Oliveros – Subdirectora de Determinantes en Salud  
 Elkin Jwised Huertas Carrasquilla - Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.  
 Sandra Patricia Charry Rojas – Directora de Provisión de Servicios de Salud (E)  
 Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Director DAEPDSS  
 José Elías Guevara Fragozo-Director Gestión del Talento Humano  
 Yiyola Peña Ríos- Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud  
 Katty Margarita Baquero Baquero- Subdirectora de Administración del Aseguramiento  
 Aprobó: Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública  
 Alejandra Taborda Restrepo – Subsecretaria Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía  
 José Ignacio Argote López - Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial  
 Juan Guillermo Correa García – Subsecretario Corporativo  
 Luis Alexander Moscoso – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento  
 Martha Patricia Añez - Asesora de Despacho