

## REPORTE DE INFORMACIÓN SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SISTEMA DE MONITOREO DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ, D.C. 2025.

### 1. Categoría de Derechos: Existencia

#### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **1. Porcentaje de atención institucional del parto.**

#### 1.2. Párrafo introductorio

El porcentaje de atención institucional del parto es un indicador estratégico para el análisis de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes en Bogotá, ya que evidencia el acceso efectivo y oportuno de las gestantes a servicios de salud seguros y con talento humano calificado en el momento del nacimiento. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, este indicador permite identificar desigualdades territoriales y poblacionales asociadas al acceso a los servicios de salud, especialmente en contextos de vulnerabilidad social, migración, pobreza o barreras geográficas. Su inclusión en el análisis de condiciones de vida da cuenta no solo de resultados sanitarios, sino también de la capacidad del sistema distrital para garantizar derechos fundamentales desde la gestación, impactando de manera estructural las trayectorias de vida de la niñez y la adolescencia.

En el marco de la política pública, el indicador de atención institucional del parto es clave para la planeación, seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a la garantía del derecho a la salud materna e infantil en Bogotá. En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, a través del fortalecimiento de las redes integrales de salud, incluyendo atención primaria, comunitaria y de urgencias, reduciendo barreras de acceso y con las metas estratégicas de Reducción de la Mortalidad Materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá y Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil. Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar, al contribuir al seguimiento de las metas de reducción de la mortalidad materna y neonatal y al acceso universal a servicios de salud esenciales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona aportando al objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA,

el sector salud implementa el producto de política de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

El porcentaje de atención institucional del parto es un indicador que permite conocer la proporción de partos con resultado nacido vivo que fueron atendidos por personal calificado en una institución de salud, durante un período determinado en Bogotá D.C. Se interpreta como el porcentaje de nacimientos ocurridos en una institución de salud en un período específico.

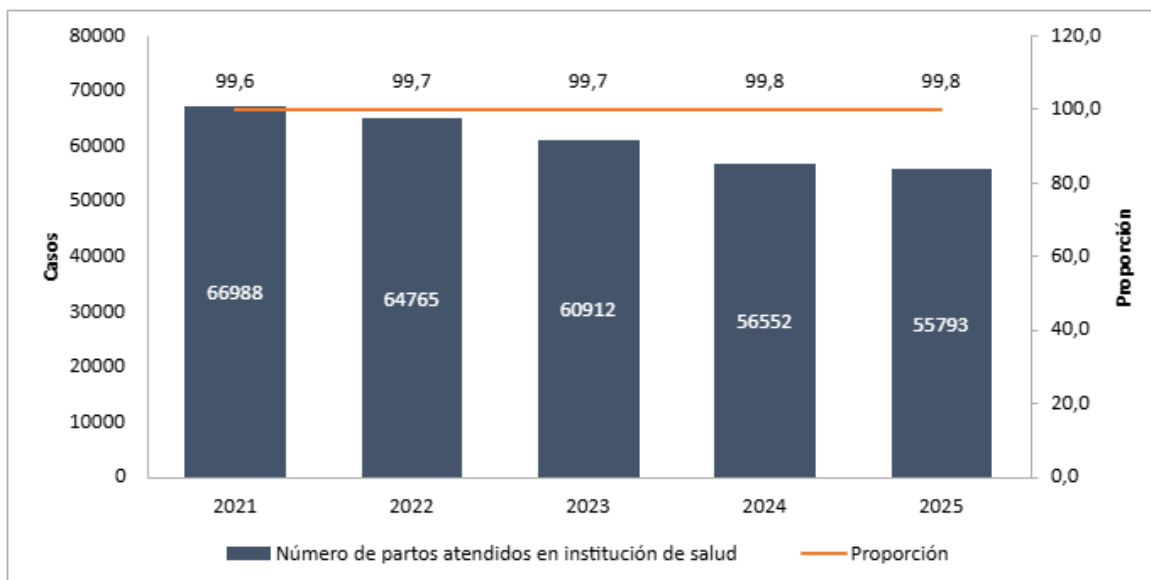
Este indicador se calcula como  $\text{Total de nacidos vivos atendidos en una institución de salud en el periodo} / \text{Total de nacidos vivos en el mismo periodo} \times 100$ .

La información proviene de las bases de datos SDS–RUAF–EEVV–RUAF–ND. Para los años 2021 y 2022 se utilizaron bases con datos finales (2021 con corte 30-03-2022; 2022 con corte 21-12-2023); para 2023, datos finales publicados el 16-12-2024; y para 2024, información preliminar ajustada con corte 13-01-2025. Es un indicador de periodicidad anual, disponible desde 2013, cuya unidad de medida es porcentaje ( $\times 100$ ) y presenta tendencia constante. Cuenta con una desagregación por localidad, pero no por sexo, edad, discapacidad, etnia ni zona.

### 1.4. Gráfica 1. Porcentaje de atención institucional del parto. Bogotá 2021 – 2025p<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> p = Dato Preliminar



Fuente 2021-2022: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- (2021 el 30-03- 2022; 2022 el 21-12-2023; Fuente 2023 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024; Fuente 2024 : BASE FINAL DANE .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PUBLICADA 25-09-2025- SDS AJUSTADO 15-10-2025; Fuente 2025 : BASE PRELIMINAR SDS .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV -preliminar ajustada 10-01-2026.

#### 1.5. Análisis del indicador:

Durante el periodo analizado 2021-2025 se evidencia una reducción del 16.6% ( $n=11.061$ ) en el número de nacimientos, pasando de 66.735 nacidos vivos en el año 2021 a 55.674 nacidos vivos en el año 2025 (dato preliminar). La atención de parto institucional se mantiene sobre el 99% en los últimos 5 años, siendo del 99,8% en el 2025, lo cual se relaciona principalmente con la oferta de servicios en salud disponible en la ciudad a través de las 17 EAPB que operan en distrito y su red de prestadores tanto privadas como públicas, dentro de las que se encuentran las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Entre las principales acciones se destaca el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno perinatal mediante la operación articulada de las 17 EAPB con su red de prestadores públicos y privados, incluyendo las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, asegurando disponibilidad continua de servicios obstétricos y talento humano calificado.

Adicionalmente, se ha consolidado la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, con énfasis en la atención del parto seguro, la referencia y

contrarreferencia oportuna de gestantes y el seguimiento a eventos de interés en salud pública. El monitoreo permanente de la atención del parto, a través de los sistemas de información en salud y los espacios técnicos de seguimiento distrital, permitió identificar oportunamente alertas y asegurar la atención institucional incluso en contextos de alta vulnerabilidad social, migración y barreras territoriales.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **2. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos**

#### 1.2 Párrafo introductorio:

La razón de mortalidad materna es un indicador clave para el análisis de las condiciones de vida de niñas, niños y adolescentes, ya que la muerte materna impacta directamente la supervivencia, el bienestar y el desarrollo integral de sus hijos e hijas, incrementando riesgos sociales, económicos y de salud. Este evento evidencia desigualdades en el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y a la atención integral durante la gestación, el parto y el puerperio.

En el marco de la política pública, el indicador de 4 o más controles prenatales es fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de las estrategias de salud materna e infantil, al permitir medir la cobertura, oportunidad y continuidad de la atención prenatal. Su análisis orienta la toma de decisiones para fortalecer la Atención Primaria Social, focalizar acciones en poblaciones con mayores barreras de acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud dirigidos a las gestantes. Además, aporta evidencia para evaluar el cumplimiento de metas relacionadas con la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la prevención de nacimientos con Bajo Peso al Nacer (BPN) y la garantía del derecho a la salud desde la gestación, consolidándose como una herramienta esencial para la gestión intersectorial y la asignación eficiente de recursos públicos.

El indicador se encuentra directamente alineado con el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”, especialmente con el eje Confía en su Bien-estar, a través del fortalecimiento de las redes integrales de salud, incluyendo atención primaria, comunitaria y de urgencias, reduciendo barreras de acceso. Contribuye al seguimiento de los programas distritales dirigidos a la atención integral de la gestación y la primera infancia, así como a la prevención de muertes evitables. Se relaciona con las metas estratégicas de Reducción de la Mortalidad Materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá y Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil.

De igual forma este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar, al contribuir al seguimiento de las metas de reducción de la mortalidad materna y neonatal y al acceso universal a servicios de salud esenciales. Con relación a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona aportando al objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa el producto de política de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

### 1.3 Descripción del indicador:

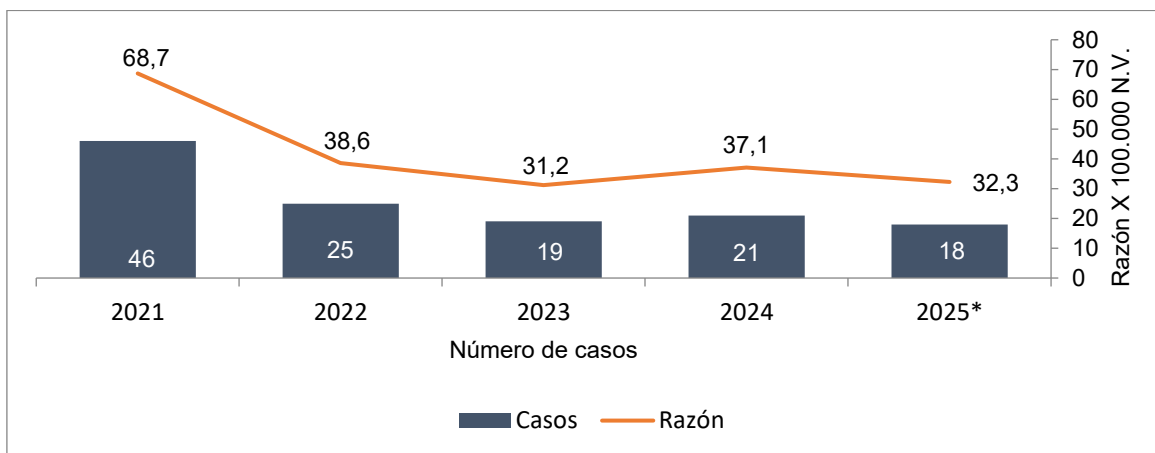
La razón de mortalidad materna es un indicador que monitorea las muertes relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Refleja la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención eficaz en la prevención y manejo de las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se interpreta como la probabilidad de morir de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio por cada 100.000 nacidos vivos. Representa el riesgo asociado a cada embarazo, es decir, el riesgo obstétrico.

La fórmula de cálculo es el Total de muertes maternas ocurridas en el año / Total de nacidos vivos en el mismo año)  $\times$  100.000.

La información proviene de las bases de datos SDS–RUAF. Es un indicador de periodicidad anual, disponible desde 2013, cuya unidad de medida es por 100.000 nacidos vivos y presenta tendencia creciente. Cuenta con una desagregación por localidad y por sexo (mujer), y no cuenta con desagregación por edad, discapacidad, etnia ni zona.

1.4 Gráfica 2. Comparativa Tendencia de los casos – razón de Mortalidad Materna x 100.000 NV. Año 2021 - 2025 Bogotá D.C - Colombia.



Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF\_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PRELIMINARES ajustado 10-12-2025. Sivigila 4.0 evento 550 SE53.

### 1.5 Análisis del indicador:

La interpretación de este indicador debe situarse en el contexto de la crisis actual del sistema de salud en el país, la cual ha generado dificultades para la prestación oportuna y efectiva de los servicios de salud. No obstante, en el ámbito sectorial de Bogotá, se han realizado esfuerzos orientados al abordaje de grupos poblacionales prioritarios, en particular gestantes y menores de cinco años. En el marco de estas acciones, durante 2025 se evidenció un avance frente a 2024, reflejado tanto en la reducción del número de casos como en la disminución de la razón de mortalidad materna, lo que encamina a la ciudad hacia el cumplimiento de la meta establecida para 2027.

En Bogotá, durante los últimos años, se ha presentado un comportamiento fluctuante. Para el año 2021, se observó un comportamiento inusual en el indicador de RMM en la ciudad, mostrando una tendencia al aumento dado por la pandemia, este mismo, fue el que registró mayor número de muertes maternas en la ciudad llegando a 46 casos, lo que representa una razón de muertes maternas de 68.9 por 100.000 nacidos vivos. Se destaca que el 68% fueron muertes indirectas, el 39% de las muertes se dieron por COVID-19 y 19.5% ocurrió en población migrante.

El 2025 registró el menor número de muertes maternas del periodo analizado en el Distrito ( $n = 18$ ), con una razón de mortalidad materna (RMM) preliminar de 32,3 por 100.000 nacidos vivos, según RUAF–Sivigila. Cabe resaltar que existen diferencias en la concordancia de casos con la RUAF corresponden a defunciones diligenciadas por Medicina Legal. Este resultado es inferior al observado en 2024 (datos finales), cuando se registró una RMM de 37,1 por 100.000 nacidos vivos con 21 casos, y también se sitúa por

debajo de la RMM nacional, que en el último año fue de 42,9 por 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento sugiere una mejora sostenida en la atención materna y proyecta un avance favorable hacia el cumplimiento de la meta distrital prevista para 2027 (RMM de 27,5), reflejando el impacto positivo de las intervenciones implementadas por el sistema de salud, particularmente la intensificación de las acciones de fortalecimiento técnico a los prestadores de servicios de salud y a las EPS, el seguimiento continuo a la adherencia a guías y protocolos de manejo, y el análisis y retroalimentación permanente del comportamiento epidemiológico del evento.

El análisis de la mortalidad materna según la localidad de residencia se encuentra con una razón por 100.000 nacimientos más elevada en Chapinero y San Cristóbal, fenómeno que se explica principalmente por el bajo número de nacidos vivos en estas localidades, lo que incrementa la razón de mortalidad materna (RMM) debido a un denominador reducido. En términos del número absoluto de casos notificados de muerte materna en 2025 (datos preliminares), las localidades con mayor número de casos son Kennedy y Engativá. Este patrón de distribución refleja persistentes niveles de vulnerabilidad territorial; no obstante, se observan avances en la reducción de la mortalidad materna en localidades como Ciudad Bolívar y Suba en comparación con años anteriores. Estas áreas continúan enfrentando desafíos asociados a condiciones socioeconómicas desfavorables, las cuales inciden negativamente en los procesos de salud y enfermedad y se traducen en un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

#### 1.6 Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento del indicador:

La Secretaría Distrital de Salud, ha mantenido la vigilancia intensificada de gestantes con morbilidad materna extrema “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. El plan busca el mejoramiento en la oportunidad de la atención y captación temprana a la consulta preconcepcional, anticoncepción y control prenatal, para garantía de gestión del riesgo y atención integral.

En el marco del modelo de salud Bogotá MAS Bienestar, se han implementado acciones integrales y coordinadas que fortalecen la capacidad de respuesta del sistema frente a la mortalidad materna, abordando tanto los factores médicos como los determinantes sociales de la salud. A través del despliegue de equipos extramurales, el acompañamiento técnico a IPS y EAPB, y la implementación del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, se prioriza la atención oportuna y con enfoque diferencial a mujeres gestantes, especialmente en condiciones de vulnerabilidad. Estas acciones se articulan con



estrategias intersectoriales como las mesas de seguimiento y análisis de casos, el fortalecimiento del talento humano en salud, y la consolidación de la cohorte de gestantes, lo cual permite una vigilancia activa y una intervención temprana del riesgo. Además, el modelo MAS Bienestar promueve la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y la equidad en el acceso a servicios, reconociendo la diversidad y la complejidad del territorio. Este enfoque preventivo, predictivo y resolutivo representa un avance significativo hacia la reducción sostenida de la mortalidad materna en Bogotá, alineado con las metas del Plan Distrital de Desarrollo y el compromiso con una vida digna para todas las mujeres.

Así mismo, la SDS ha dispuesto espacios de seguimiento técnico y revisión periódica de casos, promoviendo la construcción de consensos y rutas de trabajo conjunto para el abordaje de las causas de la mortalidad materna a mediano y largo plazo.

A continuación, se relacionan las estrategias y 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 implementadas a nivel distrital para el fortalecimiento de la salud materna y perinatal:

- Mesa de seguimiento a la mortalidad materna y perinatal: Esta mesa permite el análisis y seguimiento de los casos de mortalidad materna en el Distrito, así como la identificación de barreras, la evaluación de los indicadores, y la toma de decisiones inmediatas para fortalecer o ajustar estrategias y promover acciones conjuntas que contribuyan efectivamente a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Bogotá.
- Orientación y acompañamiento técnico a las IPS y EAPB: acompañamiento a las IPS y EAPB en el nivel primario y complementario, en la identificación oportuna del riesgo biopsicosocial y la intervención oportuna de condiciones de salud de riesgo para las mujeres y personas gestantes
- Gestores de Bienestar: priorizan la atención a la población gestante en las 20 localidades del distrito capital, junto con mujeres con intención reproductiva y personas con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad, con el fin de reducir la morbilidad materna.
- Mesa de expertos de salud materna y perinatal: Esta acción ha permitido el seguimiento nominal de las gestantes del Distrito Capital y el monitoreo distrital de los indicadores estratégicos en salud materna y perinatal, fortaleciendo la respuesta del sistema de salud frente a los riesgos identificados, impactando positivamente en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.
- Línea BIENESTAR: Línea de tele orientación dirigida a gestantes y cuidadores de menores de 5 años, con el propósito de identificar tempranamente riesgos en salud



y contribuir a la reducción de morbilidad y mortalidad en estos grupos poblacionales, la cual empezó a operar en el mes de mayo del año en curso.

- Línea EVA: Línea de Evaluación y Acompañamiento de la Atención en salud, se evalúa desde la experiencia de los usuarios el avance del modelo MAS Bienestar en aspectos clave para la gestión del riesgo y el cuidado de la salud de la ciudadanía.
- Estrategia Ángeles Guardianes: La implementación de la estrategia, ha estructurado el seguimiento a mujeres con morbilidad materna extrema contribuyendo significativamente a la reducción de la mortalidad materna en el Distrito Capital.
- Equipos Mas Bienestar en tu hogar: Equipos interdisciplinarios visitan los hogares para identificar riesgos en salud, priorizando familias con gestantes en situación de riesgo.
- Plan de aceleración para reducción de la mortalidad materna y perinatal: Estrategia nacional liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que se viene trabajando desde septiembre de 2022 con las 6 líneas de acción.
- Vacuna contra VSR: Implementación de la vacunación frente al Virus Sincitial Respiratorio (VSR) como una intervención clave para la reducción de la mortalidad perinatal e infantil temprana. Dado que el VSR es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en recién nacidos, especialmente en prematuros y en aquellos con bajo peso al nacer, la evidencia internacional demuestra que la inmunización pasiva mediante vacunación materna y/o profilaxis en recién nacidos logra una reducción significativa de las muertes perinatales e infantiles tempranas, así como de las hospitalizaciones por infección respiratoria baja y las complicaciones neonatales graves.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **3. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.**

1.2. Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de Mortalidad Infantil por 1000 Nacidos Vivos, es un indicador fundamental para analizar las condiciones de vida, ya que refleja de manera directa el nivel de garantía de derechos básicos como la vida, la salud, la nutrición y el acceso oportuno a servicios de atención integral. Su importancia radica en que permite identificar desigualdades sociales, territoriales y económicas que afectan la supervivencia en la primera infancia, así como evaluar la efectividad de las acciones institucionales orientadas a la prevención de muertes evitables.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando un acceso oportuno y de calidad en los servicios de salud y de programas y servicios sociales del distrito, teniendo en cuenta representa un indicador crítico de la calidad de vida y la equidad en salud pública. Se relaciona con las meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil. Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar con las metas relacionadas con la prevención de la mortalidad neonatal y mortalidad en menores de 5 años

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años.; 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia; 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia, que aportan a la prevención de la mortalidad infantil.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos permite conocer el número de defunciones de niños y niñas menores de un año por cada mil nacidos vivos en el mismo período en Bogotá D.C. Se interpreta como la probabilidad de que un recién nacido muera antes de cumplir su primer año de vida.

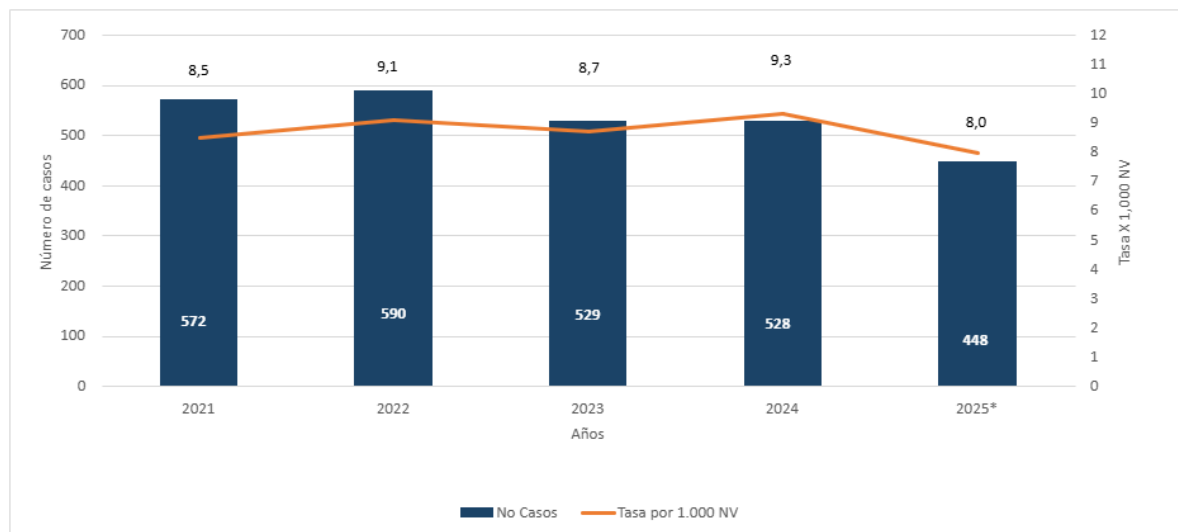
La fórmula del indicador se expresa como el total de muertes de menores de un año ocurrido en un periodo dividido entre el total de nacidos vivos del mismo periodo x 1.000.

La fuente de información proviene de la Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, a partir de las bases de datos SDS-RUAF y del Sistema de Estadísticas Vitales. Para las series 2021–2022 se emplearon bases DANE–RUAF con cierres oficiales de cada vigencia; para 2023 se utilizaron datos publicados del mismo sistema, y para 2024 información preliminar ajustada. Se precisa que en 2021 hubo actualización del denominador por cambios en la base de nacidos vivos.

Este indicador hace parte de la categoría de derechos de Existencia, en el componente de Mortalidad, con periodicidad anual. Está disponible desde 2013, se mide por cada 1.000 nacidos vivos y presenta una tendencia decreciente esperada. Se cuenta con desagregación por localidad, sexo y edad. No se tiene desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

Como referencia técnica, la mortalidad infantil incluye tres componentes: la neonatal temprana (de 0 a menos de 7 días), la neonatal tardía (de 7 a 28 días) y la posneonatal (mayores de 28 días y antes de cumplir un año de vida).

#### 1.4. Gráfica 3. Casos y tasas de mortalidad infantil (menores de un año) en Bogotá D.C años 2021 a 2025p.



FUENTE 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. FUENTE 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Tabla 1. Casos y tasas de mortalidad infantil distribuidos por localidad de residencia, en Bogotá D.C. años 2021 a 2025p.

Localidad	2021		2022		2023		2024		2025 (preliminar)	
Residencia	Casos	Tasa X 1000 Nv	Casos	Tasa X 1000 Nv	Casos	Tasa X 1000 Nv	Casos	Tasa X 1000 Nv	Casos	Tasa X 1000 Nv
1-Usaquen	26	6,3	33	7,9	34	8,6	33	8,6	27	7,2
2-Chapinero	9	7,2	6	5,0	12	10,1	7	6,0	8	7,1
3-Santafe	7	5,7	9	7,9	14	13,0	8	8,2	7	8,2

4-San Cristóbal	34	9,5	23	7,0	20	6,9	23	8,0	17	6,3
5-Usme	44	11,6	41	11,5	32	9,9	34	11,3	35	12,1
6-Tunjuelito	11	6,4	13	8,3	10	7,0	18	13,5	7	5,4
7-Bosa	68	9,6	74	11,1	56	9,1	58	10,1	35	6,2
8-Kennedy	58	6,3	88	9,8	80	9,6	72	9,1	60	7,6
9-Fontibón	18	6,7	19	7,0	21	7,9	21	8,3	20	7,5
10-Engativa	54	9,6	53	9,3	47	8,2	43	8,3	48	9,3
11-Suba	70	7,4	76	8,0	70	7,7	71	8,7	59	7,1
12-Barrios Unidos	7	7,2	11	10,9	8	8,8	4	4,5	5	5,6
13-Teusaquillo	10	12,2	7	7,3	5	5,6	10	12,8	10	13,9
14-Mártires	15	14,5	10	10,7	17	18,3	7	8,0	5	6,1
15-Antonio Nariño	5	6,3	9	12,1	5	7,0	7	11,3	7	10,2
16-Puente Aranda	22	11,6	19	10,5	15	8,6	12	7,4	11	6,9
17-Candelaria	2	11,4	1	5,1	0	0,0	1	6,6	1	7,8
18-Rafael Uribe	29	8,0	18	5,1	27	8,3	23	7,9	19	6,6
19-Ciudad Bolívar	77	10,1	78	11,2	55	8,6	66	11,1	56	9,5
20-Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	133,3	0	0,0
Sin dato de localidad	6	-	2	-	1	-	8	-	11	-
<b>Total general</b>	<b>572</b>	<b>8,6</b>	<b>590</b>	<b>9,1</b>	<b>529</b>	<b>8,7</b>	<b>528</b>	<b>9,3</b>	<b>448</b>	<b>8,0</b>

Fuente: 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

### 1.5. Análisis del indicador:

Este indicador se interpreta como el número de muertes de niños y niñas menores de un año o menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos residentes en el territorio durante cada año de análisis. Una tasa elevada evidencia mayores riesgos asociados a condiciones de salud, desigualdades sociales y fallas en la atención preventiva, mientras que una disminución progresiva refleja mejoras en la implementación de políticas públicas orientadas a la prevención de muertes evitables, el fortalecimiento de programas materno-infantiles, la vacunación y la promoción de entornos protectores. El seguimiento continuo de este indicador resulta clave para evaluar el cumplimiento de los derechos de existencia y orientar decisiones estratégicas en favor del bienestar integral de la niñez.

La tasa de mortalidad infantil, como indicador de los derechos de existencia, permite evaluar el cumplimiento del derecho a la vida y a la salud en la primera infancia. Entre 2021 y 2025p se observa un comportamiento fluctuante: la tasa general pasó de 8,6 en 2021 a 9,1 en 2022, disminuyó a 8,7 en 2023, aumentó nuevamente en 2024 (9,3) y descendió en 2025p a 8,0 con 448 casos, lo que sugiere una mejora reciente, pero con persistencia de riesgos y desigualdades territoriales, este comportamiento puede estar asociado a determinantes sociales y sanitarios, como el acceso desigual a controles prenatales y atención neonatal,

así como factores diferenciales identificados en el análisis, donde predomina el sexo masculino entre los casos, las edades extremas de la madre representan un mayor riesgo, y el bajo nivel socioeconómico incrementa la vulnerabilidad social y económica, adicionalmente, se reconoce como factor relevante la situación de hijos e hijas de madres venezolanas, quienes pueden enfrentar mayores barreras de acceso a servicios y condiciones de precariedad.

El análisis territorial muestra que las localidades con mayores casos y tasas elevadas son Ciudad Bolívar (56 casos y tasa 9,5 en 2025p), Kennedy (60 casos y tasa 7,6), Engativá (48 casos y tasa 9,3), Suba (59 casos y tasa 7,1) y especialmente Usme, que presenta una de las tasas más altas y persistentes (12,1 en 2025p), también se evidencian alertas en localidades como Teusaquillo (tasa 13,9) y Antonio Nariño (10,2), donde, aunque el número de casos es menor, la tasa es elevada, lo que representa una brecha estadística frente a territorios con mejores resultados como San Cristóbal (6,3) o Bosa (6,2), este indicador se vincula estrechamente con otros como desnutrición, bajo peso al nacer, cobertura de vacunación y control prenatal, por lo que su seguimiento integral es clave; la reducción proyectada en 2025 es positiva, pero la persistencia de altas tasas en localidades vulnerables evidencia un riesgo de muertes evitables y la necesidad de fortalecer intervenciones focalizadas para cerrar brechas territoriales y poblacionales.

En el período 2021–2025 se observa que la mortalidad infantil está dominada de forma consistente por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que se mantienen como la primera causa en todos los años, con proporciones cercanas a una cuarta parte del total y un ligero repunte relativo en 2025; las afecciones originadas en el período perinatal y los trastornos respiratorios específicos del período perinatal ocupan el segundo y tercer lugar, mostrando fluctuaciones: disminuyen entre 2021 y 2023, aumentan en 2024 y vuelven a descender en 2025. Destaca el incremento progresivo de la sepsis bacteriana del recién nacido, tanto en número de casos como en peso porcentual, lo que sugiere un problema persistente y creciente en la atención neonatal. Las causas asociadas a complicaciones obstétricas, afecciones maternas y bajo peso al nacer muestran variaciones, con aumentos relativos en 2024–2025, mientras que las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades infecciosas presentan una tendencia general a la baja. En conjunto, aunque el total de muertes disminuye hacia 2025, el patrón evidencia que las causas estructurales y perinatales siguen siendo el principal desafío para la reducción sostenida de la mortalidad infantil.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Con corte a diciembre de 2025, se desarrollaron múltiples acciones para fortalecer la prevención de la mortalidad en menores de un año, incluyendo 345 asistencias técnicas a IPS con estrategia IAMII, fortalecimiento de la lactancia materna, seguimiento a indicadores en 46 IPS, formación de talento humano mediante cursos y capacitaciones, intervención en 50 IPS y sostenibilidad en 27, manteniendo 77 IPS certificadas, así como monitoreo de nuevas instituciones.

Se realizaron acompañamientos en salas ERA, seguimiento a casos de IRA, EDA y desnutrición, acciones en el marco del CODACAI y cáncer infantil, y atención promocional a 58.859 niños en cinco entornos.

Se adelantaron sesiones para fortalecer la detección de defectos congénitos, depuración de bases SIVIGILA y 50 asistencias técnicas en vigilancia, con seguimiento al 95% de los casos priorizados. Se desarrollaron comités distritales ERA, procesos de educación en salud en Ciudad Bolívar, fases de diagnóstico, co-construcción e implementación de la estrategia socioeducativa “Creciendo con más bienestar”, y preparación para su ejecución en 2026.

Desde la gestión de política, se priorizaron localidades con mayor mortalidad infantil, se fortaleció el seguimiento nominal, se participó en espacios distritales y nacionales, y se promovieron acciones para reducir la mortalidad asociada a IRA. A nivel territorial, se implementaron estrategias en Barrios Unidos, Engativá, Antonio Nariño, Kennedy y Santa Fe, con jornadas educativas, formación a gestantes y cuidadores, promoción de lactancia, salud mental, vacunación, AIEPI, alimentación saludable y prevención de riesgos. Asimismo, se elaboró un documento de sistematización, se fortalecieron capacidades institucionales, se implementó la cartilla “Tejiendo Unidos” y se proyectaron acciones para 2026 en zonas priorizadas, consolidando un enfoque integral, territorial y comunitario orientado a la detección temprana, el fortalecimiento del talento humano y la prevención de la mortalidad infantil.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **4. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales es un indicador clave para analizar las condiciones de vida de niñas, niños y adolescentes, ya que refleja el acceso oportuno y continuo de las mujeres gestantes a servicios de salud preventiva

durante el embarazo. La realización adecuada de controles prenatales permite la detección temprana de riesgos obstétricos, la prevención de complicaciones evitables y la promoción de prácticas saludables que inciden directamente en el peso al nacer, la supervivencia neonatal y el desarrollo integral en la primera infancia. Desde el enfoque de curso de vida, este indicador evidencia las condiciones estructurales que anteceden al nacimiento y que influyen en las trayectorias de salud y bienestar de la niñez. Asimismo, permite identificar desigualdades sociales y territoriales en el acceso a la atención prenatal, asociadas con mayores riesgos de morbilidad materna y neonatal y con afectaciones en el desarrollo físico y cognitivo de niños y adolescentes.

En el marco de la política pública, el indicador de Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, es fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de las estrategias de salud materna e infantil, al permitir medir la cobertura, oportunidad y continuidad de la atención prenatal. Su análisis orienta la toma de decisiones para fortalecer la Atención Primaria Social, focalizar acciones en poblaciones con mayores barreras de acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud dirigidos a las gestantes. Además, aporta evidencia para evaluar el cumplimiento de metas relacionadas con la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la prevención de nacimientos con bajo peso y la garantía del derecho a la salud desde la gestación, consolidándose como una herramienta esencial para la gestión intersectorial y la asignación eficiente de recursos públicos.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando un acceso oportuno y de calidad en los servicios de salud y de programas y servicios sociales del distrito, teniendo en cuenta representa un indicador crítico de la calidad de vida y la equidad en salud pública. Contribuye al seguimiento de los programas distritales dirigidos a la atención integral de la gestación y la primera infancia, así como a la prevención de muertes evitables, y se articula con la Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA), aportando información para evaluar la garantía del derecho a la salud y al desarrollo integral desde la etapa prenatal.

Se relaciona con las metas estratégicas de Reducir la Razón de Mortalidad Materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá, y la de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil. Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar con las metas relacionadas con la prevención de la mortalidad neonatal y mortalidad en menores de 5 años

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas,



niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia y 3.3.7 Ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo materno perinatal implementada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. que aportan a la prevención de la mortalidad infantil.

### 1.3. Descripción del indicador:

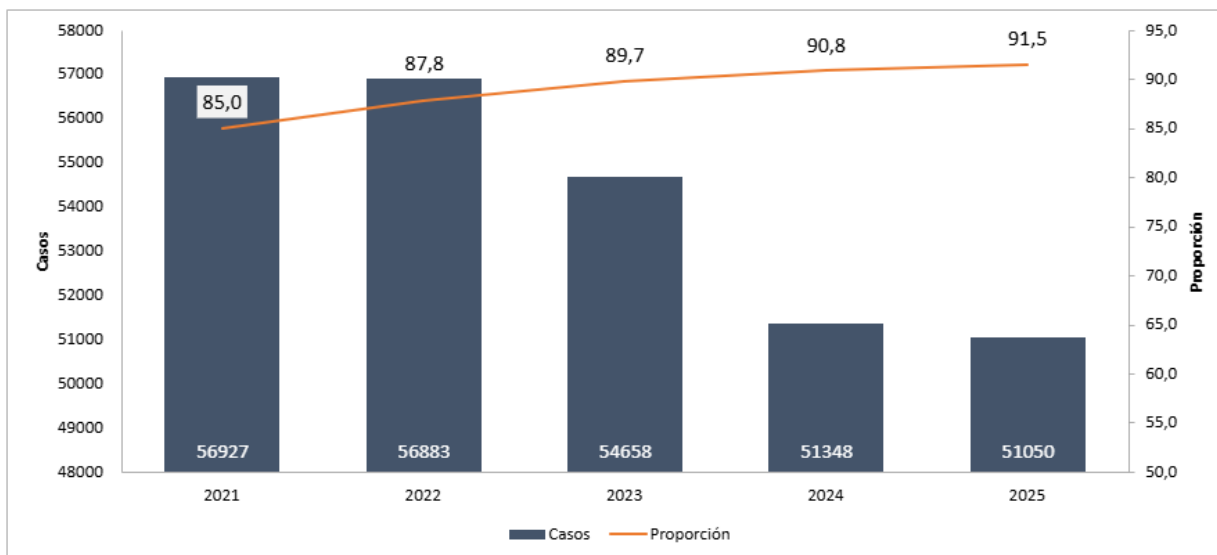
El indicador tiene como objetivo conocer la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles prenatales durante su gestación en Bogotá D.C. Este indicador permite evaluar el acceso y la adherencia a la atención prenatal, constituyéndose en un referente clave para el seguimiento de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud materna y perinatal. La interpretación del indicador corresponde al porcentaje de nacidos vivos cuyas madres cumplieron con cuatro o más controles prenatales durante el embarazo, respecto al total de nacidos vivos registrados en el mismo período.

Se calcula a partir del Número total de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales / Número total de nacidos vivos durante el mismo período x 100

La fuente de información proviene de la Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, a través de las bases de datos SDS-RUAF, EEVV y RUAF-ND del Sistema de Estadísticas Vitales

El indicador pertenece a la categoría de derechos de Existencia, en el componente Nacimiento, tiene periodicidad anual y se encuentra disponible desde 2012. Tiene desagregación por localidad y edad, pero no presenta desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

### 1.4. Gráfica 4. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro (4) controles prenatales o más. Bogotá 2021 – 2025p



Fuente 2021-2022: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- (2021 el 30-03- 2022; 2022 el 21-12-2023; Fuente 2023 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024; Fuente 2024 : BASE FINAL DANE .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PUBLICADA 25-09-2025- SDS AJUSTADO 15-10-2025; Fuente 2025 : BASE PRELIMINAR SDS .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV -preliminar ajustada 10-01-2026.

### 1.5. Análisis del indicador:

En Bogotá, D.C., se observa desde el 2021- 2025 una disminución de nacidos vivos; sin embargo, el número de gestantes con 4 o más controles prenatales ha venido en aumento pasando del 85% en 2021 al 91.5% en 2025 (dato preliminar); lo cual ha permitido la identificación y gestión del riesgo durante la gestación y se evidencia un incremento en las acciones de demanda inducida y captación de gestantes para las atenciones del control prenatal. Este indicador evidencia el favorecimiento de la prevención, la orientación y la detección temprana de alteraciones en la salud materna y fetal. No obstante, diversos lineamientos nacionales resaltan que no solo es relevante la cobertura, sino también la oportunidad del ingreso al control prenatal, dado que un inicio temprano del seguimiento durante la gestación incrementa la posibilidad de intervenir oportunamente los riesgos y mejorar los desenlaces maternos y perinatales.

El monitoreo continuo a las atenciones de la ruta materno perinatal también ha permitido lograr mejores coberturas en la atención de las gestantes en el Distrito. Aún se encuentra una pequeña brecha entre el porcentaje de partos atendidos a nivel institucional que en el 2025 fue del 99.8% y el número de madres con 4 o más controles, el cual para el mismo año fue del 91.5%.

Adicionalmente, existen diferentes determinantes sociales que inciden en el indicador y en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivo de las gestantes y personas en capacidad de gestar.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

El aumento del porcentaje de nacidos vivos con cuatro (4) controles prenatales o más en Bogotá, D.C., que pasó del 85 % en 2021 al 91,5 % en 2025 (dato preliminar), se explica principalmente por el fortalecimiento de la Atención Primaria Social, la intensificación de las acciones de demanda inducida y la captación temprana de gestantes en el territorio. Estas acciones han permitido mejorar la oportunidad y continuidad del control prenatal, favoreciendo la identificación y gestión del riesgo durante la gestación.

La implementación y el seguimiento permanente de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, así como la articulación entre las EAPB y la red de IPS públicas y privadas, han contribuido al mejoramiento progresivo de las coberturas de atención prenatal en el Distrito. No obstante, persiste una brecha frente al porcentaje de atención institucional del parto (99,8 % en 2025), asociada principalmente al ingreso tardío al control prenatal y a determinantes sociales como condiciones de vulnerabilidad, migración, barreras administrativas y factores culturales.

Para el cierre de estas brechas, el sector salud ha fortalecido estrategias de búsqueda activa y seguimiento a gestantes, el monitoreo continuo de la ruta materno perinatal y los espacios de seguimiento con aseguradores y prestadores, priorizando territorios y poblaciones con mayores barreras de acceso. Estas acciones permiten consolidar avances en la atención prenatal y contribuyen a la garantía del derecho a la salud materna y al desarrollo integral de la niñez desde la gestación.

#### 1. Categoría de Derechos: Existencia

##### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **5. Tasa de mortalidad en la infancia (6 a 11 años)**

##### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa de mortalidad en niñas y niños de 6 a 11 años es un indicador sensible del estado de salud, bienestar y protección de la niñez en edad escolar. Este indicador refleja no solo condiciones sanitarias, sino también factores sociales, ambientales y de seguridad que inciden en la supervivencia infantil, como el acceso a servicios de salud oportunos, entornos

seguros, condiciones de vivienda adecuadas y la efectividad de las acciones de prevención de muertes evitables.

Su análisis permite identificar riesgos asociados a causas externas, enfermedades prevenibles y eventos relacionados con el entorno social y comunitario, lo cual resulta clave para comprender las desigualdades territoriales y poblacionales que afectan las condiciones de vida de niñas y niños en Bogotá. En este sentido, la tasa de mortalidad en este grupo etario se consolida como un indicador integral del cumplimiento del derecho a la vida y a la salud en la etapa de la niñez intermedia.

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de Mortalidad en la Infancia (6-11 años), es fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de las acciones orientadas a la protección integral de la niñez, en coherencia con el enfoque de prevención y cuidado del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 asociado con el eje Confía en su Bien-estar. Su comportamiento permite evaluar la efectividad de las estrategias de salud pública, seguridad, educación y protección social dirigidas a reducir muertes evitables en niñas y niños en edad escolar. Este indicador se constituye en una herramienta clave para priorizar acciones territoriales y fortalecer entornos protectores para la niñez.

Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar con la meta 3.4 Reducir la Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles, teniendo en cuenta entre las primeras causas de mortalidad en niños y niñas de 6 a 11 años se encuentra el cáncer y la leucemia. Adicionalmente de manera indirecta en el ODS 3 la prevención de caídas, quemaduras e intoxicaciones disminuye la mortalidad y discapacidad, que tiene como fin garantizar la vida.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia que aportan a la prevención de la mortalidad en niños y niñas de 6-12 años

### 1.3. Descripción del indicador:

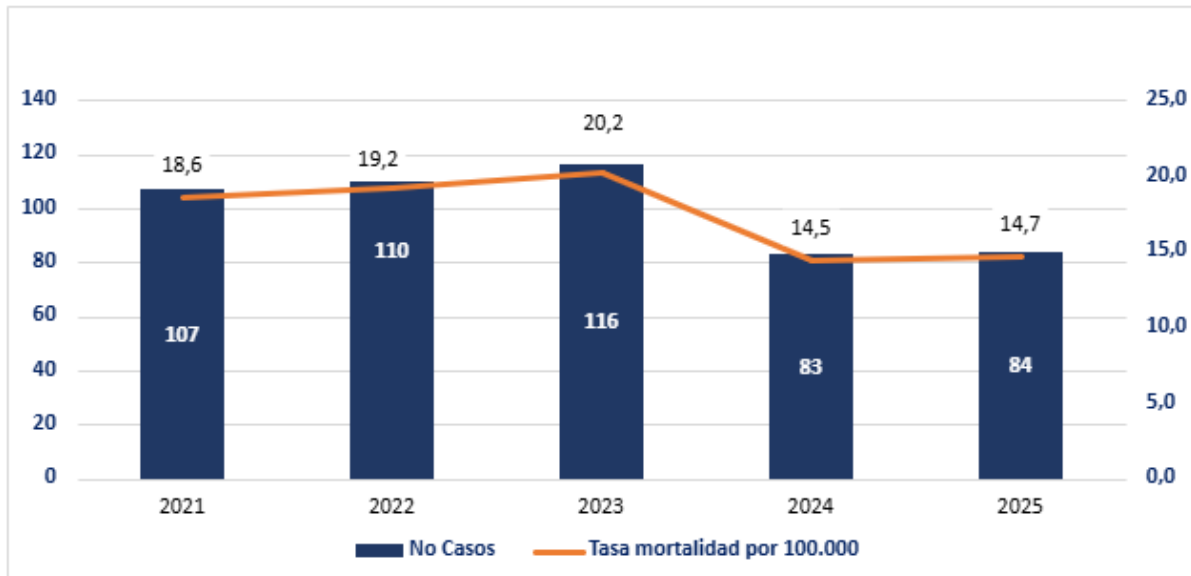
La tasa de mortalidad de 6 a 11 años por 100.000 habitantes es un indicador que permite conocer el número de defunciones de niños y niñas de 6 a 11 años por cada 100.000 habitantes en un período determinado.

Se interpreta como el número de casos de muertes en niños y niñas de 6 a 11 años por cada 100.000 habitantes durante un período dado. La fórmula de cálculo Total de defunciones de niñas y niños de 6 a 11 años registradas en el período / Total de población de 6 a 11 años en el mismo período)  $\times$  100.000.

La información proviene de las bases de datos SDS–RUAF y de las proyecciones de población del DANE y la Secretaría Distrital de Planeación, con desagregación por localidades 2018–2035 y UPZ 2018–2024. Es un indicador de periodicidad anual, disponible desde 2013, cuya unidad de medida es por 100.000 habitantes y presenta tendencia decreciente.

Cuenta con desagregación por localidad, sexo y edad de 6 a 11 años, no cuenta con desagregación por discapacidad, etnia ni zona. Se realiza retrocálculo del indicador a partir del año 2006 según reporte poblacional del Censo DANE 2018, lo que explica diferencias con datos presentados en informes de vigencias anteriores 2017–2021 en respuesta al Acuerdo 238 de 2006 – SMIA. Para los períodos 2015–2017 se utilizaron proyecciones de población DANE y SDP 2000–2015; para 2018–2022, proyecciones DANE 2018–2035; y para 2021–2022, bases DANE–RUAF–ND del Sistema de Estadísticas Vitales con datos finales o preliminares ajustados según año de corte.

1.4. Gráfica 5. Tasa de mortalidad de 6 a 11 años por 100.000 hab. Bogotá D.C. 2021-2025



Fuente 2021-2022: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- (2021 el 30-03-2022; 2022 el 21-12-2023; Fuente 2023: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024; Fuente 2024: BASE FINAL DANE. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PUBLICADA 25-09-2025- SDS AJUSTADO 15-10-2025; Fuente 2025: BASE PRELIMINAR SDS. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV -preliminar ajustada 10-01-2026.

### 1.5. Análisis del indicador:

Para el análisis de este indicador se utilizaron las bases de datos de estadísticas vitales de defunciones RUAF ND DANE definitivas de los años 2021 al 2024 y la base preliminar 2025 base RUAF\_ND SDS. En el periodo analizado 2021 - 2025 se evidencia que, en promedio, anualmente en la ciudad se presenta un total de 100 casos de mortalidad en niños entre los 6 y los 11 años, con un mínimo de 84 casos y un máximo de 116. La tendencia del indicador en el último año es hacia la disminución con una tasa preliminar para 2025 de 14.7 \* 100.000 menores de 6 a 11 años.

### Distribución de causas agrupadas de mortalidad 6 a 11 años.

La principal causa de mortalidad en el año 2024 fue la leucemia, con el 10.3 % (n=12) , en segundo lugar, el Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central, con el 6.9% (n=8) de los casos. En tercer lugar, se ubicó los Accidentes de transporte de motor, con un 6.0% (n=7).

Al comparar estos datos con el año 2023, se destaca la aparición de los Accidentes de transporte de motor, los cuales estaban en el 8 lugar de las diez principales causas de mortalidad en dicho año. (Ver tabla XX).

Tabla 2. Principales causas de mortalidad población 6 a 11 años. Bogotá D.C. 2023 – 2024

AGRUPACION 105 CAUSAS	NUMERO	%	AGRUPACION 105 CAUSAS	NUMERO	%
Año 2023			Año 2024		
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	14	12,1	1-035 Leucemia	12	10,3
1-035 Leucemia	14	12,1	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	8	6,9
1-059 Neumonía	6	5,2	1-090 Accidentes de transporte de motor	7	6,0
1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	5	4,3	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	4	3,4
1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	4	3,4	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	4	3,4
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	3	2,6	1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales	3	2,6
1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	3	2,6	1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	2	1,7
1-090 Accidentes de transporte de motor	3	2,6	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	2	1,7
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	3	2,6	1-059 Neumonía	2	1,7
1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	2	1,7	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2	1,7
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	59	50,9	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	37	31,9
	<b>116</b>	<b>100,0</b>		<b>83</b>	<b>71,6</b>

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE - SDS.- Datos Finales año 2023 publicado 16-01-2025: AÑO 2024 FINAL

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Dentro de las actividades de Gestión de la Salud Pública -GSP- y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC- se encuentran las acciones de promoción y prevención en salud mental, identificación de riesgos psicosociales, la vigilancia e intervención de eventos relacionados con la ideación, plan, amenaza o intento de suicidio, esto en complementariedad con las intervenciones individuales a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio -EAPB-.

Para 2025 se realizó una jornada de fortalecimiento de capacidades al talento humano en salud para la promoción de comportamientos de cuidado para la movilidad segura y prevención de la siniestralidad vial infantil con la participación de 250 personas.

Con respecto a cáncer en menor de 18 años, se realizaron 2 sesiones del Comité Distrital Asesor en Cáncer Infantil-CODACAI para realizar seguimiento y monitoreo de la implementación de la Ley 2026 del 2020 “Ley Jacobo” así como políticas y planes territoriales para el mejoramiento de la calidad y expectativa de vida de la población con



cáncer infantil. Al concejo tiene participación sectorial e intersectorial, dando cumplimiento al plan de acción propuesto para la vigencia. Adicionalmente se realizaron asistencias técnicas al talento humano en salud en la identificación de signos y síntomas que permita un diagnóstico temprano.

Es importante tener en cuenta que, para hacer frente a estas problemáticas se requieren respuestas sectoriales e intersectoriales orientadas a favorecer la atención integral de esta población, promoviendo su reconocimiento como sujetos de derecho y generando transformaciones sociales que incidan positivamente en la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con lo establecido en la Política Pública de Infancia y Adolescencia del Distrito Capital 2023- 2033 y la ruta integral de atenciones desde la gestación hasta la adolescencia (RIAGA).

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **6. Tasa de mortalidad en la adolescencia (12 a 17 años)**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa de mortalidad de adolescentes de 12 a 17 años es un indicador crítico para analizar las condiciones de vida, salud y protección de la población adolescente, ya que refleja de manera directa los riesgos asociados a causas externas, violencias, problemas de salud mental, accidentes y enfermedades prevenibles. Este indicador evidencia el impacto de los determinantes sociales, económicos y ambientales en la supervivencia adolescente, así como la efectividad de las políticas públicas orientadas a la prevención de muertes evitables en esta etapa del ciclo de vida.

Su análisis permite identificar desigualdades territoriales y poblacionales, así como contextos de alta vulnerabilidad social que afectan de manera diferencial a las y los adolescentes, aportando información clave para la formulación de estrategias integrales de protección, cuidado y promoción de la salud. Asimismo, la tasa de mortalidad adolescente constituye una herramienta clave para la priorización territorial e intersectorial de intervenciones, al visibilizar la necesidad de acciones articuladas entre los sectores de salud, educación, seguridad, movilidad, integración social y justicia, orientadas a reducir muertes evitables y a garantizar el derecho a la vida y al desarrollo integral de las y los adolescentes.

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de Mortalidad en la Infancia (6-11 años), es fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de las acciones

orientadas a la protección integral de la adolescencia, en coherencia con el enfoque de prevención y cuidado del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 asociado con el eje Confía en su Bien-estar. Su comportamiento permite evaluar la efectividad de las estrategias de salud pública, prevención de violencias, fortalecimiento de la salud mental seguridad, movilidad, educación y fortalecimiento de entornos protectores dirigidos a reducir muertes evitables en adolescentes.

Este indicador se relaciona con el ODS 16 prevención de muertes por causas externas y violencias en la adolescencia (agresiones y homicidios) y ODS 3: Salud y Bienestar con la meta 3.6 Reducción de accidentes por tráfico (accidentes de tránsito) y meta 3.4 Reducción de Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles (tumores y leucemias).

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia que aportan a la prevención de la mortalidad en la adolescencia, permitiendo el seguimiento de la garantía de los derechos a la vida, la salud, la protección y el desarrollo integral.

### 1.3. Descripción del indicador:

La tasa de mortalidad de adolescentes de 12 a 17 años por 100.000 habitantes es un indicador que permite conocer el número de defunciones ocurridas en esta población durante un período determinado, en relación con el total de adolescentes del mismo grupo etario residentes en la ciudad. Su objetivo es medir la magnitud de la mortalidad en la adolescencia y aportar información para el análisis de riesgos, causas externas y condiciones de salud que afectan a esta población.

La interpretación del indicador corresponde al número de muertes de adolescentes entre 12 y 17 años por cada 100.000 habitantes de ese mismo grupo de edad en un período anual. Su comportamiento puede ser variable en el tiempo, dependiendo de factores sociales, ambientales, epidemiológicos y de seguridad. La unidad de medida es por 100.000 habitantes y su periodicidad es anual. El indicador se encuentra disponible desde el año 2013.

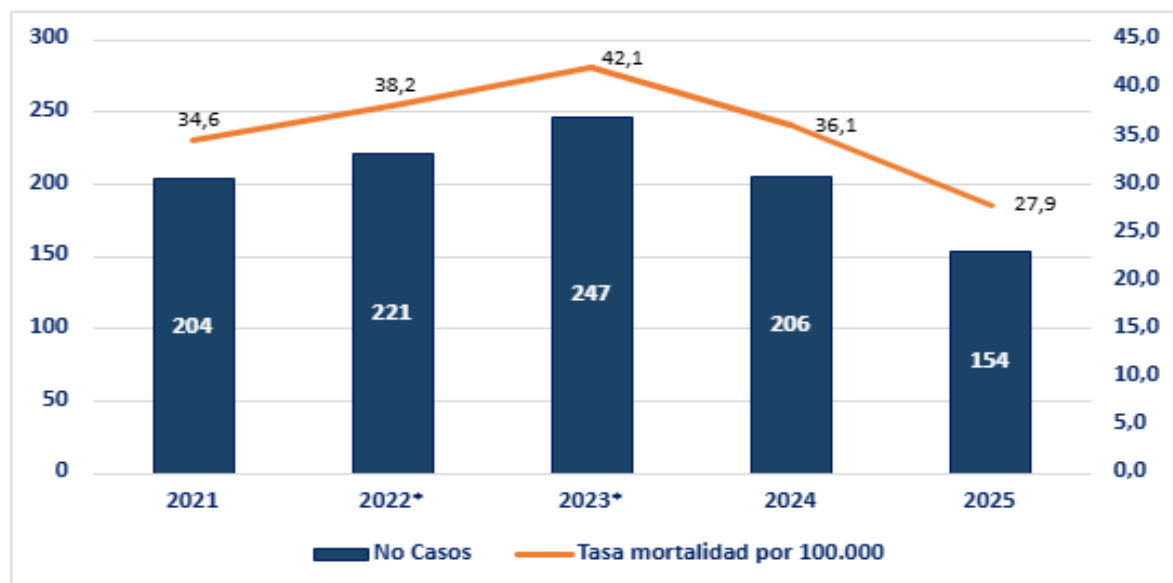
La fórmula de cálculo es Tasa de mortalidad de 12 a 17 años = (Número total de defunciones de adolescentes de 12 a 17 años registradas en el período / Total de adolescentes de 12 a 17 años proyectados para el mismo período) × 100.000.

Las fuentes de información incluyen las bases de datos del Sistema de Estadísticas Vitales (RUAF–ND) y las proyecciones oficiales de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la Secretaría Distrital de Planeación (SDP), con proyecciones desagregadas por localidades para el período 2018–2035 y UPZ 2018–2024.

Cuenta con desagregación por localidad, sexo y edad de 12 a 17 años. No cuenta con desagregación por discapacidad, pertenencia étnica ni zona de residencia.

Como aspecto metodológico, se realizó retrocálculo del indicador a partir del año 2006 con base en las proyecciones poblacionales derivadas del Censo DANE 2018, lo que puede generar diferencias frente a cifras publicadas en informes de vigencias anteriores (2017–2021), en el marco del Acuerdo 238 de 2006 – SMIA. Las fuentes poblacionales varían según el período analizado: para 2015–2017 se utilizaron proyecciones DANE–SDP 2000–2015; para 2018–2022, proyecciones DANE–SDP 2018–2035; y para los años recientes, registros del Sistema de Estadísticas Vitales con datos finales o preliminares según el año de corte.

#### 1.4. Gráfica 6. Tasa de mortalidad de 12 a 17 años por 100.000 hab. Bogotá D.C. 2021-2025p



Fuente 2021-2022: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- (2021 el 30-03- 2022; 2022 el 21-12-2023; Fuente 2023 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024; Fuente 2024 : BASE FINAL DANE .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PUBLICADA 25-09-2025- SDS AJUSTADO 15-10-2025; Fuente 2025 : BASE PRELIMINAR SDS .Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV -preliminar ajustada 10-01-2026.

### 1.5. Análisis del indicador:

En el periodo analizado 2021-2025p se evidencia que, en promedio, anualmente en la ciudad se presenta un total de 206 casos de mortalidad en adolescentes, con un mínimo de 154 casos y un máximo de 247. La tendencia del indicador en el último año es hacia la disminución con una tasa para el 2025p de 27.9 por 100.000 menores de 12 a 17 años.

### Distribución de causas agrupadas de mortalidad 12 a 17 años

En el grupo de 12 a 17 años las tres principales causas para el año 2024 fueron las Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas con 31 casos (12,6%), en segundo lugar, las Agresiones (homicidios) y secuelas con 30 casos (12.1%), y en tercer lugar los Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares y los Accidentes de transporte de motor con 12 casos cada uno (4.9%). Se observa que la leucemia descendió al quinto lugar en el año 2024.

Tabla 3. Principales causas de mortalidad población 12 a 17 años. Bogotá D.C. 2023 – 2024

AGRUPACION 105 CAUSAS Año 2023	NUMERO	%	AGRUPACION 105 CAUSAS Año 2024	NUMERO	%
1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	37	15,0	1-100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	31	12,6
1-100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	29	11,7	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	30	12,1
1-090 Accidentes de transporte de motor	18	7,3	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	12	4,9
1-035 Leucemia	16	6,5	1-090 Accidentes de transporte de motor	12	4,9
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	8	3,2	1-035 Leucemia	8	3,2
1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales	8	3,2	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	7	2,8
1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	6	2,4	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	7	2,8
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	5	2,0	1-059 Neumonía	6	2,4
1-059 Neumonía	5	2,0	1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5	2,0
1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	4	1,6	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	4	1,6
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>111</b>	<b>44,9</b>	<b>RESTO DE CAUSAS</b>	<b>84</b>	<b>34,0</b>

	247	100,0		206	83,4
--	-----	-------	--	-----	------

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE - SDS.- Datos Finales año 2023 publicado 16-01-2025: AÑO 2024 FINAL

## 1.6 Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Dentro de las actividades de Gestión de la Salud Pública -GSP- y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC- se encuentran las acciones de promoción y prevención en salud mental, identificación de riesgos psicosociales, la vigilancia e intervención de eventos relacionados con la ideación, plan, amenaza o intento de suicidio, esto en complementariedad con las intervenciones individuales a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio -EAPB-.

Para 2025 se realizó una jornada de fortalecimiento de capacidades al talento humano en salud para la promoción de comportamientos de cuidado para la movilidad segura y prevención de la siniestralidad vial infantil con la participación de 250 personas.

Con respecto a cáncer en menor de 18 años, se realizaron 2 sesiones del Comité Distrital Asesor en Cáncer Infantil-CODACAI para realizar seguimiento y monitoreo de la implementación de la Ley 2026 del 2020 “Ley Jacobo” así como políticas y planes territoriales para el mejoramiento de la calidad y expectativa de vida de la población con cáncer infantil. Al concejo tiene participación sectorial e intersectorial, dando cumplimiento al plan de acción propuesto para la vigencia. Adicionalmente se realizaron asistencias técnicas al talento humano en salud en la identificación de signos y síntomas que permita un diagnóstico temprano.

Es importante tener en cuenta que, para hacer frente a estas problemáticas se requieren respuestas sectoriales e intersectoriales orientadas a favorecer la atención integral de esta población, promoviendo su reconocimiento como sujetos de derecho y generando transformaciones sociales que incidan positivamente en la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con lo establecido en la Política Pública de Infancia y Adolescencia del Distrito Capital 2023- 2033 y la ruta integral de atenciones desde la gestación hasta la adolescencia (RIAGA).

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **7. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos**

## 1.2. Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de Mortalidad en menores de 5 años, es un indicador fundamental para analizar las condiciones de vida, ya que refleja de manera directa el nivel de garantía de derechos básicos como la vida, la salud, la nutrición y el acceso oportuno a servicios de atención integral. Su importancia radica en que permite identificar desigualdades sociales, territoriales y económicas que afectan la supervivencia en la primera infancia, así como evaluar la efectividad de las acciones institucionales orientadas a la prevención de muertes evitables.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando un acceso oportuno y de calidad en los servicios de salud y de programas y servicios sociales del distrito, teniendo en cuenta representa un indicador crítico de la calidad de vida y la equidad en salud pública. Se relaciona con las meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil. Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar con las metas relacionadas con la prevención de la mortalidad neonatal y mortalidad en menores de 5 años

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años.; 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia; 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia, que aportan a la prevención de la mortalidad infantil.

## 1.3. Descripción del indicador:

La tasa de mortalidad en menores de cinco años por mil nacidos vivos es un indicador que permite conocer el número de defunciones de niños y niñas menores de 5 años en relación con el total de nacidos vivos durante el mismo período en Bogotá D.C. Su objetivo es medir la magnitud de la mortalidad en la primera infancia y constituye un referente fundamental

para evaluar las condiciones de salud, bienestar, acceso y calidad de los servicios de atención materno-infantil.

Este indicador expresa la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida. Por ejemplo, un valor de 12,1 por mil significa que, por cada mil nacidos vivos, aproximadamente 12 niños o niñas fallecen antes de alcanzar los cinco años. Se trata de una aproximación a la probabilidad de muerte temprana en la niñez.

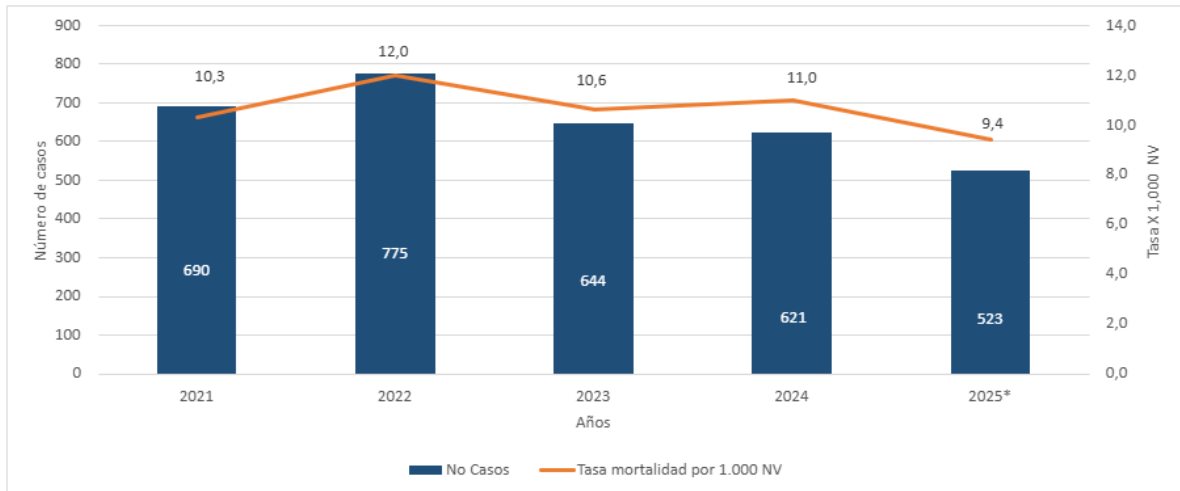
La fórmula de cálculo: Tasa de mortalidad en menores de cinco años = (Número total de defunciones de menores de 5 años registradas en el período / Número total de nacidos vivos en el mismo período)  $\times$  1.000.

Las fuentes de información son las bases de datos del Sistema de Estadísticas Vitales (RUAF–ND), administradas por la autoridad sanitaria, tanto para el registro de defunciones como para el de nacidos vivos. Para los años 2021 a 2022 se utilizaron bases DANE–RUAF–ND con datos finales (2021 con corte 30-03-2022; 2022 con corte 21-12-2023). Para 2023 se emplearon datos finales publicados el 16-12-2024, y para 2024 información preliminar ajustada con corte 13-01-2025. En 2021 se presentaron cambios en el denominador debido a la actualización de la base de nacidos vivos (fecha de actualización 30-01-2023).

Es un indicador de periodicidad anual, disponible desde 2013, cuya unidad de medida es por 1.000 nacidos vivos. Su comportamiento puede ser variable en el tiempo, dependiendo de factores sociales, económicos, ambientales y de acceso a servicios de salud. En cuanto a su desagregación, el indicador se presenta para todas las localidades del Distrito Capital y permite análisis por sexo (hombre, mujer, intersexual y sin información), así como para el grupo de edad de 0 a 5 años. No cuenta con desagregación por discapacidad, pertenencia étnica ni zona de residencia (urbana o rural).

1.4. Gráfica 7. Casos y tasas de mortalidad en menores de 5 años, en Bogotá D.C años 2021 a 2025p.





Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Tabla 4. Casos y tasas de mortalidad en menores de 5 años distribuidos por localidad de residencia, en Bogotá D.C. años 2021 a 2025p.

Localidad	2021		2022		2023		2024		2025 (Preliminar)	
Residencia	Casos	Tasa X 1000 NV	Casos	Tasa X 1000 NV	Casos	Tasa X 1000 NV	Casos	Tasa X 1000 NV	Casos	Tasa X 1000 NV
1-Usaquen	35	8,5	49	11,7	41	10,3	39	10,2	30	8,0
2-Chapinero	11	8,8	7	5,8	12	10,1	9	7,7	10	8,9
3-Santafé	11	8,9	13	11,4	18	16,8	9	9,2	8	9,3
4-San Cristóbal	44	12,3	34	10,4	25	8,6	26	9,0	24	8,9
5-Usme	50	13,2	55	15,5	35	10,8	40	13,3	39	13,5
6-Tunjuelito	13	7,5	19	12,1	12	8,4	19	14,2	8	6,2
7-Bosa	79	11,2	96	14,3	64	10,4	75	13,1	40	7,1
8-Kennedy	72	7,9	110	12,2	103	12,4	85	10,8	73	9,3
9-Fontibón	21	7,8	29	10,6	27	10,2	24	9,5	23	8,6
10-Engativa	64	11,4	61	10,7	57	9,9	52	10,1	52	10,1
11-Suba	82	8,6	94	9,9	77	8,4	82	10,0	71	8,6
12-Barrios Unidos	13	13,4	13	12,9	11	12,1	5	5,6	5	5,6
13-Teusaquillo	14	17,1	9	9,4	6	6,8	13	16,6	13	18,1
14-Mártires	16	15,5	14	15,0	21	22,6	10	11,5	5	6,1
15-Antonio Nariño	9	11,4	12	16,2	6	8,4	7	11,3	7	10,2
16-Puente Aranda	24	12,6	22	12,1	20	11,5	13	8,0	13	8,1
17-Candelaria	2	11,4	1	5,1	0	0,0	1	6,6	1	7,8
18-Rafael Uribe	34	9,4	33	9,4	36	11,1	26	8,9	25	8,7
19-Ciudad Bolívar	88	11,6	101	14,5	69	10,8	73	12,2	64	10,9

20-Sumapaz	0	0,0	1	3,0	0	0,0	2	133,3	0	0,0
Sin dato de localidad	8	-	2	-	4	-	11		12	
<b>Total general</b>	<b>690</b>	<b>10,3</b>	<b>775</b>	<b>12,0</b>	<b>644</b>	<b>10,6</b>	<b>621</b>	<b>11,0</b>	<b>523</b>	<b>9,4</b>

Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-  
Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-  
PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

### 1.5. Análisis del indicador:

La tasa de mortalidad en menores de cinco años es un indicador central de los derechos de existencia, pues mide el nivel de garantía del derecho a la vida y a la salud en la primera infancia. A partir de 2020 se registra un descenso pronunciado de los casos, posiblemente asociado a cambios demográficos y de atención en salud, manteniéndose en los últimos años tasas inferiores a 11 por 1.000 NV, en conjunto, el comportamiento del indicador sugiere progreso sostenido, con variabilidad esperable, y consolidación de niveles más bajos de mortalidad infantil hacia el final del periodo analizado.

Entre 2021 y 2025p se observa un comportamiento variable: la tasa general pasó de 10,3 en 2021 a 12,0 en 2022, descendió a 10,6 en 2023, aumentó nuevamente en 2024 (11,0) y disminuyó en 2025p a 9,4 con 523 casos, lo que evidencia una mejora reciente, aunque persisten riesgos territoriales y sociales, es importante resaltar que más del 80% de esta mortalidad corresponde a muertes ocurridas en menores de un año, lo que indica que la mayor vulnerabilidad se concentra en el periodo neonatal e infantil temprano, factores como el predominio del sexo masculino entre los casos, las edades extremas de la madre, el bajo nivel socioeconómico y la condición migratoria (hijos e hijas de madres venezolanas) incrementan el riesgo, al asociarse con mayores barreras de acceso a servicios y condiciones de precariedad.

El análisis territorial muestra que las localidades con mayores tasas y casos en 2025p son Usme (13,5), Ciudad Bolívar (10,9), Engativá (10,1), Antonio Nariño (10,2) y especialmente Teusaquillo, que presenta una tasa muy alta (18,1) pese a un menor número de casos, lo que constituye una brecha estadística frente a localidades con mejores resultados como Bosa (7,1), Fontibón (8,6) o Puente Aranda (8,1), estas diferencias reflejan desigualdades territoriales en condiciones de vida, acceso a control prenatal, atención neonatal, vacunación y nutrición, por lo que el indicador se relaciona estrechamente con otros como bajo peso al nacer, desnutrición y cobertura de servicios materno-infantiles, aunque la reducción proyectada en 2025 es positiva, la persistencia de tasas elevadas en localidades vulnerables mantiene una alerta por riesgo de muertes evitables, lo que exige fortalecer intervenciones focalizadas para cerrar brechas y proteger la vida de los niños y niñas menores de cinco años.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Para el cumplimiento de las metas de mortalidad en menores de 5 años durante 2025 se realizaron 42 asistencias técnicas donde se realizó fortalecimiento de competencias del talento humano para el mejoramiento de la vigilancia y respuesta a la mortalidad infantil. Se realizó seguimiento a 169 casos de defectos congénitos con una efectividad del 95% (n=161).

Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 80 casos probables o confirmados de cáncer en niños y niñas menores de 5 años. Se realizaron asistencias técnicas a las UPGD públicas que vigilan el evento Cód. 115 – cáncer en menores de 18 años, distribuidas en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud. Se realizaron 56 investigaciones epidemiológicas de campo en casos confirmados y priorizados, 37 canalizaciones efectivas a EAPB, 5 canalizaciones adicionales en las que se identificaron barreras administrativas Desarrollo de 15 COVE Locales y 1 COVE Distrital con temática central del cáncer en menores de 18 años, en conmemoración del Día Internacional contra el Cáncer Infantil. Se realizó acompañamiento terapéutico a niños y niñas con diagnóstico de cáncer y se avanzó en el mapeo de IPS oncológicas con giro directo y la descripción de sus procesos.

Se realizó de forma semanal el análisis del comportamiento de la morbilidad por IRA (evento 995), con la elaboración del Boletín Epidemiológico Semanal para los eventos 345, 348 y 591, con énfasis en la evaluación de canales endémicos por grupos etarios y en la revisión continua de la carga asistencial generada. Se llevó a cabo el análisis virológico semanal con información del Laboratorio de Salud Pública y del sistema de vigilancia centinela, con el fin de monitorear la circulación viral en el territorio.

Durante 2025, se desarrollaron diversas acciones orientadas al abordaje integral del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), que incluyeron la participación en estudios de vacunación en convenio con la Universidad de Antioquia, la realización de reuniones técnicas para la evaluación de nuevas tecnologías de prevención y el seguimiento a la distribución y comportamiento del antiviral oseltamivir en las IPS del Distrito.

Incorporación de la vacuna contra el VSR mediante la participación en reuniones presenciales y sesiones de trabajo para el seguimiento de avances, cronogramas y compromisos, así como la socialización del lineamiento de VSR, la conformación y participación en el comité de expertos y la construcción de lineamientos para una estrategia híbrida de inmunización. Adicionalmente, desde el componente técnico se aportó al diseño de protocolos de investigación para evaluar la efectividad de la inmunización en lactantes

menores de seis meses en Bogotá y se elaboró una guía de vacunación contra el VSR dirigida al talento humano en salud.

En el marco del programa IRA- EDA, durante 2025 se desarrollaron acciones integrales de asistencia técnica, formación, vigilancia y seguimiento orientadas a fortalecer la respuesta institucional frente a la IRA, EDA y DNT. Estas incluyeron la co-construcción del Plan de Acción del Comité Distrital ERA, el seguimiento mensual a las salas ERA y el acompañamiento técnico a más de 1.080 profesionales de la salud y a 100 IPS del Distrito, así como visitas a IPS priorizadas para la implementación de la respuesta integral.

De manera complementaria, se avanzó en la formación comunitaria con la ampliación del curso AIEPI comunitario presencial y virtual

En el marco de la Política Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2023–2033, se logró el cumplimiento del 100 % de las metas programadas en el plan de acción de la vigencia 2024 y se presentó el reporte correspondiente al primer semestre de 2025 se participó en el evento “Cuidar el presente, transformar el futuro”, sobre trabajo infantil, con la asistencia de 200 personas.

En relación con las acciones de prevención, detección temprana y atención integral de eventos prioritarios, las acciones desarrolladas fortalecieron la respuesta institucional frente a la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la desnutrición y los defectos congénitos. El acompañamiento técnico a IPS con estrategias como Sala ERA, el seguimiento a casos atendidos en urgencias pediátricas, la implementación del plan de acción del Comité Distrital de ERA y la ejecución de intervenciones colectivas en los cinco entornos cuidadores permitieron ampliar la cobertura de acciones promocionales y preventivas, beneficiando a más de 52.000 niños y niñas menores de seis años. Adicionalmente, el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y el seguimiento efectivo a casos de defectos congénitos y mortalidad perinatal contribuyeron a mejorar la detección oportuna y la continuidad del cuidado. Estos impactos se complementan con los avances en la estrategia *Creciendo con más bienestar* y en la gestión de política pública, orientados a reducir la mortalidad infantil, fortalecer la atención integral y sentar las bases para la sostenibilidad de las acciones en 2026.

Desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se desarrollan acciones de abordaje territorial a través de gestores de bienestar que establecen contacto con las familias remitidas por diferentes fuentes sectoriales o intersectoriales por presentar entre sus integrantes alguna persona con alto riesgo o prioridad en salud, o familias que se encuentran en los sectores catastrales apropiados y que aceptan el abordaje de los equipos

para el desarrollo de acciones de promoción del cuidado de la salud y gestión integral de riesgos.

El proceso de caracterización familiar, el cual a través de diferentes herramientas adelanta la identificación de necesidades y alertas en salud, así como el reconocimiento de condiciones de vida y demás determinantes sociales de cada hogar. En esta caracterización se incluyen elementos de orden familiar e individual de cada uno de los integrantes de la familia y a partir de las necesidades identificadas, se concertó el plan de bienestar en el que se integran compromisos para dar respuesta a las necesidades identificadas, incluyendo acciones de educación transformadora, agendamiento de citas para acercar a la población a los servicios de salud y disminuir las brechas de la atención, activación de rutas sectoriales e intersectoriales entre otros.

A través de esta acción en lo corrido del 2025 se abordaron 26.461 menores de 5 años, que fueron sujeto de las acciones de identificación de riesgos y a través del trabajo conjunto entre las familias y el equipo de salud se emprendieron las acciones requeridas en cada caso. Las familias abordadas y que presentan mayor riesgo o eventos de interés en salud pública, cuentan con planes de bienestar por los profesionales pertinentes para su abordaje, realizando un acompañamiento con mayor intensidad y frecuencia. En el 2025, se desarrollaron 4832 planes de bienestar con énfasis en primera infancia por diferentes eventos o prioridades de interés en este grupo poblacional.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **8. Cinco primeras causas de mortalidad en la infancia**

Las causas de mortalidad infantil per se no constituyen un indicador independiente, sino que forman parte del análisis explicativo de la tasa de mortalidad infantil, ya que esta tasa es el indicador principal que mide el nivel y la magnitud del fenómeno en una población determinada. Mientras la tasa permite comparar el riesgo de morir antes del primer año de vida entre territorios, períodos y grupos poblacionales, las causas aportan información cualitativa y contextual que ayuda a interpretar por qué ocurre ese nivel de mortalidad. En este sentido, el análisis de causas no mide por sí mismo el desempeño en salud, sino que complementa la tasa al identificar patrones prevenibles, problemas en la atención prenatal, del parto y neonatal, y condiciones estructurales del sistema de salud, orientando así la formulación de intervenciones y políticas públicas más efectivas.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **9. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer.**

1.2. Párrafo introductorio:

La prevalencia de Bajo Peso al Nacer (BPN) es un indicador trazador de las condiciones de vida desde el inicio del curso de vida, porque se asocia con mayor vulnerabilidad a complicaciones neonatales, riesgos de morbilidad en la primera infancia y posibles afectaciones en crecimiento y desarrollo. Su análisis aporta evidencia sobre desigualdades en salud materno-perinatal y sobre barreras de acceso, calidad y oportunidad de la atención prenatal y del cuidado neonatal.

En el marco de la política pública, el indicador de Bajo Peso al Nacer (BPN), orienta decisiones de política y gestión pública para priorizar intervenciones de prevención, detección temprana y atención integral del binomio madre–recién nacido, incluyendo acciones de calidad y continuidad del cuidado (p. ej., fortalecimiento del Programa Madre Canguro y seguimiento a la integralidad del control prenatal).

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, mediante la gestión integral del riesgo materno-perinatal y con el fortalecimiento de la atención primaria social mediante acciones de seguimiento a EAPB/IPS, mejoramiento de la calidad e implementación de líneas estratégicas específicas para la prevención y manejo del BPN (Meta 22 del proyecto de inversión 8141 del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027. Se relaciona con las meta estratégica de Reducir la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1.000 mujeres, Reducir la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en mujeres de 15 a 19 años a 18 por 1.000 mujeres y Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Este indicador se relaciona con el ODS 3: Salud y Bienestar con las metas relacionadas con la prevención de la mortalidad neonatal y mortalidad en menores de 5 años

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.3.7 Ruta integral de atención en salud para el grupo

de riesgo materno perinatal implementada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, que aportan a la prevención del Bajo Peso al Nacer.

### 1.3. Descripción del indicador:

La prevalencia de bajo peso al nacer es un indicador que permite conocer la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos para un año específico en Bogotá D.C. Su objetivo es medir la magnitud de esta condición en la población neonatal.

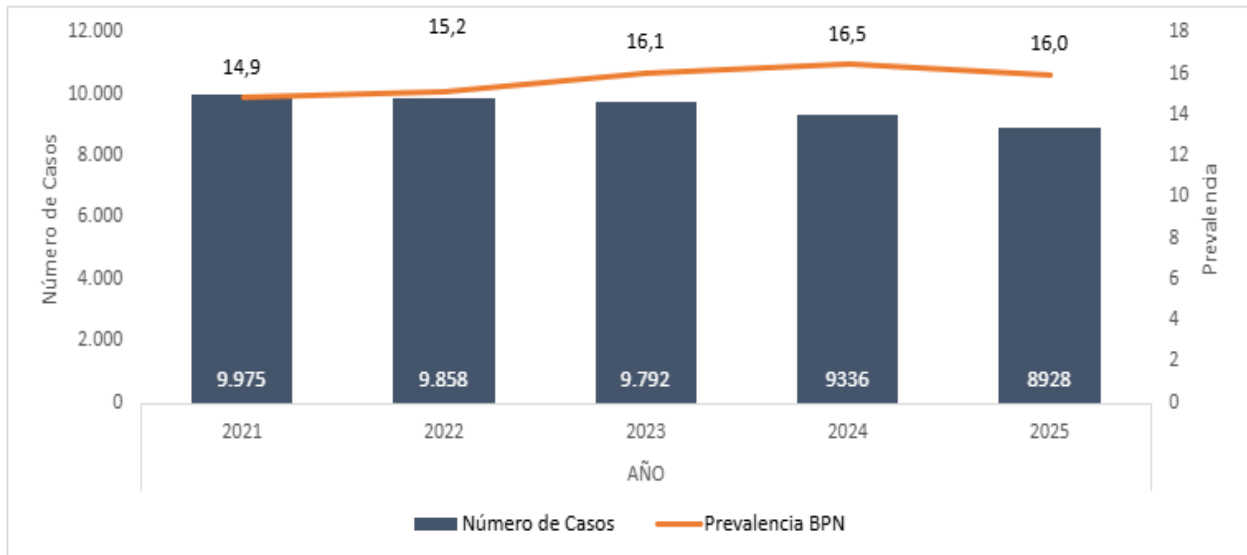
Se interpreta como el número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, expresado como porcentaje del total de nacidos vivos en el período. El indicador se calcula a partir del  $(\text{Total de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos en el período} / \text{Total de nacidos vivos en el mismo período}) \times 100$ .

La información proviene de las bases de datos SDS–RUAF–ND–DANE. Para los años 20201 y 2022 se utilizaron bases con datos finales (2021 con corte 30-03-2022; 2022 con corte 21-12-2023); para 2023, datos finales publicados el 16-12-2024; y para 2024, información preliminar ajustada con corte 13-01-2025.

Es un indicador de periodicidad anual, disponible desde 2013, cuya unidad de medida es porcentaje ( $\times 100$ ) y presenta tendencia creciente. Se desagrega por localidad y sexo, y corresponde al grupo de edad de 0 a 5 años; no cuenta con desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

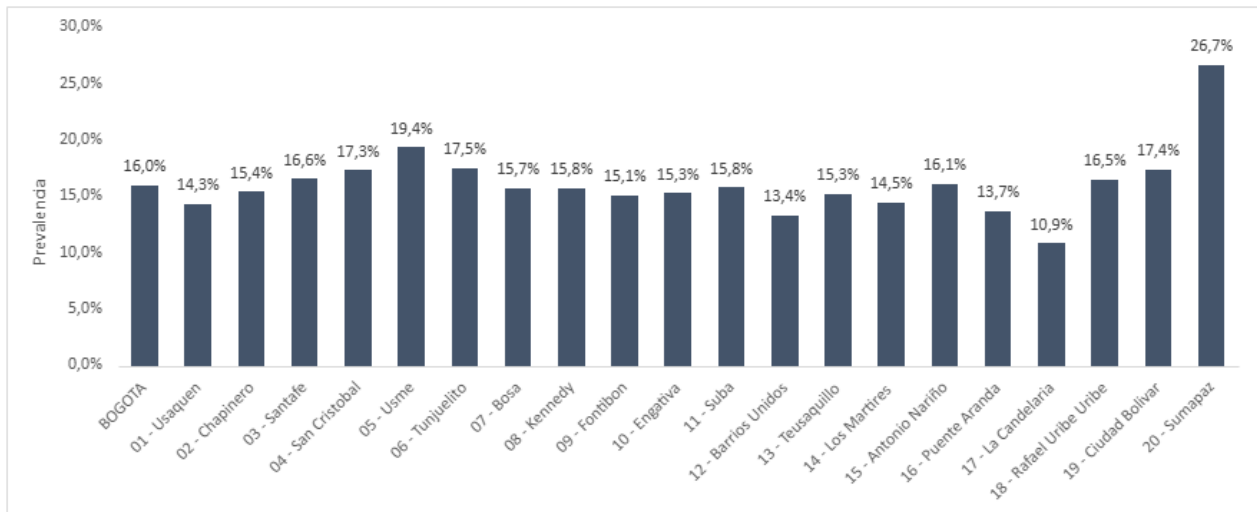
### 1.4. Gráfica 8. Proporción del bajo peso al nacer, Bogotá D.C., 2021 – 2025\*





Fuente: 2021: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-(2020 Publicado 23-12- 2020 y 2021 30-03- 2022). FUENTE 2022: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 13-01-2023-ajustada 19-01-2023). FUENTE 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 11-12-2023-ajustada 15-01-2024). Fuente 2024 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

#### 1.4 Gráfica 9. Comportamiento por localidad, Bogotá D.C., 2025\*



Fuente: 2021: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-(2020 Publicado 23-12- 2020 y 2021 30-03- 2022). FUENTE 2022: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 13-01-2023-ajustada 19-01-2023). FUENTE 2023: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 11-12-2023-ajustada 15-01-2024). Fuente 2024 : Base Dane -Aplicativo RUAF-

ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09--01-2026

### 1.5. Análisis del indicador:

En la categoría Existencia, el BPN se interpreta como una condición que puede comprometer la supervivencia y el bienestar neonatal desde el nacimiento. La reducción observada en 2025 (corte noviembre) frente a 2024 sugiere una contención del riesgo poblacional y aporta a la garantía de condiciones mínimas de vida y salud en primera infancia, en la medida en que refleja avances en prevención y atención materno-perinatal.

En términos absolutos, el comportamiento observado desde 2007 evidencia que el número de casos de BPN muestran una reducción sostenida, pasando de cerca de 14.500 anuales en 2007 a 8.900 en 2025, lo que significa una reducción del 38%, en concordancia con la disminución de nacimientos y los cambios demográficos de la ciudad. Sin embargo, la prevalencia relativa evidencia un incremento desde 2016, pasando de un periodo de estabilidad entre 2007 y 2015 (12–13 %), y alcanzando valores superiores al 16% en 2023–2024, con una leve reducción en 2025 (datos preliminares), lo que sugiere un aumento sostenido en las condiciones adversas de la gestación que aumentan el riesgo de un nacido vivo con bajo peso, de igual forma persisten inequidades y determinantes estructurales del embarazo, lo que se viene evaluando desde el año 2023 por el equipo técnico de la Secretaría Distrital de Salud.

Este comportamiento indica que, aunque nacen menos niños con bajo peso en términos absolutos, el riesgo relativo de BPN entre los nacidos vivos es mayor, lo que sugiere la persistencia de determinantes estructurales y sociales del riesgo perinatal. Entre los factores plausibles se incluyen: mayor carga de comorbilidades maternas por la postergación de la misma, inequidades territoriales, efectividad del control prenatal, inseguridad alimentaria, condiciones psicosociales adversas y exacerbadas en los años posteriores a la pandemia. Al realizar un análisis por localidad, se evidencia que, durante todo el año 2025, que en términos absolutos (número de casos) el comportamiento del bajo peso al nacer mantuvo el comportamiento alto en las localidades de: Suba, seguido de Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá. En cuanto a las proporciones, las más altas están en Usme, Sumapaz, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y San Cristóbal.

En un análisis por subred evidencia que:

La Subred Norte presenta una prevalencia de BPN del 14,9 %, inferior al promedio distrital. Sin embargo, el análisis interno muestra heterogeneidad territorial: Suba (15,8 %) y Engativá (15,3 %) concentran el mayor número absoluto de casos, explicados

principalmente por el alto volumen de nacimientos. Chapinero y Teusaquillo evidencian una mayor proporción de BPN pretérmino (9,5 % y 9,0 % respectivamente), lo que sugiere un perfil de riesgo asociado a condiciones maternas complejas, edad materna avanzada y mayor carga de comorbilidades. Barrios Unidos (13,4 %) y Usaquén (14,3 %) muestran proporciones más bajas, aunque con persistencia del evento.

En esta subred, el BPN pretérmino supera o se aproxima al BPN a término en varias localidades, lo que indica la necesidad de fortalecer la prevención del parto pretérmino y el manejo del riesgo obstétrico.

La Subred Sur Occidente registra una prevalencia de BPN del 15,1 %, cercana al promedio distrital. Kennedy (15,8 %) y Bosa (15,7 %) concentran la mayor carga absoluta de casos. En Kennedy y Fontibón, el componente pretérmino (8,3 %) es ligeramente superior al observado a término, lo que refuerza la necesidad de acciones específicas sobre control prenatal oportuno y prevención de prematuridad. Puente Aranda (13,7 %) presenta una proporción menor, aunque no despreciable.

En conjunto, esta subred combina alta carga poblacional con riesgo sostenido, lo que la posiciona como prioritaria para intervenciones de impacto poblacional.

La Subred Centro Oriente presenta una prevalencia de BPN del 15,3 %, con marcadas diferencias internas: San Cristóbal (17,3 %) y Rafael Uribe Uribe (16,5 %) superan el promedio distrital, con una alta contribución del componente pretérmino (8,9 % y 8,2 %). Santa Fe (16,6 %) y Antonio Nariño (16,1 %) mantienen prevalencias elevadas y balance similar entre BPN a término y pretérmino. La Candelaria (10,9 %) presenta la menor prevalencia, asociada a bajo volumen de nacimientos y mejores condiciones relativas de acceso.

Este patrón sugiere una confluencia de determinantes sociales y barreras de acceso, especialmente en las localidades del borde oriental.

La Subred Sur es la que presenta el mayor porcentaje de BPN (18,3 %), configurándose como la subred de mayor riesgo relativo en el Distrito. Ciudad Bolívar (17,4 %) y Usme (15,8 %) concentran la mayor carga absoluta. Destaca el alto peso del BPN pretérmino (10,4 %), claramente superior al componente a término, lo que indica mayor severidad del riesgo perinatal. Sumapaz (26,7 %), aunque con muy bajo número de nacimientos, evidencia una prevalencia extremadamente alta, asociada a ruralidad, dispersión geográfica y barreras estructurales de acceso a servicios de salud.

Aunque 2025 muestra una leve reducción, el nivel del indicador (alrededor de 16%) se mantiene alto y constituye señal de riesgo porque implica una proporción relevante de nacidos con mayor vulnerabilidad clínica y social. La alerta puede agudizarse en territorios con mayor vulnerabilidad y donde existan brechas de acceso y calidad de la atención materno-perinatal; por ello el reporte plantea como reto priorizar localidades con prevalencias más altas para formular acciones conjuntas e intersectoriales de prevención.

Las siguientes localidades presentan prevalencias claramente superiores al promedio Distrital, configurando brechas negativas de equidad en salud en términos de riesgo relativo, condiciones estructurales y, en algunos casos, carga poblacional:

- Sumapaz (26,7 %) presenta una brecha extrema de +10,6 p.p. Aunque su volumen de nacimientos es bajo, el dato expresa una alta vulnerabilidad estructural, marcada por ruralidad, dispersión geográfica y barreras críticas de acceso a servicios de salud. En esta localidad se debe evaluar la dirección, puesto que, al ser rural, se puede confundir con otros territorios de Cundinamarca, lo que puede afectar de manera directa el numerador del indicador.
- Usme (≈19,0 %) presenta una brecha de +2,9 p.p., asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables y una mayor carga de riesgo materno-perinatal.
- Ciudad Bolívar (17,4%) tiene una de +1,3 p.p., con alta carga absoluta de casos y un patrón persistente de riesgo estructural. Es una de las localidades con mayor volumen de eventos y vulnerabilidad social acumulada.
- Tunjuelito (≈17,8 %) y San Cristóbal (≈17,3 %) presentan brechas moderadas entre +1,2 a +1,7 p.p., con un componente pretérmino relevante, lo que sugiere perfiles de mayor complejidad materna y neonatal.

En las localidades de Suba, Kennedy, Bosa y Engativá se presentan porcentajes de prevalencia de bajo peso al nacer cercanos al promedio Distrital (15,4–15,9%), además, concentran un número absoluto muy elevado de casos, lo que configura una brecha significativa en términos de impacto poblacional y presión sobre los servicios de salud. En este caso, la desigualdad no se expresa principalmente en diferencias porcentuales, sino en el volumen de eventos prevenibles, que incrementa la carga asistencial y demanda una mayor capacidad operativa y de seguimiento en estas localidades.

#### 1.6 Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento del indicador

En 2025, Bogotá avanzó en la implementación del 100% de las intervenciones previstas en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer (BPN), fortaleciendo la respuesta institucional y la continuidad del cuidado materno-infantil.

La ejecución se concentró en el fortalecimiento del Programa Madre Canguro (PMC) y de la integralidad del cuidado prenatal mediante el seguimiento a indicadores trazadores del PMC a las EAPB autorizadas (con consolidación de información para 16 EAPB y el monitoreo de la adherencia a lineamientos de integralidad del control prenatal reportada por las EAPB, con resultados distritales satisfactorios del 90%–91%, lo que permitió identificar brechas y focalizar el acompañamiento técnico a aseguradores con desempeños por mejorar.

Como componente central de calidad, la SDS realizó 274 asistencias técnicas y aplicación de instrumentos a IPS con Programa Madre Canguro, verificando el cumplimiento de criterios priorizados y promoviendo planes de mejora para asegurar la atención integral del recién nacido con BPN. En paralelo, se ejecutó el acompañamiento de 977 niños y niñas con bajo peso al nacer para verificar la atención en salud y fortalecer la adherencia al PMC y a las Rutas Integrales de Atención. Adicionalmente, se realizó seguimiento a gestantes con riesgo nutricional y perinatal, incluyendo gestantes con bajo peso para la edad gestacional (318 desde Entorno Hogar y 214 desde el Entorno Institucional) y gestantes con obesidad para la edad gestacional (705 desde Entorno Hogar y 233 desde el Entorno Institucional), con acciones de educación y gestión para la atención oportuna.

De forma complementaria, se consolidó la articulación intersectorial para posicionar el BPN como evento de interés en salud pública y actuar sobre determinantes sociales: se sostuvieron mesas de trabajo con SDIS, ICBF y SDDE, y se mantuvo la remisión continua de bases SISVAN desde febrero de 2025 (niños y niñas menores de 5 años y gestantes notificadas por IPS), lo que facilitó la vinculación a la oferta social, especialmente en situaciones de inseguridad alimentaria en gestantes con bajo peso y familias con recién nacidos con BPN. Estas acciones beneficiaron directamente a recién nacidos con BPN y sus familias, a gestantes en cohorte de riesgo y al talento humano de EAPB e IPS priorizadas; e indirectamente fortalecieron la capacidad institucional y la respuesta intersectorial en territorios con mayor vulnerabilidad.

El reporte identifica retos relacionados con la necesidad de intensificar el cumplimiento de atenciones de la ruta materno-perinatal, así como dificultades asociadas al reconocimiento intersectorial del BPN y oportunidades de mejora en calidad de atenciones materno-infantiles, lo cual puede incidir en la persistencia del indicador en niveles elevados pese a la leve reducción de 2025.

No obstante, se reconoce que el bajo peso al nacer es multicausal y por lo tanto, requiere de intervenciones para la prevención y manejo desde todos los sectores de la

administración distrital. De esta manera, se concibe la atención primaria social como el eje articulador para abordar los determinantes de las alteraciones nutricionales.

Se destacan como instrumentos/estrategias: el plan de acción distrital para prevención y manejo del BPN (Meta 22 del proyecto 8141), el cual incluye: el fortalecimiento del Programa Madre Canguro, el seguimiento a la adherencia de la integralidad del control prenatal reportada por EAPB, la verificación y planes de mejora con IPS, y la articulación intersectorial mediante mesas de trabajo con SDIS, ICBF, SDDE, entre otras; además de la remisión de bases SISVAN para facilitar vinculación a oferta social en casos priorizados.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **10. Prevalencia de retraso en talla en menores de 5 años.**

1.2. Párrafo introductorio:

El retraso en talla es el resultado de privaciones acumuladas que limitan el crecimiento infantil, especialmente durante la gestación y en los primeros años de vida, cuando se concentran las mayores ventanas de oportunidad para prevenir daños. Por ello, su seguimiento permite aproximarse a las condiciones estructurales que determinan el bienestar de la niñez —como la alimentación, la salud, los cuidados, el entorno y el acceso oportuno a servicios— y visibilizar desigualdades territoriales que afectan el desarrollo desde la primera infancia, con posibles repercusiones que pueden persistir a lo largo del curso de vida.

En el marco de la política pública, el indicador de Prevalencia de Retraso en Talla n menores de 5 años, es clave para orientar la gestión del riesgo nutricional y las decisiones de política pública ya que evidencia necesidades persistentes que requieren intervenciones integrales y sostenidas (promoción, detección temprana, atención, seguimiento familiar y articulación intersectorial).

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, con las apuestas de este para proteger la vida y el desarrollo desde el inicio del curso de vida, en tanto prioriza acciones sobre gestación y primera infancia mediante entornos (hogar, educativo, institucional y laboral) y gestión integral del riesgo. Se relaciona con las meta estratégica de Reducir la Tasa Especifica de Fecundidad (TEF) en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1.000 mujeres, Reducir la Tasa Especifica de Fecundidad (TEF) en mujeres de 15 a 19 años a 18 por 1.000 mujeres y Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Este indicador se relaciona con los ODS 2 (Hambre Cero) y ODS 3 (Salud y Bienestar) al enfocarse en prevenir malnutrición y fortalecer atención integral y entornos saludables desde el inicio de la vida. En 2025, su gestión se enmarcó en el Proyecto de Inversión 8141 del PTS 2024-2027 y Meta 29 del PDD 2024-2027, fortaleciendo intervenciones integrales (educación alimentaria y nutricional, tamizaje, seguimiento familiar y verificación de atención en salud) en distintos entornos.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.2.9 Ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda.

### 1.3. Descripción del indicador:

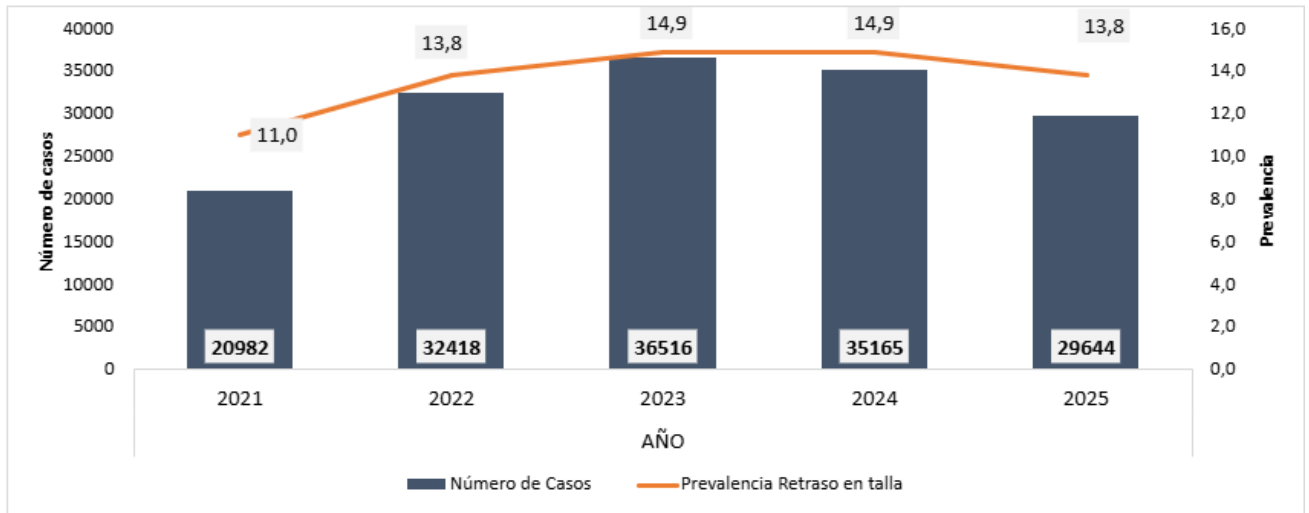
El indicador de prevalencia de retraso en talla para la edad en menores de 5 años tiene como objetivo conocer la proporción de esta población que presenta dicha condición en Bogotá D.C. para un año específico. Su interpretación se define como el número de casos de menores de cinco años con una talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar, según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, expresado como un porcentaje del total de menores captados por el SISVAN.

El cálculo de la fórmula se define con  $\text{Número total de niños menores de 5 años con talla por debajo de 2 DS} / \text{Número total de menores de 5 años captados por el SISVAN} \times 100$ . La fuente de la fórmula es SISVAN.

Este indicador, clasificado en la categoría de existencia y el componente de malnutrición, cuenta con una periodicidad anual y está disponible desde el año 2013. Su meta es disminuir al 17% la proporción de niñas y niños con estado nutricional inadecuado para el año 2024. La desagregación de los datos incluye la totalidad de las localidades de Bogotá, el sexo (hombre y mujer) y el rango de edad de 0 a 5 años.

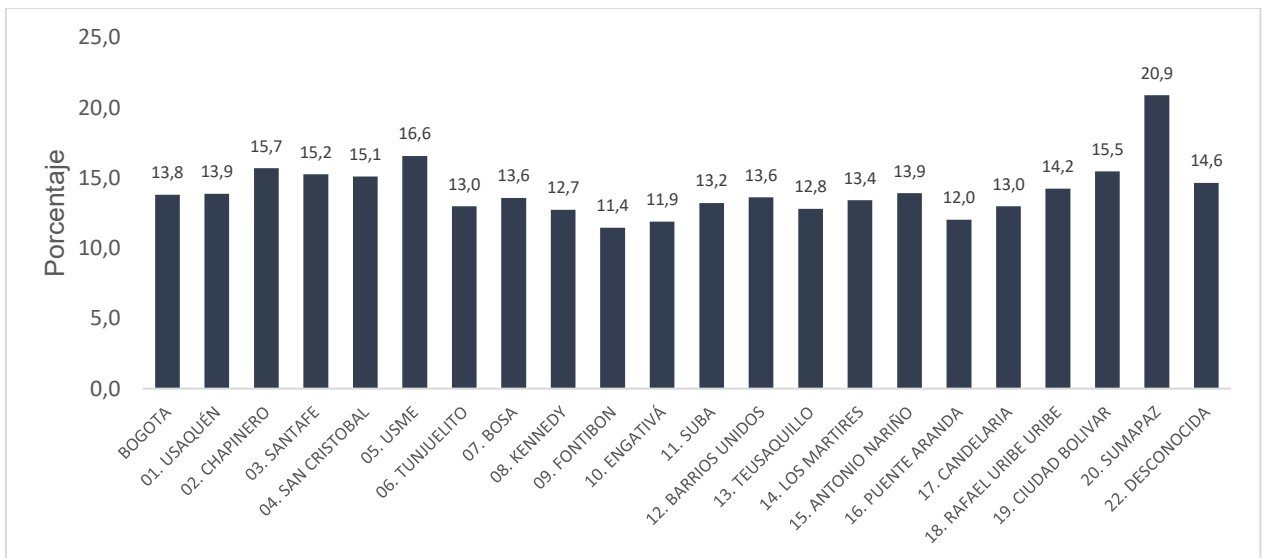
### 1.4. Gráfica 10. Distribución de clasificación nutricional, según indicador talla para la edad en menores de 5 años, Bogotá 2021- 2025





Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). 2025. Patrón OMS.

1.4 Gráfica 11. Prevalencia de retraso en talla en menores de 5 años, Comparativo por localidad, 2025.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-SISVAN 2025(p).

#### 1.5. Análisis del indicador:

En 2025, Bogotá registró una prevalencia distrital de retraso en talla de 13,8% en menores de 5 años (dato preliminar).

En los tres años más recientes, la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de cinco años ha mostrado un comportamiento estable, pero con variaciones leves, que reflejan tanto cambios en las condiciones socioeconómicas de las familias como la capacidad de captación del sistema de vigilancia nutricional.

Durante el primer año del periodo analizado, se observó un incremento moderado en la prevalencia pasando de 13,8% en 2022 a 14,9% en 2023, asociado principalmente a las consecuencias residuales de los años posteriores a la pandemia, en los cuales se evidenciaron dificultades en el acceso a alimentos nutritivos, interrupciones en los servicios de crecimiento y desarrollo y un aumento en la vulnerabilidad de los hogares.

En el segundo año, la prevalencia se mantuvo relativamente estable (14,9 en 2024), con variaciones menores que sugieren un periodo de transición. En este punto, aunque se fortalecieron las estrategias de atención y promoción de la nutrición infantil, persistieron brechas territoriales y barreras en la captación oportuna de los menores, lo que limitó la consolidación de una tendencia descendente.

En el tercer y último año (2025), se registró una leve disminución del indicador a 13,8%, lo cual constituye un avance positivo. Esta reducción ha sido atribuida al restablecimiento progresivo de los servicios, a un mayor enfoque en intervenciones en los primeros mil días de vida y a la continuidad de programas intersectoriales orientados a mejorar las prácticas de cuidado y alimentación en las familias con niñas y niños pequeños.

El reporte 2025 se presenta como dato preliminar a diciembre de 2025. El SISVAN reporta información con rezago operativo asociado a la consolidación de la captación y el procesamiento/cierre de información del SISVAN en el periodo anual.

En la categoría Existencia, el retraso en talla refleja condiciones que comprometen el crecimiento y la salud desde la primera infancia y, por tanto, la posibilidad de ejercer el derecho a la vida y a condiciones básicas de bienestar. La contención observada en 2025 (13,8%) es relevante porque ocurre después del incremento sostenido de 2022–2024, sugiriendo fortalecimiento de la respuesta institucional para prevenir y manejar riesgos nutricionales en los primeros 1.000 días.

En el quinquenio reciente, el indicador mostró: disminución en 2021 (11%), incremento sostenido 2022–2024 (13,8% → 14,9%) y leve mejoría en 2025 (14,9%–13,8%, preliminar). El reporte sectorial interpreta el aumento 2022–2024 como posible expresión de deterioro ligado a factores socioeconómicos, alimentarios y de acceso a servicios; y la mejora 2025 como resultado consistente con el fortalecimiento de acciones integrales (educación

alimentaria y nutricional, tamizaje, seguimiento familiar y verificación de la atención integral), además de la focalización territorial.

Incluya patrones y tendencias identificadas, de acuerdo con el análisis de los últimos cinco años 2021-2025.

El patrón más relevante es la reversión de la tendencia: tras un valor bajo en 2021, el indicador crece y alcanza su pico en 2024, y luego presenta una reducción en 2025 (dato preliminar). Esta trayectoria sugiere que el retraso en talla, por ser multifactorial y acumulativo, puede responder lentamente a intervenciones; de ahí la importancia de sostener esfuerzos en gestación y primera infancia y de mantener vigilancia activa para evitar un nuevo repunte.

La prevalencia de retraso en talla en menores de cinco años en 2025 mostró una variabilidad territorial importante en Bogotá, donde el promedio distrital fue de 13,8%. Las localidades con mayores niveles fueron Sumapaz (20,9%), muy por encima del resto de la ciudad, (pero dadas las características poblacionales amerita considerar un análisis no comparativo), seguida por Usme (16,6%), Chapinero (15,7%), Ciudad Bolívar (15,5%), Santa Fe (15,2%) y San Cristóbal (15,1%), lo que evidencia concentraciones de vulnerabilidad tanto en zonas rurales como en áreas urbanas con condiciones socioeconómicas complejas. En contraste, las prevalencias más bajas se registraron en Fontibón (11,4%), Engativá (11,9%), Puente Aranda (12,0%), Kennedy (12,7%) y Teusaquillo (12,8%), localidades que se ubicaron consistentemente por debajo del promedio distrital. La mayoría de las localidades se concentraron en un rango intermedio entre 13% y 14%, como Usaquén, Antonio Nariño, Barrios Unidos y Bosa, lo que sugiere una situación relativamente homogénea en gran parte del territorio, con la excepción notable de Sumapaz y ciertas localidades del sur y centro de la ciudad. Finalmente, el grupo de casos con localidad no identificada (14,6%) también superó el promedio, resaltando la importancia de mejorar la calidad del registro geográfico para una mejor interpretación epidemiológica.

Aunque 2025 muestra contención y un valor cercano a la meta, el indicador sigue representando un riesgo relevante porque expresa una afectación acumulativa del crecimiento infantil. La alerta se agudiza especialmente en Sumapaz, Usme, Chapinero, Ciudad Bolívar, Santa Fe y San Cristóbal, donde las prevalencias superan el promedio distrital y sugieren barreras estructurales de acceso a alimentos y servicios. El grupo más afectado en el seguimiento reportado corresponde a niños y niñas menores de 2 años (por enfoque de la meta), y se identifica la ruralidad como un componente de atención prioritaria.

Para 2025 se evidencia una brecha territorial marcada: la diferencia entre la mayor prevalencia (Sumapaz 20,9%) y las menores prevalencias (Fontibón 11,4%) es de 9,5 puntos porcentuales, lo que cuantifica desigualdad territorial en crecimiento infantil y sustenta la priorización de intervenciones intensivas en territorios críticos.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En 2025, Bogotá fortaleció las intervenciones de la meta 29 mediante acciones integrales de educación alimentaria y nutricional, tamizaje nutricional, seguimiento familiar y verificación de atención en salud, articuladas en entornos educativo, hogar, institucional y laboral. En el Entorno Cuidador Educativo se desarrollaron 1764 sesiones de promoción de alimentación saludable durante la gestación, con participación de 992 gestantes, fortaleciendo capacidades para una gestación más saludable y prevención temprana de riesgos nutricionales.

En el entorno hogar, se realizó educación alimentaria a familias que vincularon 13.860 niños, niñas, adolescentes y gestantes sin malnutrición, y se intensificó el seguimiento familiar a 4.845 niños y niñas menores de 5 años con retraso en talla y 724 con exceso de peso, además del acompañamiento a gestantes en riesgo (363 con bajo peso y 786 con exceso de peso). Complementariamente, mediante abordaje territorial se intervinieron 18.308 niños y niñas menores de 5 años y se efectuó tamizaje nutricional a 2.368 gestantes, priorizando la identificación oportuna y la orientación a familias.

En el entorno institucional, se reforzó la detección y educación con 739 acciones educativas y participación de 1.884 niños y niñas en unidades de primera infancia; se identificaron 368 niños y niñas con retraso en talla y 90 con exceso de peso. Como componente clave de gestión del riesgo, se realizó verificación de la atención integral en salud de 582 casos de retraso en talla priorizados desde el nivel central y seguimiento/verificación de gestantes en riesgo (322 con obesidad para la edad gestacional y 227 con bajo peso para la edad gestacional). En el Entorno Cuidador Laboral, se brindó información/educación en alimentación saludable a 46 gestantes y se abordaron 2.873 personas en espacios tipo UTIS, ampliando el alcance educativo en escenarios no tradicionales.

Población beneficiada (consolidada): beneficiarios directos principalmente niños y niñas menores de 5 años (intervenidos, tamizados y en seguimiento por alteraciones nutricionales), gestantes (promoción, tamizaje y seguimiento de riesgo nutricional) y familias/cuidadores (educación y orientación); e indirectamente, el talento humano y las instituciones de los entornos intervenidos, al fortalecer capacidades para la prevención, identificación, manejo y seguimiento de la malnutrición.

Durante 2025, la respuesta del sector salud se estructuró a través de un conjunto de estrategias e instrumentos que combinan prevención, identificación temprana, atención y seguimiento, con enfoque territorial. En primer lugar, se fortaleció el despliegue del PSPIC en los diferentes entornos (hogar, educativo, institucional, comunitario y laboral), integrando educación alimentaria y nutricional y acompañamiento familiar como herramientas para promover prácticas protectoras desde la gestación y la primera infancia, así como para sostener cambios en el hogar. En segundo lugar, se consolidó el SISVAN como instrumento de gestión para la identificación y focalización de niños y niñas con retraso en talla y de gestantes en riesgo nutricional, permitiendo priorizar acciones en territorios y poblaciones con mayor carga y orientar la respuesta con base en evidencia.

De manera complementaria, se implementaron mecanismos de verificación y seguimiento a la atención integral en salud, que incluyen la revisión de la oportunidad y calidad de la atención brindada a los casos priorizados y la canalización hacia rutas y servicios requeridos, con el propósito de fortalecer la continuidad del cuidado y reducir fallas en la atención. Asimismo, se desarrollaron procesos de fortalecimiento de capacidades mediante capacitaciones técnicas a equipos de IPS, EAPB y equipos territoriales del PSPIC en alimentación saludable, valoración nutricional, consejería, y aplicación de rutas de atención, buscando estandarizar prácticas, mejorar la detección oportuna y asegurar respuestas consistentes en la red.

Finalmente, se impulsó la articulación intersectorial y territorial a través de mesas locales e intersectoriales, orientadas a incorporar prioridades de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y salud materno-infantil en planes y agendas territoriales, promoviendo acciones coordinadas sobre determinantes sociales y la focalización por localidad. Este conjunto de instrumentos permite integrar la respuesta sectorial con la gestión territorial, optimizar recursos y sostener intervenciones en las localidades con mayor prevalencia y brechas identificadas.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **11. Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años.**

1.2. Párrafo introductorio:

La desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años es un indicador clave porque aproxima el estado general de nutrición y la acumulación de privaciones que afectan el crecimiento y la salud en la primera infancia. Su seguimiento permite identificar hogares

y territorios donde las condiciones de alimentación, cuidado, enfermedad recurrente, acceso a servicios y vulnerabilidad social están afectando el peso esperado para la edad, lo cual tiene implicaciones directas sobre el bienestar, la capacidad de recuperación ante enfermedades y la garantía de derechos básicos en los primeros años de vida.

En el marco de la política pública, el indicador de Prevalencia de Desnutrición Global en menores de 5 años, permite orientar acciones de promoción, prevención y atención integral en salud pública y en la red de servicios de salud, focalizando intervenciones en grupos y territorios donde persisten condiciones estructurales de inseguridad alimentaria y nutricional. Además, funciona como señal para fortalecer acciones intersectoriales en protección social, acompañamiento familiar y mejora del acceso efectivo a servicios, en coherencia con la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación adecuada.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, con las apuestas de este para proteger la vida y el desarrollo desde el inicio del curso de vida, en tanto prioriza acciones sobre gestación y primera infancia mediante entornos (hogar, educativo, institucional y laboral) y gestión integral del riesgo. Se relaciona con las meta estratégica de Reducir la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1.000 mujeres, Reducir la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en mujeres de 15 a 19 años a 18 por 1.000 mujeres y Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Este indicador se relaciona con los ODS 2 (Hambre Cero) y ODS 3 (Salud y Bienestar), al monitorear un resultado asociado a condiciones de alimentación, cuidado y acceso a atención que inciden en la salud y el desarrollo desde el inicio de la vida. Adicionalmente, se articula con los compromisos del Distrito en primera infancia y en seguridad alimentaria y nutricional mediante la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) – CONPES Distrital 09 de 2019–2031 y su operativización en salud a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), sumado a la vigilancia en salud pública.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa

Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.2.9 Ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador de prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años tiene como objetivo conocer la proporción de esta población que presenta dicha condición en Bogotá D.C. para un año específico. Su interpretación se define como el número de casos de menores de cinco años con un peso para la edad inferior a -2 desviaciones estándar, según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, expresado como un porcentaje del total de menores captados por el SISVAN.

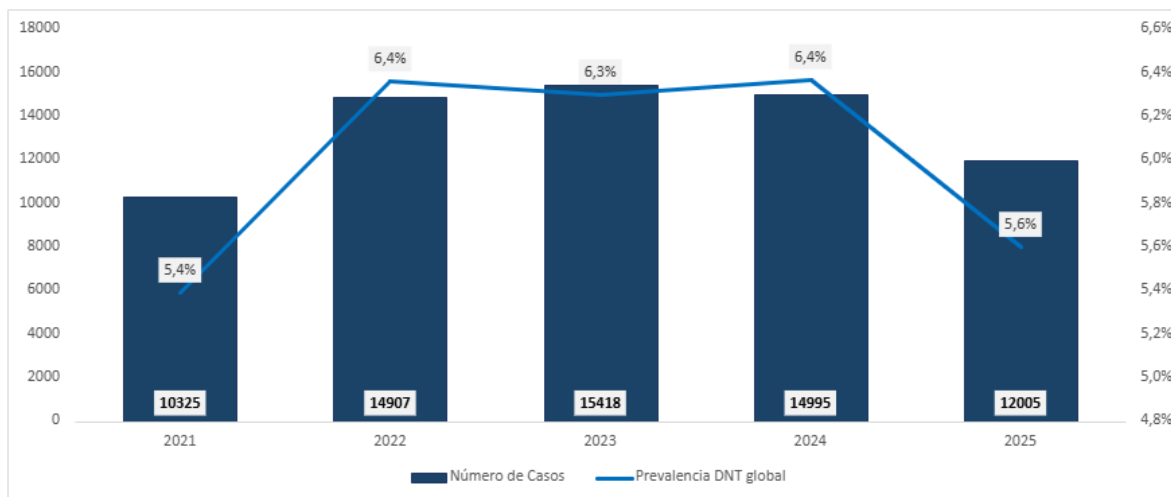
La fórmula de cálculo se  $\frac{\text{Número total de niños menores de 5 años con peso para la edad por debajo de } -2 \text{ DS}}{\text{Número total de menores de 5 años captados por el SISVAN}} \times 100$ . La fuente de información proviene del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN D.C.

El rezago se explica por la consolidación, depuración y procesamiento de la base anual del SISVAN posterior al cierre del año. Como referencia de procesamiento en la hoja de vida, se registra que para un corte anual (p. ej., diciembre) el procesamiento puede realizarse en el mes siguiente (ejemplo: procesada a finales de enero del año siguiente), lo cual refleja el tiempo requerido para consolidación técnica y validación de la información.

Este indicador, perteneciente a la categoría de existencia y al componente de malnutrición, tiene una periodicidad anual y cuenta con registros desde el año 2013. La meta establecida para el año 2024 es disminuir al 17% la proporción de niñas y niños con estado nutricional inadecuado. La desagregación de la información contempla todas las localidades de la ciudad, el sexo (hombre y mujer) y el rango de edad de 0 a 5 años.

### 1.4. Gráfica 12. Distribución de clasificación nutricional, según indicador peso para la edad en menores de 5 años, Bogotá 2021- 2025.





Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-SDS. 2021 – 2025

### 1.5. Análisis del indicador:

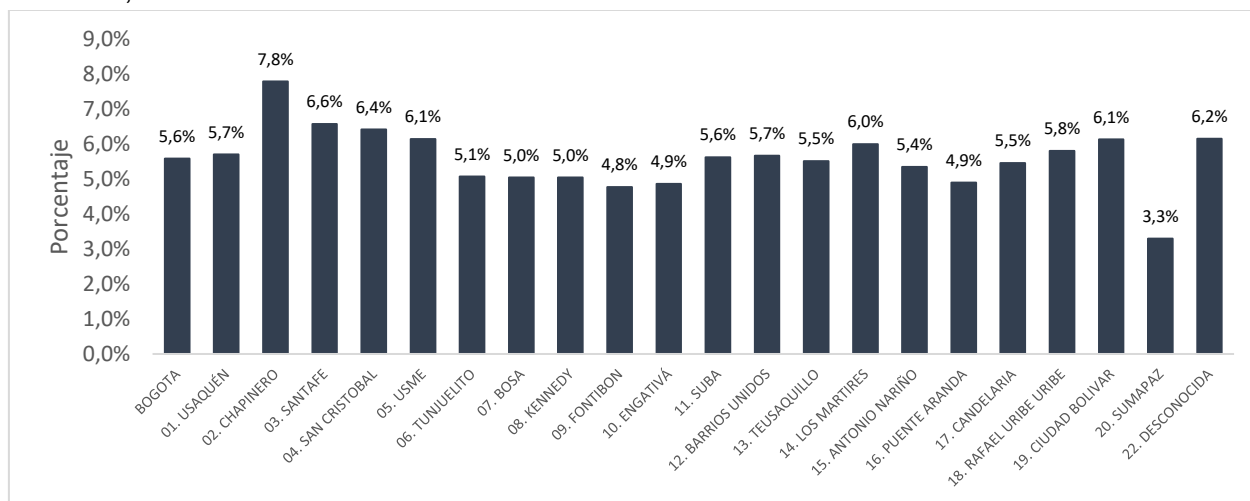
Durante el periodo 2021–2025, el indicador mostró fluctuaciones moderadas, con variaciones que reflejan cambios en las condiciones socioeconómicas, la dinámica de captación del SISVAN y los efectos residuales de la pandemia en los primeros años. En 2020, la prevalencia fue de 7,5%, un año después, en 2021, se observó una reducción marcada hasta 5,4%, en un contexto de menor captación (10.325 casos), lo cual sugiere tanto un descenso real como un posible efecto de subregistro o cambios en la composición de la población captada.

En 2022, se registró un aumento a 6,4% (14.907 casos) que se mantuvo relativamente estable en 2023, cuando la prevalencia fue de 6,3%, pese al incremento de casos captados (15.418). En 2024, la prevalencia retornó a 6,4%, con 14.995 casos, mostrando estabilidad epidemiológica. Finalmente, en 2025, el indicador descendió a 5,6%, junto con una reducción en el número de casos (12.013), lo que sugiere una posible mejoría en el estado nutricional, aunque también podría reflejar cambios en la captación o en la distribución del riesgo entre las familias atendidas.

En conjunto, el comportamiento del indicador muestra una tendencia oscilante, pero con una reducción neta entre 2020 y 2025, pasando de 7,5% a 5,6%. Este patrón indica avances en la atención nutricional y en las condiciones de salud infantil, aunque la estabilidad

observada entre 2022 y 2024 señala la persistencia de determinantes estructurales que continúan afectando el crecimiento y la nutrición en la primera infancia.

1.4 Gráfica 13. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, Comparativo por localidad, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2025

La Prevalencia de desnutrición global (DNT global) expresa la proporción de niñas y niños menores de 5 años con estado nutricional deficitario entre quienes fueron captados por el sistema. En 2025, Bogotá registró 5,6%, valor que coincide con la mediana de las localidades y sitúa a la ciudad en un punto intermedio de la distribución. El patrón territorial muestra heterogeneidad moderada: el valor más alto se observó en Chapinero (7,8%), seguido por Santa Fe (6,6%), San Cristóbal (6,4%), Desconocida (6,2%) y el binomio Usme (6,1%)–Ciudad Bolívar (6,1%); todas por encima del promedio. En contraste, los niveles más bajos se registraron en Sumapaz (3,3%), Fontibón (4,8%), Engativá (4,9%), Puente Aranda (4,9%) y el par Bosa (5,0%)–Kennedy (5,0%). La distribución queda equilibrada respecto a Bogotá: 10 localidades por encima del 5,6%, 10 por debajo y una igual (Suba, 5,6%). Este comportamiento sugiere un riesgo generalmente controlado en la ciudad, con focos específicos de mayor prevalencia (principalmente Chapinero y el corredor centro sur) y zonas con mejor desempeño (Sumapaz y el occidente urbano), que conviene examinar junto con la cobertura de captación y la calidad del registro para interpretar correctamente las diferencias.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Las acciones desarrolladas por la Secretaría Distrital de Salud para enfrentar la desnutrición global se enmarcan en un enfoque multipropósito que aborda diversas formas de malnutrición y sus determinantes sociales, reconociendo que la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional en la niñez requiere respuestas integrales e intersectoriales. En este marco, el Distrito implementa la PPSAN – CONPES Distrital 09 de 2019–2031, operativizada en salud principalmente mediante el PSPIC en entornos cuidadores (Hogar, Educativo, Comunitario, Institucional y Laboral) y procesos transversales de gestión de programas de interés en salud pública y vigilancia.

En el entorno hogar, se fortalece la búsqueda activa, la toma de medidas antropométricas y la clasificación nutricional para identificar alteraciones (incluyendo desnutrición global) y activar canalización oportuna a la atención en salud. Se desarrollan intervenciones individuales y colectivas desde perfiles interdisciplinarios (medicina general, nutrición, enfermería y otros) y se prioriza el seguimiento de niños y niñas con alteraciones nutricionales y con riesgo, integrando la verificación de adherencia a la atención y la gestión de barreras. De manera complementaria, se realiza canalización a oferta social con SDIS e ICBF cuando se identifica inseguridad alimentaria o necesidades sociales que incrementan el riesgo nutricional.

En el entorno educativo e institucional, se implementan planes de cuidado escolar y jornadas lúdicas y pedagógicas basadas en mensajes de alimentación saludable (GABAS), con participación de estudiantes, docentes y acudientes, e incluyendo tamizaje antropométrico en menores de 5 años y canalización a la ruta de alteraciones nutricionales cuando se requiere. En instituciones de primera infancia, se fortalecen acciones de promoción de alimentación infantil saludable y lactancia materna, así como educación en signos de alarma e identificación temprana de alteraciones nutricionales con agentes educativas y madres comunitarias.

En el entorno comunitario, se promueve el empoderamiento comunitario mediante identificación de líderes, grupos de apoyo y estrategias educativas para autocuidado, y se impulsan huertas comunitarias como medida para mitigar inseguridad alimentaria, promover autoconsumo, diversificar la alimentación y fortalecer el capital social y la sostenibilidad territorial. En el Entorno Laboral, se realizan acciones promocionales, toma de antropometría en menores de 5 años presentes con cuidadores, identificación de alteraciones y canalización a EAPB/IPS, además de sostener el fortalecimiento de entornos protectores como Salas Amigas de la Familia Lactante.

Desde los procesos transversales, se mantiene la implementación de IAMII para fortalecer prácticas institucionales en salud y nutrición materno-infantil, y se consolida el seguimiento

y monitoreo mediante SISVAN y verificación de atención integral (revisión de historia clínica y gestión de barreras), lo que contribuye a mejorar oportunidad y continuidad del cuidado para niñas y niños con alteraciones nutricionales. Adicionalmente, como instrumento estructural para transformar prácticas y decisiones, la SDS diseñó e inició la implementación del Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (PDEAN) 2024–2031, con herramientas didácticas y mensajes adaptados a contextos sociales y económicos, orientados a fortalecer hábitos saludables desde el inicio de la vida y la toma informada de decisiones alimentarias.

El comportamiento del indicador puede verse afectado por determinantes estructurales que exceden el ámbito exclusivo del sector salud, especialmente en hogares en situación de pobreza e inseguridad alimentaria, donde las capacidades reales para asegurar una alimentación adecuada y sostener prácticas protectoras pueden estar limitadas. Adicionalmente, pueden incidir barreras de acceso y continuidad de la atención, dificultades en la oportunidad de controles y seguimiento, y condiciones del entorno familiar que afectan la adherencia a recomendaciones o tratamientos, por lo cual se requiere sostener el acompañamiento familiar, la gestión de barreras y la articulación intersectorial.

Las principales estrategias e instrumentos implementados incluyen: (i) PPSAN – CONPES 09 (2019–2031) como marco de política pública; (ii) PSPIC en entornos cuidadores como instrumento operativo de intervención territorial; (iii) procesos transversales de gestión de programas de interés en salud pública y vigilancia; (iv) uso de SISVAN para identificación, seguimiento y focalización; (v) fortalecimiento de IAMII como estrategia institucional en salud y nutrición materno-infantil; (vi) mecanismos de verificación de atención integral y gestión de barreras; (vii) articulación intersectorial a través de instancias distritales de seguridad alimentaria y nutricional; y (viii) Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (PDEAN) 2024–2031 como instrumento de cambio de prácticas, habilidades y decisiones informadas.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **12. Prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años.**

1.2. Párrafo introductorio:

En el marco del seguimiento a las condiciones de vida y al ejercicio de derechos en la niñez y la adolescencia, incluir el indicador de malnutrición en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años es fundamental porque sintetiza, en un resultado medible, cómo están operando

determinantes clave del bienestar y del desarrollo integral en la edad escolar: seguridad alimentaria del hogar, calidad del entorno alimentario (escuela y comunidad), oportunidades de actividad física, acceso a servicios de salud y desigualdades sociales y territoriales; además, la malnutrición por déficit y por exceso se asocia con afectaciones del crecimiento, del desempeño y permanencia escolar, del bienestar psicosocial y con mayor riesgo de enfermedades crónicas a lo largo del curso de vida.

En el marco de la política pública, el indicador de Prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años, es relevante porque permite monitorear la garantía de derechos (salud y alimentación adecuada), orientar la gestión del riesgo en salud (tamizaje, consejería, canalización y continuidad del cuidado) y, a la vez, activar una respuesta intersectorial sobre entornos protectores, dado que parte de las soluciones exceden la competencia exclusiva del sector salud

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, a través de la meta distrital de reducción de la malnutrición en 5–17 años y el fortalecimiento de entornos saludables. Se relaciona también con las meta estratégica de mortalidad de enfermedades no transmisibles.

Este indicador está asociado especialmente el ODS 2 (malnutrición en todas sus formas), ODS 3 (salud y bienestar), ODS 4 (educación de calidad) y ODS 10 (reducción de desigualdades), al permitir identificar brechas y priorizar intervenciones para mejorar oportunidades de vida desde la niñez y la adolescencia.

Adicionalmente, se articula con los compromisos del Distrito en primera infancia y en seguridad alimentaria y nutricional mediante la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) – CONPES Distrital 09 de 2019–2031 y su operativización en salud a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), sumado a la vigilancia en salud pública.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa el producto de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes (en los diferentes entornos cuidadores de la vida cotidiana educativo, institucional, hogar, comunitario y laboral).

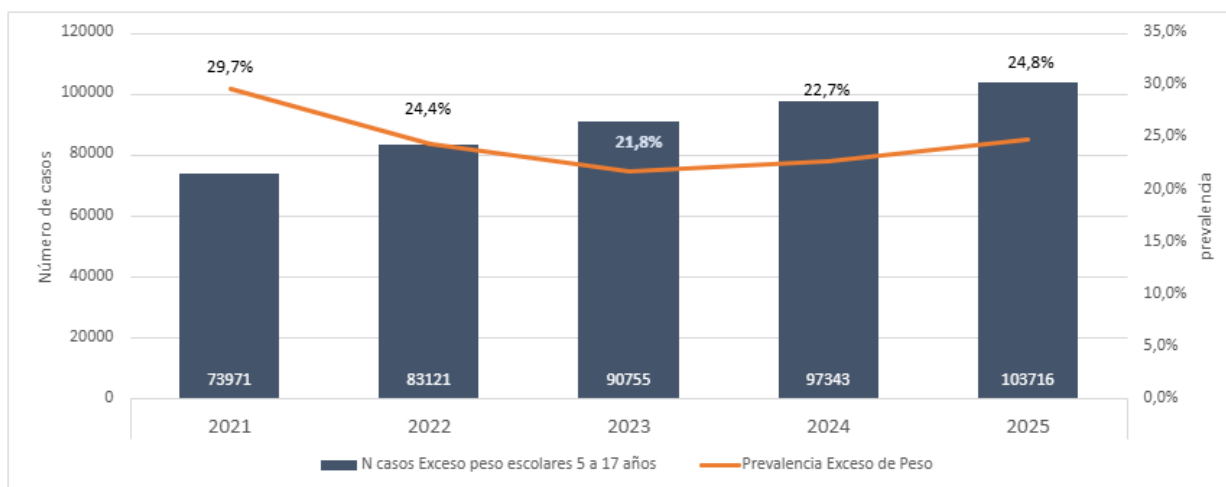
### 1.3 Descripción del indicador

El indicador de prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años tiene como objetivo conocer la proporción de niños, niñas y adolescentes en este rango de edad que presentan exceso de peso en Bogotá D.C. para un año específico. Su interpretación se define como el porcentaje de casos con exceso de peso identificados en un momento dado sobre el total de la población de 5 a 17 años captada por el SISVAN.

El resultado se obtiene mediante la fórmula:  $(\text{No. Total de niños con sobrepeso más obesidad valorados} / \text{No. Total de niños captados por el SISVAN en el periodo analizado el periodo analizado}) \times 100$

El reporte se realiza con corte a Diciembre de 2025 con datos preliminares. El rezago se explica por la consolidación, depuración y procesamiento de la base anual del SISVAN posterior al cierre del año. Como referencia de procesamiento en la hoja de vida, se registra que para un corte anual (p. ej., diciembre) el procesamiento puede realizarse en el mes siguiente (ejemplo: procesada a finales de enero del año siguiente), lo cual refleja el tiempo requerido para consolidación técnica y validación de la información.

### 1.4. Gráfica 14. Tendencia de exceso de peso según indicador Índice de Masa Corporal en niños y niñas escolares de 5 a 17 años. Bogotá, D.C. 2021 - 2025.



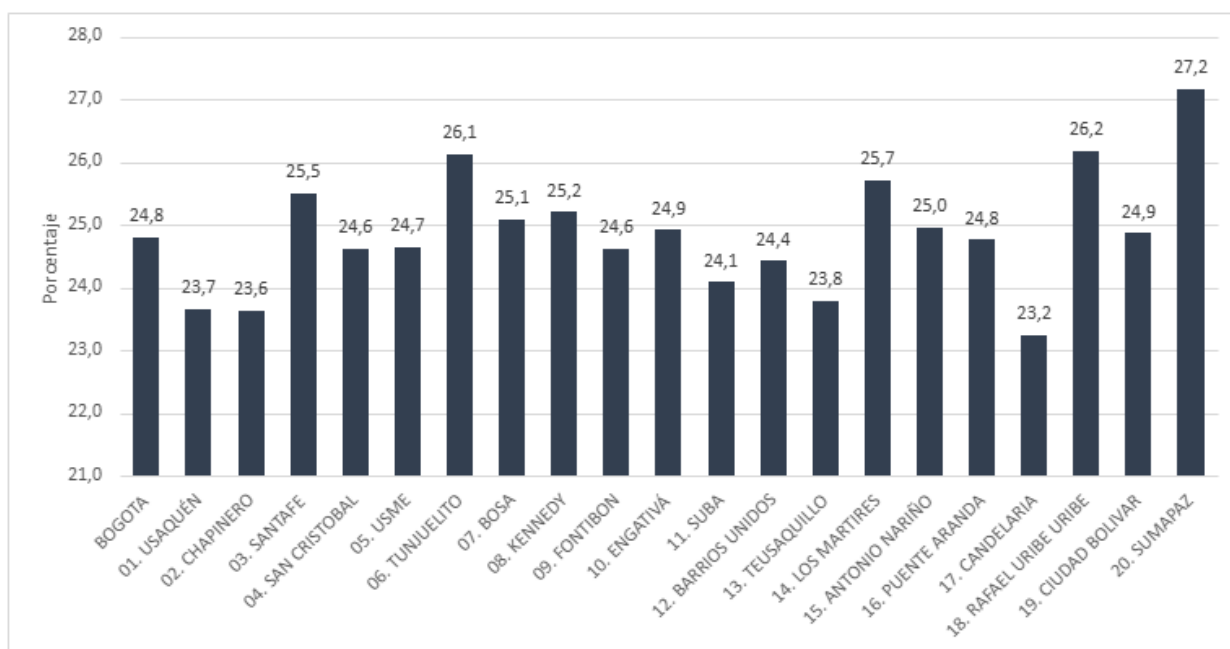
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2021-2025 (p)

### 1.5. Análisis del indicador:

Este indicador, vinculado a la categoría de existencia y al componente de malnutrición, presenta una periodicidad anual. La meta para el año 2024 establece que el 65% de los escolares en las instituciones educativas intervenidas mantengan un estado nutricional adecuado según el Índice de Masa Corporal para la edad. La desagregación de la información incluye todas las localidades de la ciudad y el sexo (hombre y mujer).

El indicador mostró descenso sostenido de la prevalencia desde el máximo de 29,7% en 2021 hasta su mínimo de 21,8% en 2023 (con reducción de 7,9 puntos porcentuales) respecto a 2021. Después, se observó una reversión con incrementos de la prevalencia en 2024 (22,7%) y 2025 (24,8%), equivalente al aumento de 3,0 puntos porcentuales desde el mínimo de 2023, mientras los casos siguieron aumentando hasta 103.712 y las consultas se mantuvieron en niveles altos (418.038 en 2025).

1.4 Gráfica 15. Prevalencia de exceso de peso en escolares de 5 a 17 años, Comparativo por localidad, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2025 (p)

La prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años mide la proporción de niñas, niños y adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad entre quienes fueron valorados nutricionalmente en el territorio. En Bogotá, para 2025, el indicador alcanzó 24,8%, reflejando una situación extendida en la ciudad. Las localidades muestran una variabilidad



moderada, con valores que oscilan entre 23,2% y 26,2%, lo que indica que el exceso de peso es un fenómeno generalizado y no concentrado exclusivamente en zonas específicas. Las prevalencias más altas se registraron en Rafael Uribe Uribe (26,2%), Tunjuelito (26,1%), así como en Los Mártires y Sumapaz (25,7%), lo que señala territorios donde el riesgo nutricional por exceso es mayor y potencialmente asociado con limitaciones para la actividad física, acceso a alimentación saludable o entornos obesogénicos. Por el contrario, las prevalencias más bajas se observaron en Candelaria (23,2%), Chapinero (23,6%) y Usaquén (23,7%), aunque estas también se mantienen cercanas al promedio distrital. La mayoría de localidades, incluyendo Kennedy, Engativá, Bosa, Puente Aranda, Antonio Nariño y Ciudad Bolívar, se agrupan alrededor del valor de ciudad (24–25%), lo que confirma que el exceso de peso constituye un problema de salud pública transversal, presente tanto en localidades de mayor vulnerabilidad como en aquellas con mejores condiciones socioeconómicas.

El indicador de prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años se declara en alerta por el aumento reciente de la cifra distrital (24,8%), lo que eleva el riesgo de morbilidades cardio metabólicas a temprana edad, persistencia del exceso de peso en la vida adulta y complicaciones asociadas (hipertensión, alteraciones del perfil lipídico, resistencia a la insulina), además de impactos en salud mental y rendimiento escolar. La alerta se agudiza en las localidades con valores por encima del promedio de ciudad, destacándose Rafael Uribe Uribe (26,2%) y Tunjuelito (26,1%) como los puntos más críticos, seguidas por Los Mártires (25,7%), Sumapaz (25,7%), Santa Fe (25,5%), Kennedy (25,2%) y Bosa (25,1%); en estos territorios debe priorizarse la intervención integral del entorno alimentario y de actividad física. Por perfil poblacional, el mayor impacto se anticipa en adolescentes (12–17 años) —por mayor autonomía alimentaria y menor actividad física— y en escolares (5–11 años) en contextos con entornos obesogénicos (disponibilidad de ultraprocesados, baja oferta de actividad física y recreación segura), así como en hogares con inseguridad alimentaria y cuidadores con menor escolaridad, grupos donde el exceso de peso tiende a consolidarse y generar mayor carga de enfermedad a mediano plazo.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud para contribuir a la reducción de la malnutrición en la población de 5 a 17 años, se desarrollan acciones integrales que combinan gestión del riesgo en salud, educación alimentaria y nutricional y fortalecimiento de entornos protectores, con énfasis en el ámbito educativo y el acompañamiento a la comunidad educativa. Estas intervenciones buscan identificar oportunamente alteraciones nutricionales, orientar y canalizar casos que lo requieren, y promover cambios sostenibles

en prácticas de alimentación y estilos de vida mediante el trabajo articulado con niños, niñas y adolescentes, y con madres, padres, familias y cuidadores.

- Gestión del riesgo y atención en salud: canalización oportuna de casos que lo requieren a servicios de salud; orientación y seguimiento para continuidad del cuidado.
- Educación alimentaria y nutricional en instituciones educativas: desarrollo de sesiones pedagógicas por ciclos escolares para fortalecer conocimientos, habilidades y prácticas de alimentación saludable; acciones de promoción integradas a iniciativas de cuidado y bienestar en colegios.
- Trabajo con familias y cuidadores: sesiones y espacios de información/educación para fortalecer prácticas de alimentación saludable en el hogar y apoyar la sostenibilidad de los cambios promovidos desde la escuela.
- Transformación de entornos alimentarios escolares: abordaje y acompañamiento a tiendas escolares para mejorar oferta, prácticas y cumplimiento de criterios de “tienda saludable”; participación de la comunidad educativa en acciones asociadas (sensibilización y corresponsabilidad).
- Promoción a través de huertas escolares: implementación y fortalecimiento de huertas como estrategia educativa y práctica para promover consumo de alimentos frescos, sostenibilidad y cultura alimentaria; participación de estudiantes y comunidad educativa.
- Jornadas de salud y bienestar en educación superior y formación para el trabajo: acciones de promoción de alimentación saludable en universidades e instituciones de educación para el trabajo; tamizaje y orientación nutricional a estudiantes menores de 18 años en el marco de jornadas institucionales.
- Acciones comunitarias de cuidado colectivo: abordaje en sesiones comunitarias con enfoque en alimentación saludable para población de 5 a 17 años, padres, madres y cuidadores, integrando el tema a dinámicas territoriales y espacios de participación.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **13. Proporción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses**

### 1.2. Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador de Proporción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, es un indicador clave para analizar las condiciones de vida de la

primera infancia, en tanto se relaciona directamente con el derecho a la vida, la salud y la alimentación adecuada: favorece el crecimiento y desarrollo, aporta protección inmunológica y contribuye a reducir el riesgo de enfermedad y mortalidad infantil, además de generar beneficios para la salud materna. A su vez, permite valorar si el Distrito está garantizando entornos y servicios que protejan la crianza y el cuidado (salud, familia, comunidad y trabajo) y si se están cerrando brechas territoriales y sociales que condicionan la iniciación y continuidad de la Lactancia Materna Exclusiva (LME).

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, y en el Plan Territorial de Salud 2024–2027 se incorpora la meta de mantener por encima del 75% la LME en menores de 6 meses, lo que posiciona este indicador como una referencia central para el seguimiento de resultados en salud pública y la priorización de acciones.

Este indicador está asociado especialmente al ODS 2 de Hambre Cero, teniendo en cuenta es la forma más saludable y económica de alimentar a los bebés, garantizando seguridad alimentaria desde el nacimiento y con el ODS 3, Salud y Bienestar ya que reduce la mortalidad infantil y materna.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes, 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.9 Ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda; 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia; 3.3.7 Ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo materno perinatal implementada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

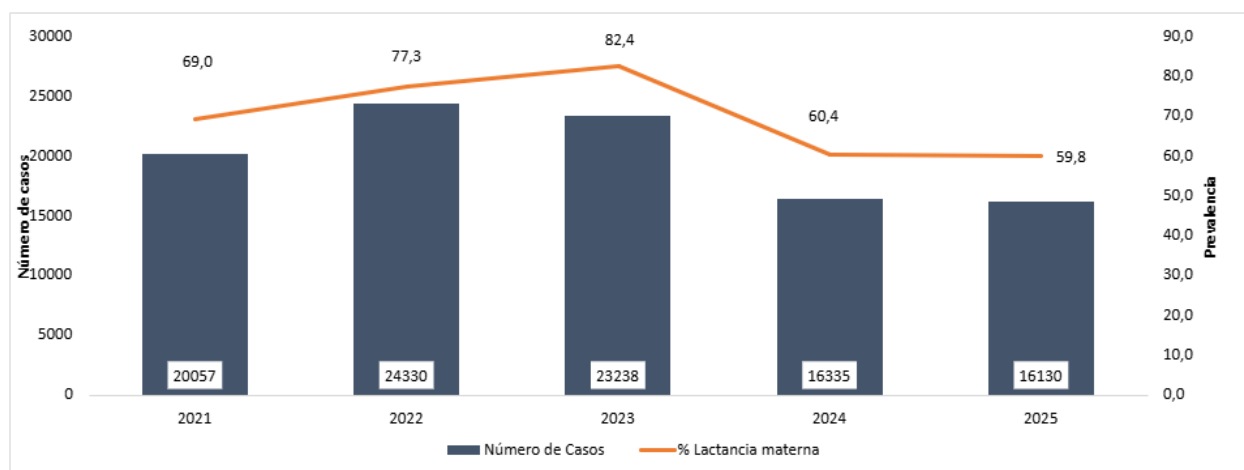
El indicador Proporción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses tiene como objetivo conocer la proporción de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses durante el periodo analizado.

El cálculo del indicador se realiza mediante la fórmula: (Número de niños entre 0 y 6 meses con práctica de lactancia materna exclusiva ÷ Total de niños entre 0 y 6 meses) × 100. La fuente de la información para el cálculo corresponde al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN D.C.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de nacimiento. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2013, presenta una tendencia variable y se expresa en porcentaje. La meta establecida para 2024 es lograr y mantener por encima del 65% la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.

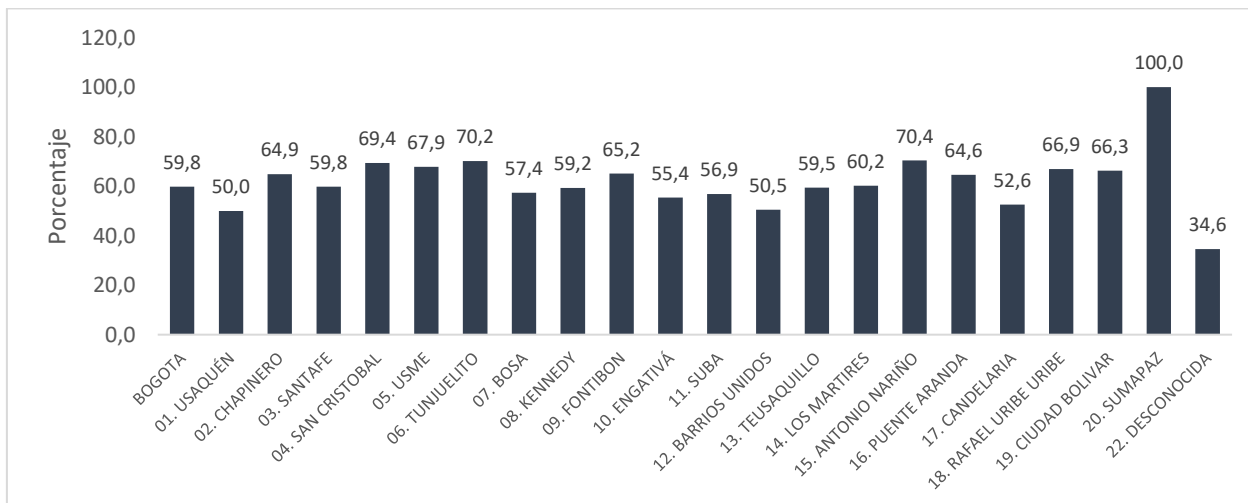
En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital y por edad, incluyendo los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 16. Proporción de práctica de lactancia materna en menores de 6 meses, residentes en Bogotá D.C. 2021 - 2025



Fuente: SISVAN menores: Secretaría Distrital de Salud. Subdirección Vigilancia en Salud Pública. SISVAN.

#### 1.4 Gráfica 17. Práctica de lactancia materna en menores de 6 meses, residentes en Bogotá D.C., Comparativo por localidad, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2025 (p)

### 1.5. Análisis del indicador:

Entre 2019 y 2025, la lactancia materna exclusiva mostró dos fases bien marcadas. Tras un descenso en 2020 (48,3%, mínimo de la serie), el indicador se recuperó con fuerza durante 2021–2023 hasta alcanzar su máximo en 2023 (82,4%) principalmente por el tiempo que se pudo compartir en casa por el trabajo virtual a razón del COVID-19. A partir de 2024 se observó un quiebre de tendencia, con un descenso en las cifras a 60,4% y un ligero descenso adicional de 0,6 puntos porcentuales en 2025 (59,8%). En términos de captación, los casos reportados alcanzaron su máximo en 2022 (24.330) y luego disminuyeron hasta el mínimo de 2025 (16.130). En el balance del periodo se evidencia una disminución entre 2023–2025 (–22,6 puntos porcentuales) señala la necesidad de seguir trabajando en los determinantes estructurales de la lactancia materna como el trabajo informal y formal, la continuidad y oportunidad de las acciones de protección en los diferentes entornos, consejería y apoyo a la lactancia, así como las estrategias comunitarias para fortalecer la lactancia como una estrategia clave para el adecuado desarrollo de los niños y niñas.

La proporción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es un indicador que refleja la práctica óptima de alimentación infantil, fundamental para el crecimiento, desarrollo y protección inmunológica en los primeros meses de vida. En Bogotá, para 2025, esta proporción alcanzó 59,8%, pero presentó una marcada variabilidad territorial, con localidades que superan ampliamente el promedio distrital y otras que se encuentran rezagadas. Los niveles más altos se evidenciaron en Sumapaz (100%), Antonio Nariño

(70,4%), Tunjuelito (70,2%), San Cristóbal (69,4%), Usme (67,9%), Rafael Uribe Uribe (66,9%) y Ciudad Bolívar (66,3%), lo que sugiere entornos donde las prácticas de lactancia son más fuertes, posiblemente vinculadas con redes comunitarias, acompañamiento cercano por servicios de salud y menor inserción laboral materna en los primeros meses.

En contraste, las prevalencias más bajas se registraron en Usaquén (50,0%), Barrios Unidos (50,5%) y Candelaria (52,6%), territorios en los que podrían influir factores como mayor participación laboral materna, menor acceso a consejería en lactancia o mayor exposición a sustitutos de la leche materna. La mayoría de las localidades —incluyendo Chapinero, Fontibón, Puente Aranda, Teusaquillo y Los Mártires— se ubican alrededor del promedio (55–65%), configurando un patrón general de práctica moderada, pero aún con brechas importantes que demandan intervenciones diferenciadas. Este comportamiento evidencia que, aunque Bogotá presenta un nivel adecuado de lactancia exclusiva, persisten inequidades territoriales que requieren acciones focalizadas para fortalecer la protección y el acompañamiento a la díada madre–bebé, especialmente en las zonas con menor proporción de lactancia materna.

El indicador entra en alerta porque, aunque el promedio distrital es 59,8%, viene de una caída pronunciada respecto al pico reciente (82,4% en 2023) y se ubica por debajo de lo deseable para protección óptima en los primeros 6 meses. El riesgo asociado a esta disminución es un mayor compromiso de la salud infantil: más episodios infecciosos (diarrea e IRA), mayor probabilidad de hospitalización, menor ganancia ponderal, y exposición temprana a prácticas alimentarias subóptimas que elevan la malnutrición (déficit y exceso) y sus secuelas. La alerta se agudiza en territorios con valores marcadamente bajos: Usaquén (50,0%), Barrios Unidos (50,5%) y Candelaria (52,6%); también requieren atención Engativá (55,4%) y Suba (56,9%), que se sitúan por debajo del promedio distrital.

En cuanto a grupos poblacionales/diferenciales más afectados, se priorizan los lactantes de 0–6 meses en hogares con inseguridad alimentaria, madres adolescentes, mujeres con inserción laboral temprana (informal o sin licencias adecuadas), migrantes y familias con baja escolaridad o débil red de apoyo, en quienes la interrupción de la LME es más probable y el impacto sanitario es mayor. Aunque varias localidades superan el 65% (p. ej., Tunjuelito 70,2%, Antonio Nariño 70,4%, San Cristóbal 69,4%, Usme 67,9%, Rafael Uribe Uribe 66,9%, Ciudad Bolívar 66,3%), el patrón global evidencia brechas territoriales que justifican activar acciones focalizadas de consejería, apoyo comunitario y conciliación cuidador/trabajo, con monitoreo operativo para evitar nuevos retrocesos.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Durante el periodo, el Distrito ha fortalecido una respuesta integral e intersectorial para proteger, promover y apoyar la lactancia, incluyendo:

- Estrategia intersectorial de promoción de lactancia y alimentación complementaria, en articulación con otras entidades distritales y aliados, alineada con planes de largo plazo en salud pública.
- Fortalecimiento de entornos institucionales protectores: se reporta que Bogotá cuenta con 77 IPS certificadas como IAMII y más de 575 Salas Amigas de la Familia Lactante activas en el entorno laboral, medidas que facilitan consejería, atención humanizada y condiciones para mantener la lactancia.
- Acciones focalizadas con acompañamiento especializado para gestantes y lactantes priorizadas, lo cual busca reducir barreras que afectan la lactancia.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **14. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.**

#### 1.2 Párrafo introductorio:

La mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es un indicador crítico porque refleja la convergencia de múltiples determinantes que afectan la vida en la primera infancia: inseguridad alimentaria, enfermedad, barreras de acceso a servicios, condiciones de cuidado, y vulnerabilidad social acumulada. Aunque puede presentarse con baja frecuencia, cada caso representa una muerte potencialmente evitable y evidencia situaciones de alta fragilidad en el entorno familiar y territorial, por lo cual su seguimiento permite identificar alertas tempranas y orientar respuestas intensificadas en salud pública y protección social.

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. es fundamental para analizar las condiciones de vida, ya que refleja de manera directa el nivel de garantía de derechos básicos como la vida, la salud, la nutrición y el acceso oportuno a servicios de atención integral. Su importancia radica en que permite identificar desigualdades sociales, territoriales y económicas que afectan la supervivencia en la primera infancia, así como evaluar la efectividad de las acciones institucionales orientadas a la prevención de muertes evitables. Adicionalmente, permite evaluar la capacidad del sistema distrital para prevenir desenlaces fatales mediante acciones de identificación temprana, gestión del riesgo, atención integral, continuidad del cuidado y articulación intersectorial, orienta la priorización de acciones en territorios con mayores



brechas sociales y fortalece la rendición de cuentas frente a la garantía del derecho a la alimentación y a la salud en la primera infancia.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, con los compromisos del Distrito para proteger la vida y reducir eventos evitables en la primera infancia, y se articula con la respuesta distrital en seguridad alimentaria y nutricional a través de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) – CONPES Distrital 09 de 2019–2031 y su operativización en salud mediante el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y la vigilancia en salud pública. Se relaciona con las meta estratégica de Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Este indicador se relaciona con el ODS 2 (Hambre Cero) y ODS 3 (Salud y Bienestar), al requerir intervenciones que prevengan la malnutrición, mejoren el acceso a atención y reduzcan mortalidad evitable.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes, 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.9 Ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

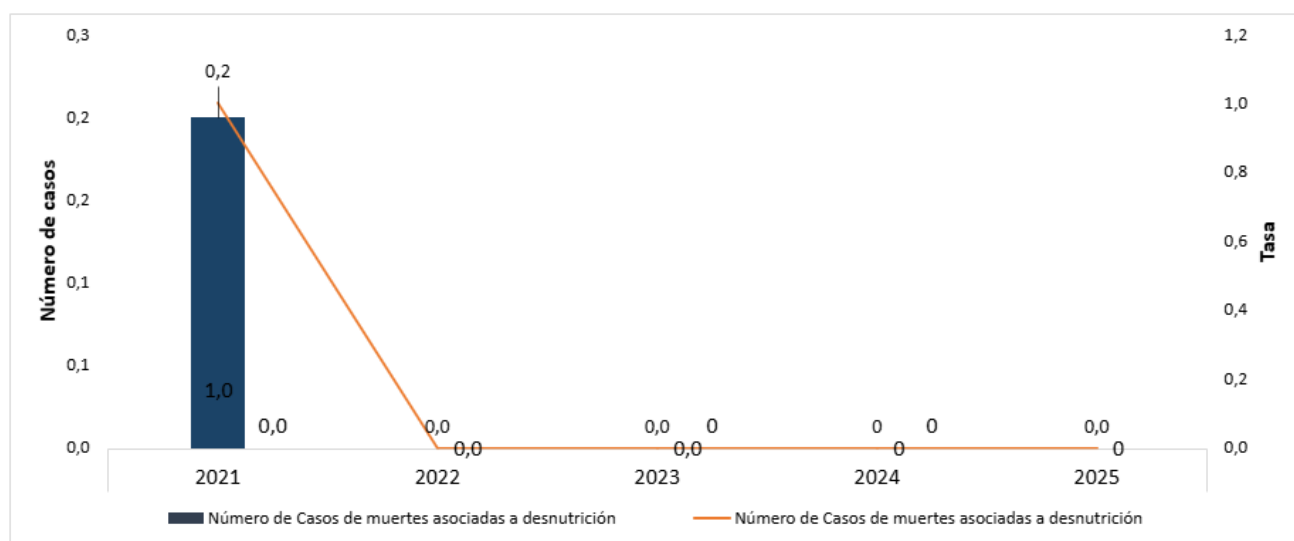
El indicador Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años tiene como objetivo conocer el número de defunciones por desnutrición de niños menores de 5 años por cada 100.000 menores de cinco años en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de casos de defunciones de niños menores de 5 años por cada 100.000 menores de cinco años durante el periodo analizado.

El cálculo del indicador se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de defunciones de menores de 5 años cuya causa de muerte incluya desnutrición} \div \text{Total de población menor de 5 años}) \times 100.000$ . La fuente de la información para el cálculo corresponde a las bases de datos SDS-RUAF-ND y DANE.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de malnutrición. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2013, presenta una tendencia variable y se expresa por cada 100.000 habitantes. La meta para 2024 es llevar a 0 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición aguda como causa básica.

En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital, por sexo incluyendo hombres y mujeres, y por edad, considerando los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 18. Tendencia tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá 2021 – 2025\*.



Fuente: 2019-2024 Bases DANE; 2025\* Sistema de Estadísticas Vitales, Bases RUAF\_ND, Datos preliminares.

#### 1.5 Análisis del indicador

Mantener la tasa en 0,0 por más de 3 años, aporta al cumplimiento de la categoría de Existencia porque demuestra la protección efectiva del derecho a la vida, el buen funcionamiento de las rutas de prevención y atención, la acción intersectorial sobre determinantes sociales, y una vigilancia permanente que evita desenlaces fatales.

En el periodo reciente, el comportamiento mejoró al pasar de 0,2 en 2021 a 0,0 en 2022–2025. Este resultado es consistente con un fortalecimiento de acciones distritales orientadas a prevenir la progresión de alteraciones nutricionales a estados severos,

incluyendo búsqueda activa, tamizaje, canalización y seguimiento de casos de desnutrición aguda y riesgo, así como la verificación de la atención integral y la articulación con oferta social para mitigar determinantes de inseguridad alimentaria. No obstante, por tratarse de un evento de baja frecuencia, la tasa es sensible a cambios pequeños en el numerador, lo que exige interpretar el comportamiento con enfoque de “evento centinela”: un solo caso puede modificar el indicador, especialmente en análisis por localidad.

Incluya patrones y tendencias identificadas, de acuerdo con el análisis de los últimos cinco años 2021-2025.

Para 2021–2025 se observa una tendencia hacia las cero mortalidades por desnutrición como causa básica después del registro de 2021. Se contempla desagregación por sexo y por localidad, y el grupo etario corresponde a menores de 5 años.

En la información disponible, el evento registrado en el periodo reciente se concentra en 2021 y se ubica en la localidad de Santa Fe (1 defunción), lo cual genera una tasa local alta por el tamaño poblacional menor en esa localidad, mientras que el Distrito total registra 0,2 por 100.000 en ese año. En 2022–2025 no se registran defunciones por esta causa según la clasificación utilizada, por lo que no se identifican localidades con ocurrencia del evento en esos años.

Aunque en 2022–2025 el indicador se ubica en 0,0, la posibilidad de una mortalidad por desnutrición debe tratarse como alerta permanente por su carácter de evento centinela, un solo caso implica riesgo de fallas acumuladas en determinantes sociales y/o en la continuidad de la atención. En el periodo analizado, la alerta se materializa en 2021, con ocurrencia del evento en Santa Fe, en población menor de 5 años, lo que orienta la necesidad de mantener acciones intensificadas de prevención del riesgo y seguimiento en territorios con mayor vulnerabilidad social, sobre todo en la población que corresponde a los flujos migratorios mixtos, que tienen mayores riesgos psicosociales, económicos y de salud.

El caso del 2021 correspondía a la población Emberá asentada en el parque nacional, que no permitió la atención oportuna a causa de sus creencias y prácticas culturales, estas brechas son latentes para la ciudad por ser un epicentro de atención en salud, social y de respuesta en los casos de poblaciones migrantes que allegan buscando mejores condiciones de vida.

1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Durante 2025, la Secretaría Distrital de Salud sostuvo un abordaje integral y multipropósito frente a la malnutrición, reconociendo que la prevención de desenlaces graves —incluida la mortalidad por desnutrición— requiere actuar tanto sobre el evento nutricional como sobre sus determinantes sociales. En este marco, el Distrito implementa la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) – CONPES Distrital 09 de 2019–2031, la cual se operativiza en el sector salud a través del PSPIC en entornos cuidadores (Hogar, Educativo, Laboral, Comunitario e Institucional) y mediante procesos transversales de gestión de programas y vigilancia en salud pública, incorporando acciones orientadas al mejoramiento nutricional de la primera infancia, la promoción de hábitos saludables y la reducción de la desnutrición aguda.

En el Entorno Hogar, los Equipos Básicos Extramurales realizan búsqueda activa, toma de medidas antropométricas y clasificación nutricional, con énfasis en peso/talla, para identificar desnutrición aguda y activar atención oportuna. Tras la identificación, se verifica la adherencia a la atención y se remite a IPS para confirmación y manejo según riesgos. Adicionalmente, en la armonización de acciones se fortaleció la intervención a niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda (peso/talla entre -1,5 y -2,0), identificados mediante SISVAN, con participación interdisciplinaria (medicina general, nutrición, enfermería y otros perfiles), buscando prevenir progresión a estados severos que incrementan riesgo de complicaciones y mortalidad. De manera complementaria, se canaliza a oferta social (SDIS e ICBF) para mitigar inseguridad alimentaria y abordar determinantes sociales.

En el Entorno Educativo e Institucional, se priorizan jardines e instituciones para planes de cuidado escolar, actividades lúdicas y procesos pedagógicos con mensajes clave basados en GABAS, incluyendo tamizaje antropométrico y canalización a rutas de alteraciones nutricionales, además de educación en signos de alarma e identificación de desnutrición aguda a agentes educativas y madres comunitarias. En el Entorno Comunitario, se promueve el empoderamiento y la coordinación comunitaria con líderes y grupos de apoyo, así como estrategias como huertas para autoconsumo y diversificación alimentaria, fortaleciendo capital social y sostenibilidad. En el Entorno Laboral, se desarrollan acciones promocionales, se toma antropometría a menores de 5 años presentes con cuidadores en jornada laboral, se clasifica el estado nutricional y se canaliza a EAPB/IPS, además de mantener la ampliación de Salas Amigas de la Familia Lactante.

Desde la gestión sectorial, se mantiene la estrategia IAMII, orientada a mejorar prácticas institucionales en salud y nutrición materno-infantil con enfoque de derechos. En vigilancia, se sostiene el seguimiento a eventos de interés (especialmente desnutrición aguda) y el seguimiento telefónico a cuidadores para identificar barreras en atención, formulación y entrega de fórmulas terapéuticas, y adherencia al tratamiento, indagando componentes

clave del lineamiento técnico (prueba de apetito, escenario de manejo, controles y seguimiento, entre otros). Asimismo, en el marco de la Circular 014 de 2023, se avanzó en articulación intersectorial (SDIS, ICBF, SED, SDA, entre otras) en instancias como CISAN y Mesa Intersectorial de Alteraciones Nutricionales para acordar y firmar un documento técnico de ruta intersectorial para atención del riesgo de desnutrición aguda.

Finalmente, como estrategia estructural, la SDS diseñó e inició la implementación del Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) 2024–2031, que promueve hábitos saludables desde el inicio de la vida y fortalece herramientas para decisiones informadas, complementado con materiales didácticos adaptados a contextos sociales y económicos. En conjunto, estas acciones se orientan a reducir riesgo, mejorar oportunidad de atención y disminuir la probabilidad de progresión a eventos severos que puedan derivar en desenlaces fatales.

La garantía de seguridad alimentaria y nutricional en población infantil excede la capacidad exclusiva del sector salud y depende de condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales. En territorios con alta vulnerabilidad —como cinturones de pobreza— pueden persistir factores que incrementan el riesgo: inseguridad alimentaria, barreras de acceso a servicios, y dificultades para sostener adherencia a tratamientos. Adicionalmente, se identifican posibles limitaciones asociadas a barreras en la atención, en la formulación/entrega de fórmulas terapéuticas cuando corresponda y en la adherencia familiar, razón por la cual se refuerzan acciones de seguimiento y gestión de barreras.

Las estrategias e instrumentos implementados incluyen: PPSAN (CONPES 09 2019–2031) como marco de política; PSPIC en entornos cuidadores como instrumento operativo de promoción, prevención e intervención territorial; procesos transversales de GPAISP y Vigilancia en Salud Pública; fortalecimiento del SISVAN para identificación y seguimiento de casos y riesgo; implementación y sostenimiento de IAMII; estrategia de seguimiento telefónico para barreras de atención y adherencia; articulación intersectorial en CISAN y Mesa Intersectorial de Alteraciones Nutricionales y avance de la ruta intersectorial del riesgo de desnutrición aguda (Circular 014 de 2023); y el Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (PDEAN) 2024–2031 como instrumento de transformación de prácticas y decisiones informadas desde el inicio de la vida.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **15. Número de niños y niñas menores de 6 años con esquema de vacunación completo**

## 1.2. Párrafo introductorio:

A continuación, se presentan los indicadores de vacunación para la primera infancia de cero a cinco años, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-, en el Manual Técnico Administrativo del PAI del 2015, los lineamientos nacionales del programa, y la Ley 2406 del 2024, por medio de la cual se ordena la modernización y actualización permanente del PAI.

Antes de iniciar el análisis de cada indicador trazador en este informe, es fundamental precisar que la cobertura hace referencia al cumplimiento de las metas programáticas, también conocidas como metas administrativas, las cuales son asignadas desde el nivel nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-.

En el marco de la política pública, el indicador Número de niños y niñas menores de 6 años con esquema de vacunación completo, busca que todas las niñas y niños menores de seis años cuenten con todos los biológicos disponibles en el Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, cuyo objetivo es la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, a fin de disminuir sus tasas de mortalidad y morbilidad, siendo la vacunación la medida preventiva fundamental para proteger la salud individual y colectiva al salvar vidas, manteniendo coberturas y/o cumplimientos iguales o superiores al 95%.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, enfocándose en la Atención Primaria Social en salud. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

## 1.3. Descripción del indicador:

Carrera 32 No. 12 - 81  
Teléfono: 3649090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)



CO-SC-CER155793



CO-SC-CER155793

Para 2025, con corte a 31 de diciembre (preliminar) con un número de niños/as con esquema completo de vacunación.

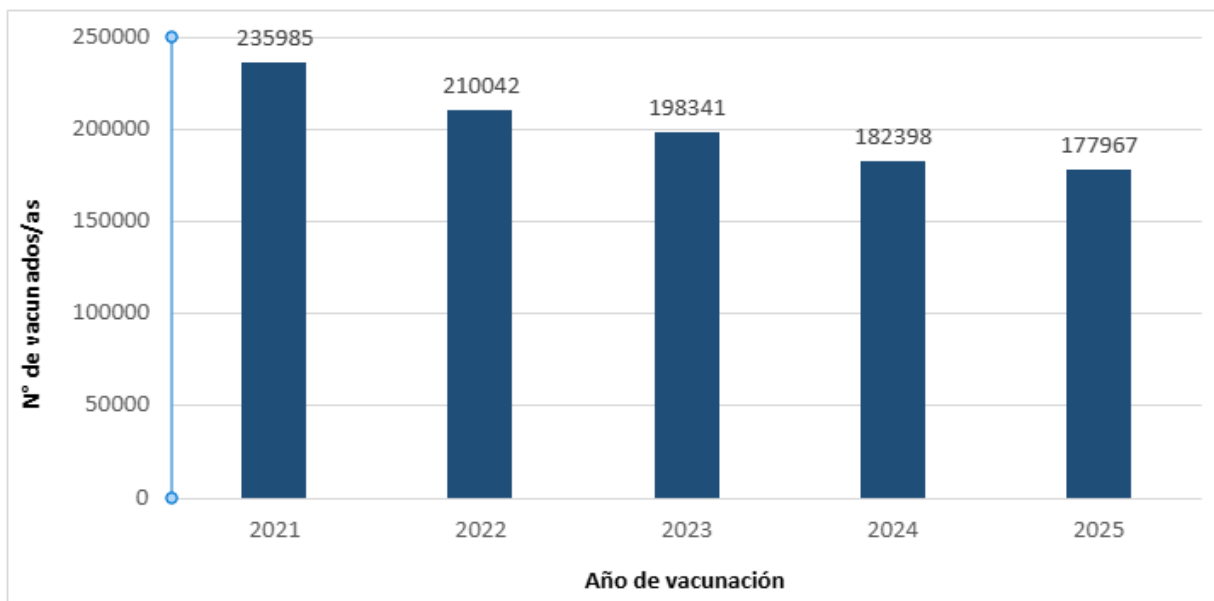
Corresponder al cálculo descrito en la “Hoja de Vida Indicador SMIA”. El resultado del esquema de vacunación completo se obtiene a través de la medición del número de niños y niñas vacunados con el segundo refuerzo de la vacuna DPT (protege contra las enfermedades de difteria, tosferina y tétanos) como biológico trazador en la edad de cinco años y hasta los cinco años 11 meses y 29 días, momento en el cual debe contar con la aplicación además de todos los biológicos del PAI, según las dosis específicas aplicadas en momentos determinados a lo largo de la vida del niño/a, desde el nacimiento hasta los cinco años.

El esquema completo de vacunación busca identificar que las niñas y niños menores de seis años cuenten con todos los biológicos disponibles en el PAI. Esta medición se viene realizando de acuerdo con los biológicos trazadores acorde con la edad, sin embargo, es preciso mencionar que cada niño por sus condiciones de salud, residencia, edad, u otros factores, se evalúa de manera individual, y se debe garantizar que tenga su esquema completo de vacunación. Para este reporte no se describen cambios metodológicos.

La fuente corresponde al resumen mensual de vacunación, del sistema de información del PAI, de la Secretaría Distrital de Salud, 2021 a 2025. El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS-

1.4. Gráfica 19. Número de niños/as menores de seis años con esquema completo de vacunación 2021-2025





Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

### 1.5. Análisis del indicador:

El indicador de esquema completo de vacunación es esencial en las políticas de salud dirigidas a la primera infancia, garantizando que cada niño/a reciba las inmunizaciones necesarias dentro de los tiempos establecidos como parte del programa nacional de inmunizaciones.

El número de niños y niñas con el esquema completo de vacunación en 2025 es de 177.967 niños/as, y se observa su descenso desde el 2020, en donde el número fue mayor con 256.828 niños/as con vacunación completa, lo cual está asociado con la disminución de las/os nacidos vivos cada año, y muestra la necesidad de seguir fortaleciendo las diferentes estrategias para lograr que los niños/as en su último año de su etapa de infancia logren contar con los biológicos acorde a su edad.

Es importante aclarar que en Colombia hasta el año 2022 el inmunobiológico trazador de los cinco años fue el refuerzo de triple viral (protege contra las enfermedades de sarampión, rubéola y paperas), el cual se adelantó a los 18 meses de edad, por ello a partir del año 2023, según el lineamiento nacional del MSPS el inmunobiológico a medir es el segundo refuerzo de DPT.

### 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **16. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.**

1.2 Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos, constituye un pilar fundamental en la salud pública mundial al ser la principal herramienta para prevenir las formas más graves de la tuberculosis en la infancia. Administrada usualmente a recién nacidos dentro de sus primeros días de vida, esta inmunización ofrece una protección cercana al 80% contra complicaciones potencialmente mortales como la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar.

Más allá de su función específica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la BCG fortalece el sistema inmunitario innato, lo que puede proporcionar beneficios adicionales frente a otras infecciones. En países donde la enfermedad es endémica, su aplicación es una prioridad para reducir la mortalidad infantil y garantizar un desarrollo saludable desde el nacimiento.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

1.3. Descripción del indicador:

El indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos/as vivos tiene como objetivo conocer la cobertura de vacunación contra la tuberculosis en Bogotá D.C. Su interpretación

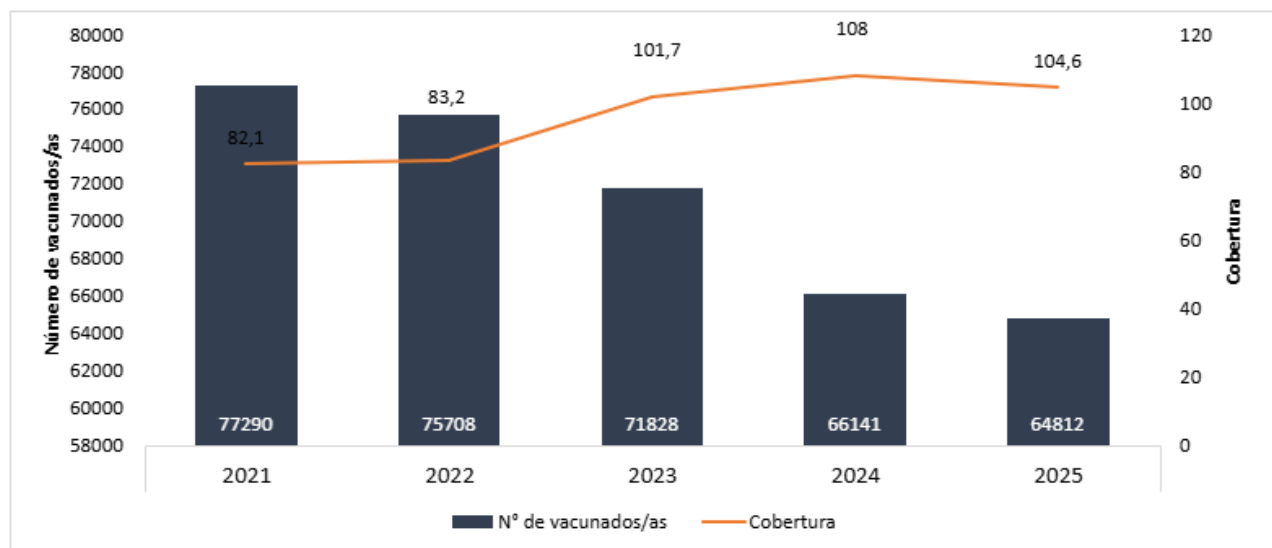
corresponde al porcentaje de nacidos vivos que han recibido la dosis única de vacuna contra la tuberculosis.

El cálculo del indicador se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de niños y niñas vacunados con BCG} \div \text{Número total de recién nacidos/as vivos}) \times 100$ . La fuente de la información para el cálculo corresponde a la plantilla mensual de dosis aplicadas del MSPS.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2013, presenta una tendencia decreciente y se expresa en porcentaje. La meta para 2024 es lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en los biológicos del PAI, incluida la varicela, y realizar el estudio de inclusión de la vacuna contra el herpes zóster.

En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital y por edad, considerando los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 20. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos. 2021 – 2025.



Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para 2025, con corte a 31 de diciembre (preliminar) se presenta una cobertura de vacunación con BCG es de 104.6%.

Corresponder al cálculo descrito en la “Hoja de Vida Indicador SMIA”. BCG, es la convención correspondiente a la vacuna compuesta por los antígenos de las cepas del mico bacteria tuberculosis Calmette Güerin, para la prevención principalmente de la tuberculosis meníngea en población infantil. El numerador corresponde al número de nacidos/as vivos/as que se vacunan al momento de nacer y hasta los 28 días de nacimiento, en las IPS de atención de parto de la ciudad. Y el denominador es la meta programática establecida por MSPS de los niños y niñas menores de un año de Bogotá en cada periodo.

El indicador da cuenta del porcentaje de nacidos/as vivos/as que se vacunan en las primeras 24 horas al momento de nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- de atención de parto de la ciudad y que cuentan con el servicio de vacunación habilitado.

La fuente corresponde al resumen mensual de vacunación, del sistema de información del PAI, de la Secretaría Distrital de Salud, 2021 a 2025. El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS-

Para el periodo comprendido entre 2021 y 2022, Bogotá registró una disminución en las coberturas, con cumplimientos del 82,1% y 83,2%, respectivamente. Sin embargo, a partir del 2023 se incrementan superando el 95%, para el 2025 en del 104.6%. La caída en los primeros años se debe a la diferencia entre la meta programática del MSPS y el número de nacidos/as vivos reportados en esos tres años. Además, las medidas de contención de la pandemia de COVID-19, como las restricciones de movilidad, podrían haber influido en que muchas personas salieran de la ciudad y tuvieran a sus bebés en otras regiones del país, lo que también redujo el número de vacunados/as.

La vacunación en el 2025 se lleva a cabo en las 32 instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- que atienden partos en Bogotá y que cuentan con el servicio de vacunación, según lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019. En estas IPS se realiza la captación de la vacunación de los y las recién nacidas, sin barreras de residencia o no en la ciudad. Aproximadamente para 2025 el 10% de los partos atendidos en Bogotá corresponden a personas cuya residencia habitual no es la ciudad. Además, es importante tener en cuenta

la tendencia a la disminución de la natalidad en la ciudad cada año, lo cual se refleja en la disminución gradual del número de vacunados/as.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **17. Cobertura de vacunación contra Polio en niñas y niños menores de 1 año**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

desde el año 1985 la OPS estableció como meta la erradicación del polio virus salvaje en las Américas, siendo el último caso de poliomielitis por polio virus salvaje en las Américas, en el año 1991 (en Perú y en Colombia en el municipio de Arjona, Bolívar). En 1994 la región fue certificada como libre de polio por la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. Desde el 2015 la OPS y el país han realizado el cambio de la vacuna de polio a la vacuna viral inactivada La vacuna antipolio utilizada actualmente en la población de niños y niñas es una vacuna inactivada, preparada con dos cepas de virus inactivados de poliomielitis, causantes de la enfermedad, cada dosis contiene polio virus tipo 1 y 3 en una proporción establecida por el laboratorio fabricante. El esquema primario de vacunación consiste en tres dosis, con intervalo entre cada dosis de seis a 8 semanas.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación contra Polio en niñas y niños menores de 1 año, busca garantizar coberturas en menores de 1 año mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para prevenir la reintroducción del virus. Se basa en esquemas nacionales que priorizan la vacuna inactivada (IPV) para eliminar riesgos de la vacuna oral (OPV), fortaleciendo la búsqueda activa de susceptibles. El objetivo es superar el 95% de cobertura para identificar y reducir la población susceptible (niños y niñas sin vacunar) con el fin de evitar brotes e intensificando estrategias en zonas de baja cobertura.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

### 1.3. Descripción del indicador:

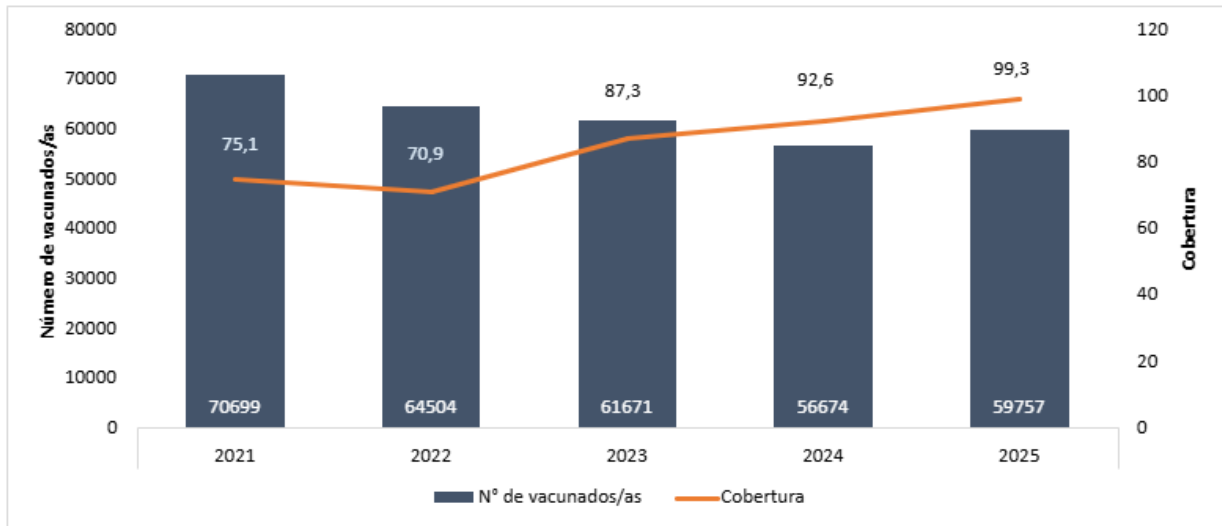
El indicador Cobertura de vacunación contra poliomielitis en niños y niñas menores de 1 año tiene como objetivo conocer el porcentaje de niños y niñas menores de 1 año que han recibido la vacuna contra poliomielitis en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas menores de 1 año que han recibido la tercera dosis de la vacuna contra polio.

El cálculo se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de niños y niñas menores de 1 año vacunados con la tercera dosis contra polio} \div \text{Total de niños y niñas menores de 1 año}) \times 100$ . La fuente de la información para el cálculo es la plantilla mensual de dosis aplicadas del MSPS.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2012, presenta una tendencia decreciente y se expresa en porcentaje. La meta para 2024 es lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en los biológicos del PAI, incluida la varicela, y realizar el estudio de inclusión de la vacuna contra el herpes zóster.

En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital y por edad considerando los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

### 1.4. Gráfica 21. Cobertura de vacunación contra polio en niños y niñas menores de un año



Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS-

A partir del año 2021 hay un descenso notorio siendo el 2022 el periodo con el cumplimiento más bajo con el 70.9%. Este resultado es consecuencia de las medidas de confinamiento ordenadas durante la emergencia sanitaria por la pandemia y post pandemia COVID-19. También se dio por la falta de demanda de los servicios de vacunación por parte de los y las cuidadoras de los niños, el miedo al contagio de la ciudadanía y el cierre de algunos puntos de vacunación de la ciudad, entre otros.

Otro factor que influye en el cumplimiento es la meta asignada por el MSPS, la que inicialmente no tenía en cuenta los nacimientos, fallecimientos que ocurren en la ciudad, la población nacida que es residente, la que migra a otra ciudad y la que ingresa a residir proveniente de otros municipios. Lo que a partir del 2023 se realiza teniendo en cuenta estas dinámica poblacionales y el modelo matemático realizado por esta Secretaría para el cálculo de proyección de niños y niñas menores de un año y un año para la ciudad. Por tanto, a partir del 2024 se realizan mesas de trabajo con el Ministerio donde se ajustan los denominadores asignados por el Ministerio.



En los años 2023 y 2024, se evidencia una recuperación en el cumplimiento de la meta, alcanzando un 92.6% en 2024, y en 2025 el 99.3%, el porcentaje más alto de los últimos 5 años, resultado favorable estrechamente vinculado al esfuerzo conjunto entre Bogotá y el MSPS para ajustar los denominadores del distrito como se indicó previamente, y al ajuste realizado al esquema de vacunación de Bogotá, en niños y niñas menores de un año, consistente en disminución del intervalo mínimo entre dosis del esquema de las dosis de vacunación, incluidas las de antipolio, pasando de intervalos de 8 semanas mínimo entre dosis del esquema a intervalos de 6 semanas, a fin de contener el brote de tosferina que se presentó en la ciudad durante el 2025.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **18. Cobertura de vacunación con Pentavalente 3 dosis en niñas y niños menores de un año.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El biológico denominado pentavalente (contiene antígenos para la prevención de infecciones por difteria, tétanos, tosferina, Haemophilus influenza tipo b y hepatitis B), utilizado actualmente en el país, y administrado a los niños y niñas menores de un año, en el esquema primario de vacunación, en donde se deben aplicar inicialmente tres dosis, con un intervalo entre cada una de 6 (seis) a 8 (ocho) semanas.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente 3 dosis en niñas y niños menores de un año., La cobertura de la tercera dosis de la vacuna Pentavalente en menores de un año es un indicador de gestión de política pública fundamental para medir la reducción de morbilidad infantil y la equidad en salud, buscando coberturas superiores al 95%. Se implementa como un derecho gratuito para la población infantil, definido en lineamientos nacionales, buscando proteger contra 5 enfermedades graves (difteria, tétanos, tos ferina, Hib y hepatitis B). Su cumplimiento permite reducir brotes y garantizar la salud infantil, evaluando el éxito del sistema de salud en cobertura.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

### 1.3. Descripción del indicador:

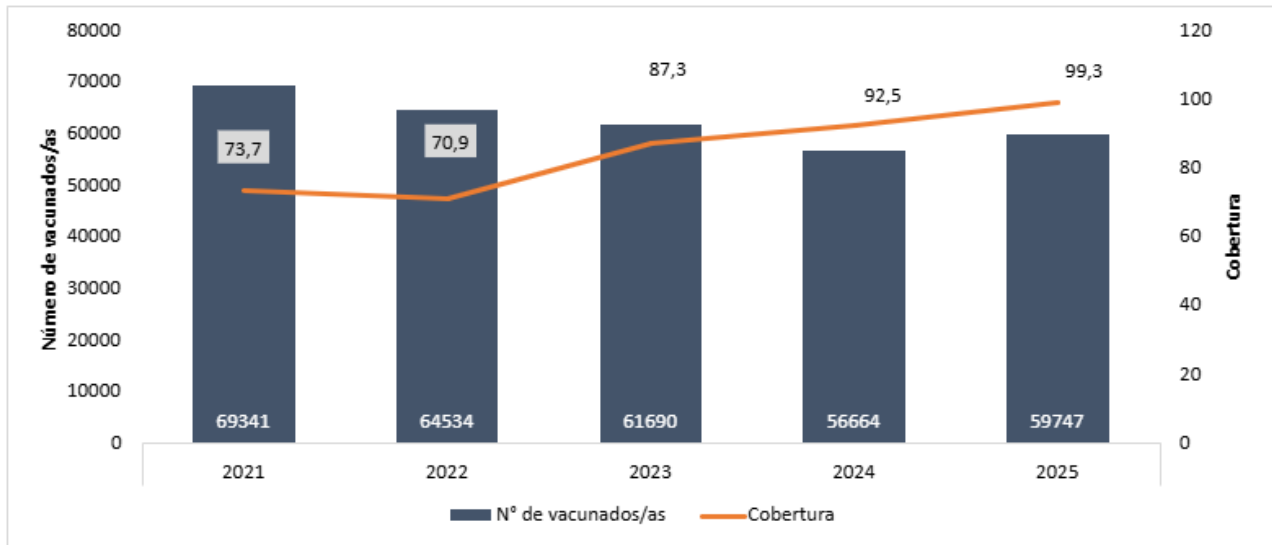
El indicador Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT, Hepatitis B y Haemophilus influenza tipo B) tercera dosis en niños y niñas menores de 1 año tiene como objetivo conocer el porcentaje de niños y niñas menores de 1 año que han recibido la tercera dosis de vacuna pentavalente en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas menores de 1 año que han recibido la tercera dosis de la vacuna, que protege contra difteria, tosferina (bordetella pertussis), tétanos, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B.

El cálculo se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de niños y niñas menores de 1 año que han recibido la tercera dosis de vacuna pentavalente} \div \text{Total de niños y niñas menores de 1 año}) \times 100$ , con información obtenida de la plantilla mensual de dosis aplicadas del MSPS.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2012, presenta una tendencia decreciente y se expresa en porcentaje. La meta para 2024 es lograr y mantener coberturas iguales o mayores al 95% en los biológicos del PAI, incluida la varicela, y realizar el estudio de inclusión de la vacuna contra el herpes zóster.

En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital y por edad considerando los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

### 1.4. Gráfica 22. Cobertura de vacunación con tercera dosis de pentavalente en niñas y niños menores de un año. 2021 - 2025



Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre de 2025, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS-

Este indicador tiene un comportamiento heterogéneo similar a lo descrito en el aparte anterior de coberturas de antipolio. Durante el 2021 y 2022 se presentan las coberturas más bajas; situación que es consecuencia de lo indicado previamente frente al contexto de pandemia y a la estimación del denominador por parte del MSPS. A partir del 2023, se evidencia una recuperación en el cumplimiento de la meta, alcanzando en el 2025 el 99.3%, siendo el porcentaje más alto de los últimos 5 años.

Resultado favorable estrechamente vinculado a lo señalado en el indicador anterior, del esfuerzo conjunto entre Bogotá y el MSPS para ajustar los denominadores del distrito, y al ajuste realizado al esquema de vacunación en niños y niñas menores de un año en Bogotá, consistente en disminución del intervalo mínimo entre dosis del esquema de las dosis de vacunación, incluidas las de antipolio, pasando de intervalos de 8 semanas mínimo entre dosis del esquema a intervalos de 6 semanas, a fin de contener el brote de tosferina que se presentó en la ciudad durante el 2025.

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **19. Cobertura de vacunación contra neumococo en niñas y niños de 1 año.**

1.2. Párrafo introductorio:

El biológico denominado neumococo, contiene antígenos del streptococo pneumoniae, indicados para la prevención de las infecciones graves y meningitis asociadas a este germen. Es utilizada actualmente en el país y hace parte del Plan nacional “Derrotando a las meningitis bacterianas”. Es administrado a los niños y niñas menores de un año, en esquema primario de vacunación de dos dosis y un refuerzo al año de edad, el cual es el que genera la protección de memoria o de larga duración.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación contra neumococo en niñas y niños de 1 año, es un indicador de gestión de política pública fundamental para medir la reducción de morbilidad infantil y la equidad en salud, buscando coberturas superiores al 95%. Su cumplimiento permite reducir brotes y garantizar la salud infantil, evaluando el éxito del sistema de salud en cobertura.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

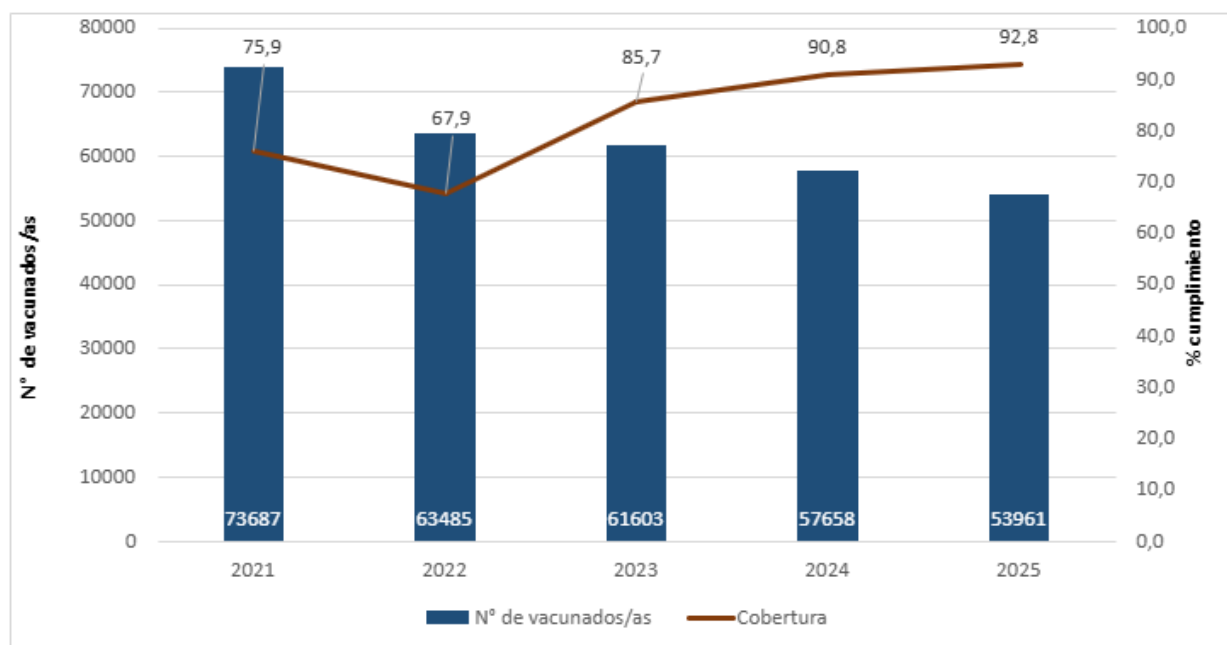
En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

1.3. Descripción del indicador:

Para 2025, con corte a 31 de diciembre (preliminar) se presenta una cobertura de vacunación contra neumococo en niños y niñas de un año del 92.8%. Este indicador muestra el porcentaje de niños y niñas de un año vacunados con el refuerzo de la vacuna contra neumococo, residentes en Bogotá. La fuente corresponde al resumen mensual de vacunación, del sistema de información del PAI, de la Secretaría Distrital de Salud, 2021 a 2025.

El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS-

#### 1.4. Gráfica 23. Cobertura de vacunación contra Neumococo en niñas y niños de 1 año



Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

Este indicador tiene un comportamiento heterogéneo similar a lo descrito en el aparte anterior de coberturas. Durante el 2021 y 2022 se presentan las coberturas más bajas; situación que es consecuencia de lo indicado previamente frente al contexto de pandemia y a la estimación del denominador por parte del MSPS. A partir del 2023, se evidencia una

recuperación significativa en el cumplimiento de la meta, alcanzando en el 2025 el 92.8%, siendo el porcentaje más alto de los últimos 5 años.

Resultado favorable estrechamente vinculado a lo señalado en el indicador anterior, del esfuerzo conjunto entre Bogotá y el MSPS para ajustar los denominadores del distrito.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **20. Cobertura de vacunación con triple viral en niñas y niños de 1 año.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El inmunobiológico de triple viral contiene antígenos que protegen de las infecciones virales de sarampión, rubéola y parotiditis. En el esquema nacional todos los niños y niñas deben tener la primera dosis al año de edad.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación con triple viral en niñas y niños de 1 año., es un indicador de gestión de política pública fundamental para medir la reducción de morbilidad infantil y la equidad en salud, buscando coberturas superiores al 95%. Su cumplimiento permite reducir brotes y garantizar la salud infantil, evaluando el éxito del sistema de salud en cobertura.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

### 1.3. Descripción del indicador:

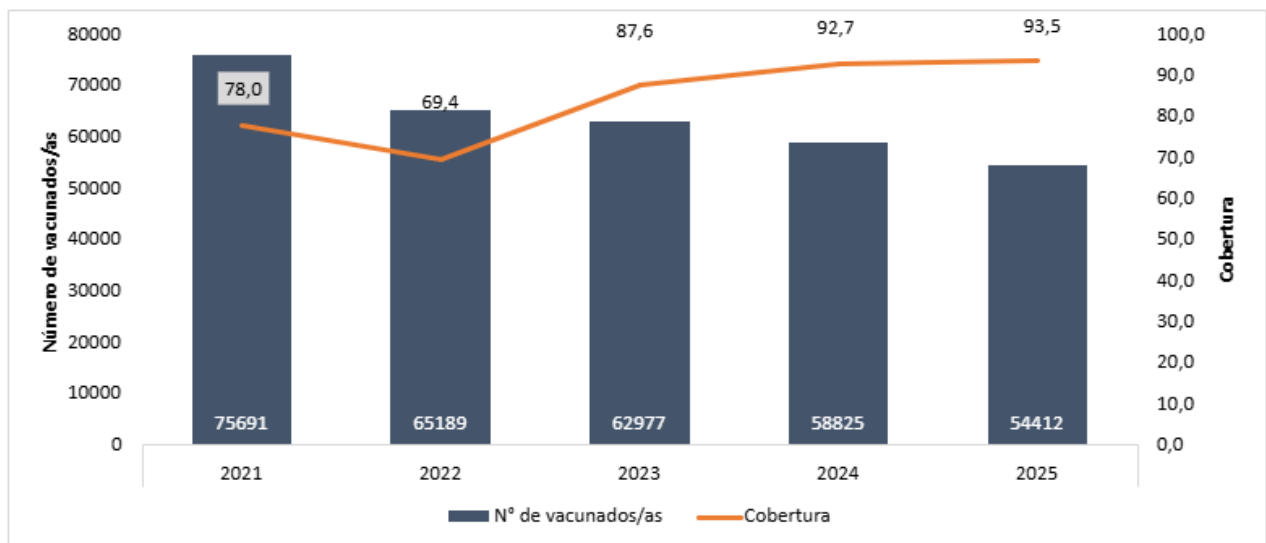
El indicador Cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año tiene como objetivo conocer el porcentaje de niños y niñas de un año que han recibido una dosis de la vacuna triple viral, que previene el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas de 1 año vacunados con la triple viral respecto al total de niños y niñas de esa edad para un año específico.

El cálculo se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de niños y niñas de 1 año vacunados con triple viral} \div \text{Total de niños y niñas de 1 año}) \times 100$ , con información obtenida de la plantilla mensual de dosis aplicadas del MSPS.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, está disponible desde 2012, presenta una tendencia decreciente y se expresa en porcentaje. La meta para 2024 es lograr y mantener coberturas iguales o mayores al 95% en los biológicos del PAI, incluida la varicela, y realizar el estudio de inclusión de la vacuna contra el herpes zóster.

La desagregación se realiza por localidad para todas las localidades del Distrito Capital y por edad considerando los rangos de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

### 1.4. Gráfica 24. Cobertura de vacunación con triple viral en niñas y niños de 1 año





Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

En general las coberturas de vacunación con la primera dosis de triple viral en el Distrito son heterogéneas, con valores inferiores en el 2021 y 2022, comportamiento debido a los años de pandemia y post pandemia por COVID-19, relacionado con las medidas tomadas por el Gobierno Nacional y Distrital para la contención de la pandemia, como se ha mencionado en los demás apartes de coberturas de vacunación. Y con un aumento gradual a partir del 2023, presentando en 2024 y 2025 coberturas por encima del 90%, siendo el 2025 el año con la cobertura más alta (93.5%) en los últimos cinco años.

Un factor que influye es la meta (denominador del indicador de cobertura y cumplimiento), la cual era asignada sin tener en cuenta las dinámicas poblacionales de los nacimientos y fallecimientos que ocurren en la ciudad, la población nacida que es residente y la que migra a otra ciudad, así como la ciudadanía que ingresa a residir proveniente de otros municipios. Desde el año 2023, de acuerdo con el ejercicio realizado por Bogotá para verificación y validación de denominadores y solicitado al MSPS, la entidad nacional realiza un ajuste de reducción gradual de la meta en cada año, a través de mesas conjuntas de trabajo, por tanto, a partir de 2024 se observa un incremento en los cumplimientos de vacunación, con denominadores o metas más cercanas a la realidad de la dinámica poblacional del Distrito, logrando un incremento en 2025 (92.7%).

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Las coberturas de vacunación a las que se realiza seguimiento durante el primer año de vida, polio, pentavalente y triple viral, evidencian un porcentaje de vacunación para los tres indicadores por encima del 92% demostrando que en el 2025 se logró mantener en los diferentes momentos el acceso a la vacunación, con un indicador alto de niños y niñas durante todo el primer año. Resultado favorable estrechamente vinculado a lo señalado en el indicador anterior, del esfuerzo conjunto entre Bogotá y el MSPS para ajustar los denominadores del distrito.

- Número de niños y niñas menores de 6 años con esquema de vacunación completo
- Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.
- Cobertura de vacunación contra Polio en niñas y niños menores de 1 año
- Cobertura de vacunación con Pentavalente 3 dosis en niñas y niños menores de un año.
- Cobertura de vacunación contra neumococo en niñas y niños de 1 año.

- Cobertura de vacunación con triple viral en niñas y niños de 1 año.

La Secretaría Distrital de Salud, firme en su compromiso de revitalizar la inmunización como un bien público esencial para la salud universal, continuó desarrollando e implementando estrategias innovadoras para fortalecer los procesos de vacunación en la ciudad, toda vez que, la vacunación es una de las herramientas más efectivas para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, favoreciendo como referente del sector salud y en conjunto con las aseguradoras, prestadores de servicios de salud, los demás sectores distritales y aliados estratégicos, las acciones para el acceso oportuno y eficaz de las vacunas dirigidas a toda la población.

Se realizó el ajuste al esquema nacional de vacunación en marzo de 2025, que incluyó la aplicación de la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tosferina) en gestantes y la vacuna pentavalente en niños y niñas menores de un año, como respuesta al brote de tosferina registrado en la ciudad durante 2025, por lo cual Bogotá mediante mesa de expertos, como práctica del programa, fue el precursor en adelantar el esquema a semana 20 en gestantes y en niños/as menores de un año desde la semana 6 de nacimiento. Acciones que permitieron un impacto positivo en las coberturas de vacunación en población lactante y han contribuido significativamente a la contención del brote.

Durante el año 2025, la entidad intensificó sus esfuerzos para fortalecer el PAI, con el objetivo de asegurar la protección de los niños, niñas y adolescentes frente a enfermedades prevenibles especialmente con la vacuna contra el VPH, y completar los esquemas de vacunación en niños/as menores de un año, un año y cinco años. Dentro de ellas se destacan las siguientes:

- Seguimientos técnicos a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) para monitorear el cumplimiento de los módulos del programa de vacunación, así como la validación de los reportes mensuales que abarcan las dosis aplicadas, el movimiento de inmunobiológicos y los dispositivos médicos.
- Seguimientos técnicos a las 16 EAPB de acuerdo con las acciones establecidas en los planes de acción de cierre 2024 y de ejecución del 2025, orientados en el cumplimiento de las coberturas de vacunación.
- Cumplimiento al 100% de las asistencias técnicas mensuales distritales programadas, donde se presentó el avance de coberturas por localidad y EAPB, las acciones de intensificación a desarrollar, además de socializar temas de interés para el programa como son la epidemiología de los eventos inmunoprevenibles, las alertas epidemiológicas de sarampión, tosferina, fiebre amarilla e influenza, los eventos adversos asociados a la vacunación, farmacovigilancia, tecnovigilancia,

resultados y avances en vacunación COVID-19 e influenza, conciliación para pagos de vacunas COVID-19, actualización en esquema de vacunación infantil y de adulto, actualización en esquemas atrasados, habilitación de servicios de vacunación según resolución 3100 de 2019, resoluciones para vacunación COVID-19, sistema de información y aplicativo PAI 2.5 de SDS, red de frío y estrategias de vacunación, entre otros.

- Operación y funcionamiento de la Mesa Técnica Distrital de Vacunación, la cual se consolida como un espacio clave para la articulación, para crear nuevas estrategias que mejoren el cumplimiento de los biológicos trazadores del programa. Donde participan las gerencias de las aseguradoras, los sectores estratégicos de Secretaría Distrital de Educación -SDE-, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, así como con aliados del sector privado, entre ellos ACEMI, Acecolombia, Colsubsidio, Colparques, la Liga Colombiana contra el Cáncer, Asocoldro y Unilago, entre otros. Esta mesa tiene la visión de promover la innovación y asegurar que las estrategias de vacunación sean más efectivas, inclusivas y accesibles para todos los ciudadanos/as. Ha permitido mejorar la visibilidad del programa, gestionar incentivos para la población a vacunar, expandir el alcance de las campañas comunicativas y el fortalecimiento técnico de equipos de salud, beneficiando a un mayor número de personas.
- Articulación con otros actores como la academia y las EAPB, quienes participan activamente en mesas de trabajo, alianzas estratégicas y espacios de seguimiento, complementando los escenarios propios de gestión y monitoreo liderados desde el PAI del Distrito.
- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo de cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Articulación con las EAPB; IPS y Subredes Integradas de servicios de Salud ESE para realización de jornadas locales de atención primaria en salud más bienestar, que incluye la vacunación, y mensajes dirigidos a madres gestantes y cuidadore/as de niños/as menores de 6 años, para incentivar su práctica.
- Realización de las Jornadas nacionales de vacunación y de intensificación en los meses de abril, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Con el apoyo de diferentes sectores, que incluyen la ubicación de puntos de vacunación en zonas de difícil acceso, y alianzas con entidades para la vacunación de personas en instituciones que concentran niños/as menores de 6 años, así como en poblaciones indígenas y vulnerables. Y ampliación de horarios de atención a través de los vacunatones nocturnos realizados el viernes anterior a la jornada central de

vacunación, en conjunto con las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE - SISS-, EAPB, el sector educativo, los entornos cuidadores, los equipos de más Bienestar y los programas y procesos transversales.

- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo Cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo continuo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Estrategias de movilización comunitaria, incluyendo la entrega de incentivos y actividades de sensibilización, con el fin de motivar la vacunación en la población.
- Actualización del reporte interactivo de coberturas de vacunación, publicado en datos abiertos en la página web de Saludata de la Secretaría Distrital de Salud. Que permite a las instituciones educativas y de protección infantil identificar y verificar si la población matriculada o inscrita presenta coberturas de vacunación idóneas, y hacer así el seguimiento respectivo, el análisis y favorecer la toma de decisiones oportunas para mejorar el cumplimiento de las metas establecidas.
- Fortalecimiento de capacidades, dirigidas a los equipos que se vienen apalancando desde el proceso de gestión de salud pública de esta Secretaría con la disposición de más de 137 equipos de vacunación y 24 profesionales en la modalidad extramural, que realizan actividades en las diferentes localidades del Distrito.
- Establecimiento de espacios permanentes de socialización y actualización del conocimiento a través de webinars, con el apoyo de sociedades científicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría y la Asociación Colombiana de Infectología; también con el apoyo de expertos distritales y nacionales. Estas actividades fueron dirigidas tanto al talento humano profesional (medicina y enfermería) como al talento humano técnico (vacunadores/as, apoyo a la gestión de insumos y cadena de frío), con el fin de garantizar la actualización permanente de competencias frente a los avances del PAI.
- Aplicación de la vacuna contra VPH en más de 200 instituciones educativas llevando a cabo un proceso de sensibilización dirigido a la comunidad educativa, padres, madres y cuidadores, resaltando la importancia de la vacunación.
- Adaptación de los servicios de vacunación para atender la demanda por la alerta de vacunación contra fiebre amarilla y garantizar la vacunación en los más de 200 puntos de vacunación de la ciudad la administración de la vacuna a todas las personas entre 9 meses y 59 años, así como la adaptación de los terminales para atender la alta demanda de la población viajera a las zonas de brote activo de la enfermedad durante todo el año 2025.

En el componente de comunicaciones se implementó:

- Publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación, publicados en las redes sociales de Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud y de las aseguradoras. También en la página de la alcaldía mayor, se cuenta con publicaciones orientadas a aclarar dudas sobre el proceso y la importancia de la vacunación. Llamados públicos y boletines de la Secretaría informando sobre el aumento de casos y la importancia de completar esquemas (incluye información de puntos habilitados).
- Difusión de información práctica sobre puntos de vacunación y priorización (vacunar gestantes con Tdap y adelantar el esquema en lactantes y disminuir intervalos entre dosis de pentavalente), difusión en medios y redes municipales.
- Difusión a través de mensajes de comunicación desde esta Secretaría en el plan de medios bajo la campaña: “Ponle el brazo a la vacunación”. Con publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación. Estos mensajes se publican en las emisoras, televisión, redes sociales: Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud.
- Acciones de interoperabilidad entre los aplicativos de vacunación del Distrito y del MSPS, a fin de mejorar la trazabilidad en el seguimiento y completitud de los esquema de vacunación de las personas que residen en el país y en Bogotá.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **21. Número de niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

Es importante incluir estos indicadores en el análisis de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, porque proporcionan información sobre el aseguramiento en salud de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad socioeconómica. La afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es un mecanismo de inclusión social que permite el acceso gratuito al Plan Obligatorio de Salud para familias con bajos ingresos, complementando la protección social del Estado en salud.

En el marco del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Camina Segura 2024–2027 y del Plan Territorial de Salud, el Distrito establece como meta “mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Distrito Capital”, lo que reafirma el compromiso institucional con la universalidad del derecho a la salud. Esta meta implica garantizar la afiliación efectiva de toda la población,

incluyendo niños, niñas y adolescentes, con especial énfasis en aquellos en situación de vulnerabilidad socioeconómica que acceden al sistema a través del Régimen Subsidiado

En el marco de la política pública, el indicador Número de niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconoce el acceso efectivo al SGSSS como un componente esencial para garantizar los derechos de los niños, niñas. El aseguramiento se concibe como un medio para facilitar el acceso a los servicios de salud, que impactan directamente en su bienestar integral. La afiliación al régimen subsidiado se considera un indicador relevante del cumplimiento de este derecho, permitiendo no solo monitorear la afiliación, sino adicionalmente permite la orientación de estrategias de promoción para la afiliación al SGSSS, gestión territorial del aseguramiento y atención con enfoque diferencial para estas poblaciones.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 “Salud y Bienestar”, al medir el aseguramiento de salud de la población infantil, contribuyendo al monitoreo de metas sobre acceso universal a servicios de salud esenciales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes.

Nota: desde el plan de acción de la PPPIA, aunque no se implementa un producto(s) de política asociado al indicador de Aseguramiento en Salud, este si representa la puerta de entrada para garantizar el acceso a las atenciones individuales de salud, por parte de la EAPB a la cual se encuentre afiliado y su red adscrita para la prestación de las atenciones en salud. (Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud - Resolución 3280 del 2018)

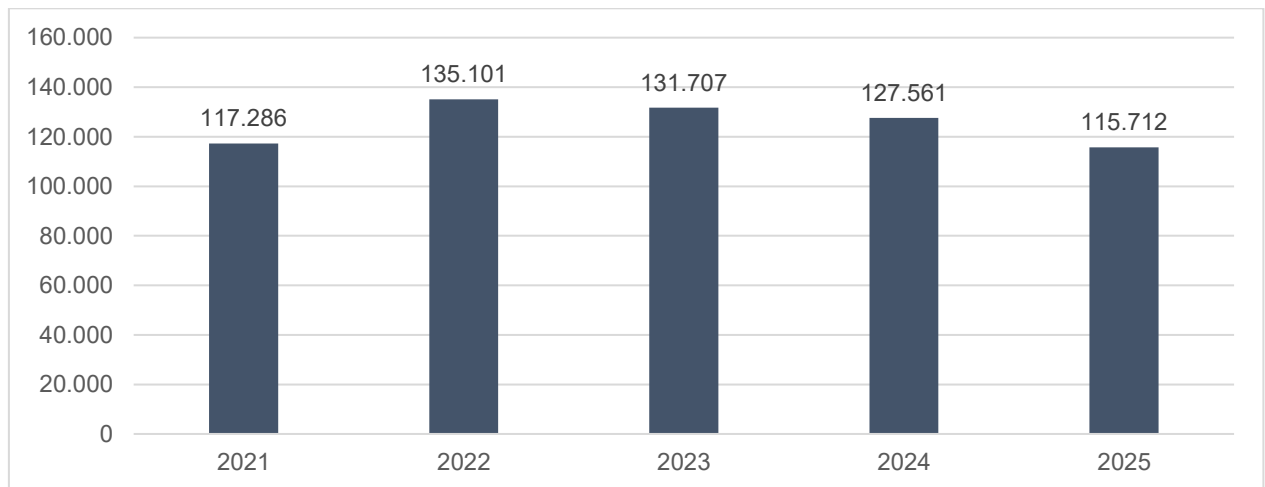
### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Número de niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS tiene como objetivo conocer la cantidad de niñas y niños en este rango de edad que están afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número total de niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado. El cálculo se realiza como la sumatoria de

niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS, utilizando como fuente la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA-ADRES).

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, está disponible desde 2013, la unidad de medida es el número de personas y la meta para 2024 es alcanzar una cobertura del 95 % o más del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital, con base en el Censo DANE 2018. La desagregación se realiza por sexo (solo mujeres) y por edad, considerando el rango de 0 a 5 años, sin desagregación por localidad, discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 25. Número de niñas y niños de 0 a 5 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS 2021-2025



Fuente: Régimen subsidiado BDU-ADRES, Corte a 31 diciembre 2025

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para el año 2025 se registran 115.712 niñas y niños de 0 a 5 años afiliados al régimen subsidiado, presentándose una leve disminución frente al año 2024 en donde se registraron 127.561 niñas y niños de 0 a 5 años afiliados al régimen subsidiado.

Este indicador hace referencia al número niñas y niños de 0 a 5 años afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Bogotá, D.C., la fuente de los datos corresponde a la base de datos única de afiliados (BDUA) de la



Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con fecha de corte 31 de diciembre de 2025.

La afiliación de niñas y niños de 0 a 5 años al Régimen Subsidiado del SGSSS es un elemento central en la categoría de derechos “existencia”, ya que garantiza el acceso oportuno a servicios de salud, controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, atención de enfermedades y prevención de riesgos que pueden comprometer la vida y la supervivencia en la primera infancia.

El comportamiento del indicador durante el periodo 2021–2025 muestra una tendencia mixta, con una fase inicial de crecimiento seguida de un descenso sostenido. Se identifica un pico en 2022, seguido de una tendencia descendente constante entre 2023 y 2025. El descenso en el comportamiento del indicador puede explicarse por la reducción en la natalidad en los últimos años o posibles traslados al régimen contributivo de algunos hogares por cambios en su situación socioeconómica.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se determina por el Decreto 780 de 2016, que establece que los recién nacidos y menores de edad deben ser afiliados sin necesidad de contar con la encuesta SISBEN.

El Decreto Nacional 616 de 2022 y la Resolución 1128 de 2020 del MSPS, establecen mecanismos para que la afiliación se realice directamente por los prestadores de servicios de salud, sin necesidad de dirigir a los padres y madres a los puntos de atención de EAPB.

El cumplimiento de esta normatividad se ha gestionado con las EAPB del régimen subsidiado que operan en Bogotá, D.C., y con la red pública prestadora de servicios de salud; realizando afiliaciones de oficio de personas no inscritas en una EPS, incluyendo especialmente a la población menor de 18 años.

Dentro de los lineamientos que se brindan a las Subredes Integradas de Servicios de Salud se hace énfasis en los siguientes procesos para garantizar la afiliación de los niños, niñas y adolescentes:

- Todos los recién nacidos nacen afiliados, esto quiere decir que se apoya la gestión para la expedición del registro civil de los neonatos y con el documento se orienta a las madres, padres y cuidadores para su afiliación, acorde al estado de afiliación de la madre.

- Para los niños, niñas y adolescentes que no cumplen requisitos para afiliación al régimen contributivo, con o sin puntaje de SISBEN se registra la afiliación de oficio en el sistema de afiliación transaccional (SAT) del MSPS, junto con la de sus padres.
- Dando cumplimiento al Decreto 780 de 2016 y para garantizar el acceso al SGSSS, a todos los niños, niñas o adolescentes protegidos con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) o con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los jóvenes del sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA), se gestiona la afiliación al régimen subsidiado con la EAPB por listado censal.

Así mismo, y con el fin de mantener la cobertura del aseguramiento de la población afiliada al SGSSS en Bogotá D.C. se realizan procesos de promoción del aseguramiento de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, esta estrategia tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo, oportuno y efectivo a los servicios de salud a través de acciones de socialización frente a los procesos de afiliación al SGSSS, movilidad, portabilidad o traslado de EPS y resolución de barreras de acceso. Se realiza asistencia y acompañamiento en SuperCADES, eventos de entidades distritales, eventos de Salud Pública y ferias de servicios en las diferentes localidades.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **22. Número de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

Es importante incluir estos indicadores en el análisis de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, porque proporcionan información sobre el aseguramiento en salud de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad socioeconómica. La afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es un mecanismo de inclusión social que permite el acceso gratuito al Plan Obligatorio de Salud para familias con bajos ingresos, complementando la protección social del Estado en salud.

En el marco del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Camina Segura 2024–2027 y del Plan Territorial de Salud, el Distrito establece como meta “mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Distrito Capital”, lo que reafirma el compromiso institucional con la universalidad del derecho a la salud. Esta meta implica garantizar la afiliación efectiva de toda la población,

incluyendo niños, niñas y adolescentes, con especial énfasis en aquellos en situación de vulnerabilidad socioeconómica que acceden al sistema a través del Régimen Subsidiado.

En el marco de la política pública, el indicador Número de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconoce el acceso efectivo al SGSSS como un componente esencial para garantizar los derechos de los niños, niñas. El aseguramiento se concibe como un medio para facilitar el acceso a los servicios de salud, que impactan directamente en su bienestar integral. La afiliación al régimen subsidiado se considera un indicador relevante del cumplimiento de este derecho, permitiendo no solo monitorear la afiliación, sino adicionalmente permite la orientación de estrategias de promoción para la afiliación al SGSSS, gestión territorial del aseguramiento y atención con enfoque diferencial para estas poblaciones.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 “Salud y Bienestar”, al medir el aseguramiento de salud de la población infantil, contribuyendo al monitoreo de metas sobre acceso universal a servicios de salud esenciales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes.

Nota: desde el plan de acción de la PPPIA, aunque no se implementa un producto(s) de política asociado al indicador de Aseguramiento en Salud, este si representa la puerta de entrada para garantizar el acceso a las atenciones individuales de salud, por parte de la EAPB a la cual se encuentre afiliado y su red adscrita para la prestación de las atenciones en salud. (Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud - Resolución 3280 del 2018)

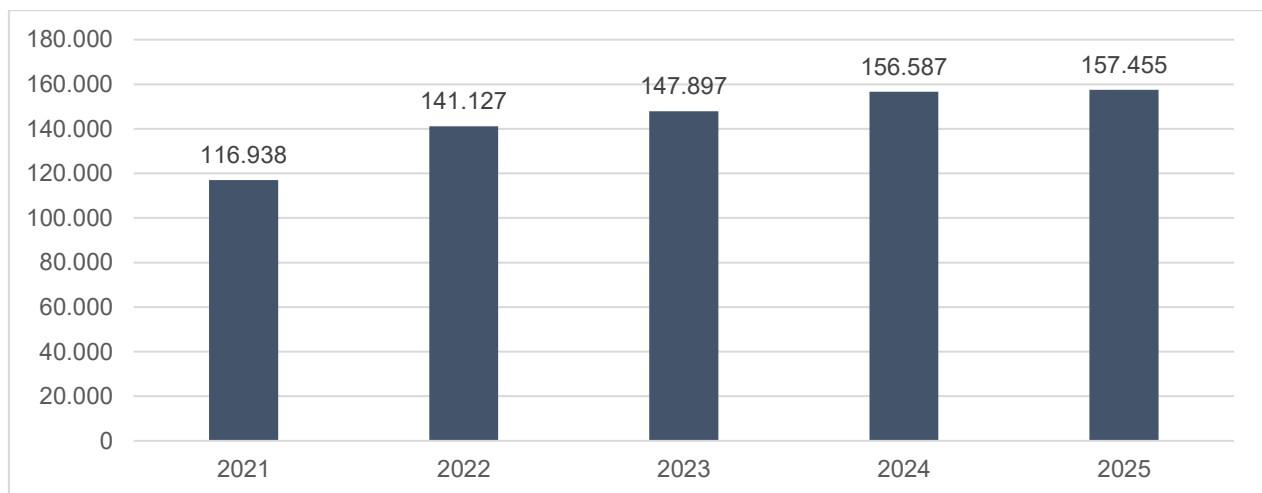
### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Número de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS tiene como objetivo conocer la cantidad de niñas y niños en este rango de edad que están afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número total de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado.

El cálculo se realiza como la sumatoria de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS, utilizando como fuente la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA-ADRES). Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, está disponible desde 2013, la unidad de medida es el número de personas y la meta para 2024 es alcanzar una cobertura del 95 % o más del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital, con base en el Censo DANE 2018.

La desagregación se realiza únicamente por edad, considerando el rango de 6 a 11 años, sin desagregación por localidad, sexo, discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 26. Número de niñas y niños de 6 a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS 2021-2025



Fuente: Régimen subsidiado BDU-ADRES, Corte a 31 diciembre 2025

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para el año 2025 se registran 157.455 niñas y niños de 6 a 11 años afiliados al régimen subsidiado, presentándose un leve aumento frente al año 2024 en donde se registraron 156.587 niñas y niños de 6 a 11 años afiliados al régimen subsidiado.

Este indicador hace referencia al número niñas y niños de 6 a 11 años afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Bogotá, D.C., la de los datos corresponde a la base de datos única de afiliados (BDUA) de la

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), con fecha de corte 31 de diciembre de 2025.

La afiliación de niñas y niños de 6 a 11 años al Régimen Subsidiado del SGSSS es un elemento central en la categoría de derechos “existencia”, ya que garantiza el acceso oportuno a servicios de salud, acciones de promoción y prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades propias de esta etapa del ciclo vital.

El comportamiento del indicador durante el periodo 2021–2025 muestra una tendencia creciente y sostenida, el número de niñas y niños de 6 a 11 afiliados crece de manera constante a lo largo de los últimos 5 años.

El aumento en el comportamiento del indicador puede explicarse por el fortalecimiento de las acciones institucionales orientadas a garantizar la afiliación y permanencia de niñas y niños en el Régimen Subsidiado.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se determina por el Decreto 780 de 2016, que establece que los recién nacidos y menores de edad deben ser afiliados sin necesidad de contar con la encuesta SISBEN.

El Decreto Nacional 616 de 2022 y la Resolución 1128 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), establecen mecanismos para que la afiliación se realice directamente por los prestadores de servicios de salud, sin necesidad de dirigir a los padres y madres a los puntos de atención de las EAPB.

El cumplimiento de esta normatividad se ha gestionado con las EAPB del régimen subsidiado que operan en Bogotá, D.C., y con la red pública prestadora de servicios de salud; realizando afiliaciones de oficio de personas no inscritas en una EPS, incluyendo especialmente a la población menor de 18 años.

Dentro de los lineamientos que se brindan a las Subredes Integradas de Servicios de Salud se hace énfasis en los siguientes procesos para garantizar la afiliación de los niños, niñas y adolescentes:

- Todos los recién nacidos nacen afiliados, esto quiere decir que se apoya la gestión para la expedición del registro civil de los neonatos y con el documento se orienta a las madres, padres y cuidadores para su afiliación, acorde al estado de afiliación de la madre.

- Para los niños, niñas y adolescentes que no cumplen requisitos para afiliación al régimen contributivo, con o sin puntaje de SISBEN se registra la afiliación de oficio en el sistema de afiliación transaccional (SAT) del MSPS, junto con la de sus padres.
- Dando cumplimiento al Decreto 780 de 2016 y para garantizar el acceso al SGSSS, a todos los niños, niñas o adolescentes protegidos con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) o con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los jóvenes del sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA), se gestiona la afiliación al régimen subsidiado con la EAPB por listado censal.

Así mismo, y con el fin de mantener la cobertura del aseguramiento de la población afiliada al SGSSS en Bogotá D.C. se realizan procesos de promoción del aseguramiento de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, esta estrategia tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo, oportuno y efectivo a los servicios de salud a través de acciones de socialización frente a los procesos de afiliación al SGSSS, movilidad, portabilidad o traslado de EPS y resolución de barreras de acceso. Se realiza asistencia y acompañamiento en SuperCADES, eventos de entidades distritales, eventos de Salud Pública y ferias de servicios en las diferentes localidades.

#### 1. Categoría de Derechos: Existencia

##### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **23. Número de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS**

##### 1.2. Párrafo introductorio:

Es importante incluir estos indicadores en el análisis de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, porque proporcionan información sobre el aseguramiento en salud de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad socioeconómica. La afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es un mecanismo de inclusión social que permite el acceso gratuito al Plan Obligatorio de Salud para familias con bajos ingresos, complementando la protección social del Estado en salud.

En el marco del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Camina Segura 2024–2027 y del Plan Territorial de Salud, el Distrito establece como meta “mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Distrito Capital”, lo que reafirma el compromiso institucional con la universalidad del derecho a la salud. Esta meta implica garantizar la afiliación efectiva de toda la población,

incluyendo niños, niñas y adolescentes, con especial énfasis en aquellos en situación de vulnerabilidad socioeconómica que acceden al sistema a través del Régimen Subsidiado.

En el marco de la política pública, el indicador Número de niñas y niños de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconoce el acceso efectivo al SGSSS como un componente esencial para garantizar los derechos de los niños, niñas. El aseguramiento se concibe como un medio para facilitar el acceso a los servicios de salud, que impactan directamente en su bienestar integral. La afiliación al régimen subsidiado se considera un indicador relevante del cumplimiento de este derecho, permitiendo no solo monitorear la afiliación, sino adicionalmente permite la orientación de estrategias de promoción para la afiliación al SGSSS, gestión territorial del aseguramiento y atención con enfoque diferencial para estas poblaciones.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 “Salud y Bienestar”, al medir el aseguramiento de salud de la población infantil, contribuyendo al monitoreo de metas sobre acceso universal a servicios de salud esenciales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes. Aunque el indicador de Aseguramiento en salud no tiene una meta estratégica directamente relacionada si representa la puerta de entrada para garantizar las atenciones individuales, colectivas y poblacionales definidas en la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud (RMPS) Resolución 3280 del 2018.

Nota: desde el plan de acción de la PPPIA, aunque no se implementa un producto(s) de política asociado al indicador de Aseguramiento en Salud, este si representa la puerta de entrada para garantizar el acceso a las atenciones individuales de salud, por parte de la EAPB a la cual se encuentre afiliado y su red adscrita para la prestación de las atenciones en salud. (Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud - Resolución 3280 del 2018)

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Número de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS tiene como objetivo conocer la cantidad de adolescentes en este rango de edad

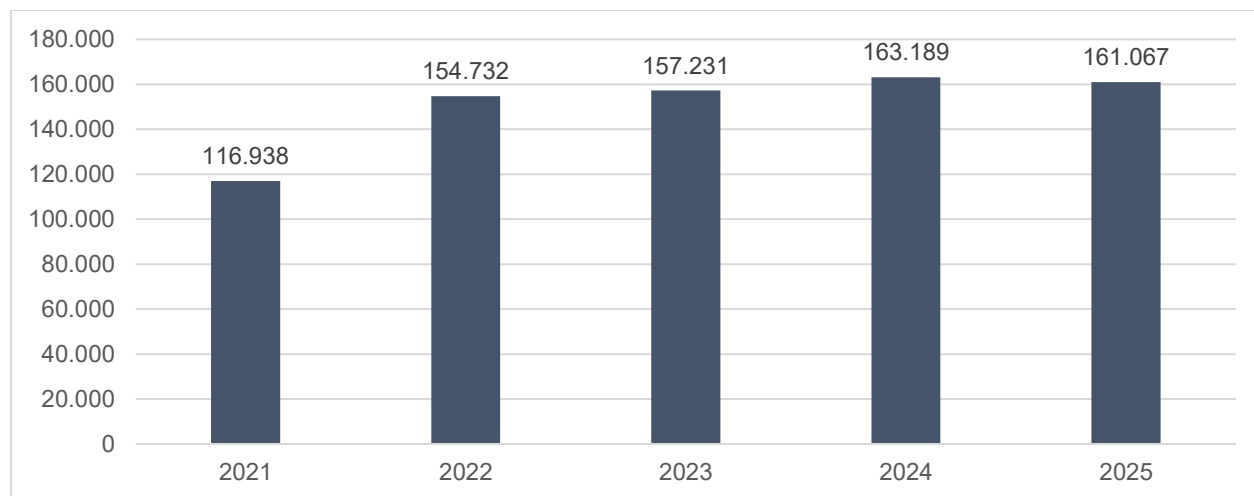


que están afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número total de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado.

El cálculo se realiza como la sumatoria de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS, utilizando como fuente la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA-ADRES). Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de sistema de salud. Su periodicidad es anual, está disponible desde 2013, la unidad de medida es el número de personas y la meta para 2024 es alcanzar una cobertura del 95 % o más del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital, con base en el Censo DANE 2018.

La desagregación se realiza únicamente por edad, considerando el rango de 12 a 17 años, sin desagregación por localidad, sexo, discapacidad, etnia ni zona.

#### 1.4. Gráfica 27. Número de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS 2021-2025



Fuente: Régimen subsidiado BDU-A-ADRES, Corte a 31 diciembre 2025

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para el año 2025 se registran 161.067 adolescentes de 12 a 17 años afiliados al régimen subsidiado, presentándose una leve disminución frente al año 2024 en donde se registraron 163.189 adolescentes de 12 a 17 años afiliados al régimen subsidiado.

La afiliación de adolescentes de 12 a 17 años al Régimen Subsidiado del SGSSS es un elemento central en la categoría de derechos “existencia”, ya que garantiza el acceso oportuno a servicios de salud, para la protección de la vida, la prevención de riesgos, la atención oportuna de eventos en salud física y mental, y el acompañamiento en procesos propios de la adolescencia, contribuyendo a su supervivencia y desarrollo integral.

El comportamiento del indicador durante el periodo 2021–2025 muestra una tendencia mixta, con una fase de crecimiento hasta el 2024 seguida de un leve descenso en 2025. El descenso en el comportamiento del indicador puede explicarse por posibles traslados al régimen contributivo de algunos hogares por cambios en su situación socioeconómica.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se determina por el Decreto 780 de 2016, que establece que los recién nacidos y menores de edad deben ser afiliados sin necesidad de contar con la encuesta SISBEN.

El Decreto Nacional 616 de 2022 y la Resolución 1128 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), establecen mecanismos para que la afiliación se realice directamente por los prestadores de servicios de salud, sin necesidad de dirigir a los padres y madres a los puntos de atención de las EAPB.

El cumplimiento de esta normatividad se ha gestionado con las EAPB del régimen subsidiado que operan en Bogotá, D.C., y con la red pública prestadora de servicios de salud; realizando afiliaciones de oficio de personas no inscritas en una EPS, incluyendo especialmente a la población menor de 18 años.

Dentro de los lineamientos que se brindan a las Subredes Integradas de Servicios de Salud se hace énfasis en los siguientes procesos para garantizar la afiliación de los niños, niñas y adolescentes:

- Todos los recién nacidos nacen afiliados, esto quiere decir que se apoya la gestión para la expedición del registro civil de los neonatos y con el documento se orienta a las madres, padres y cuidadores para su afiliación, acorde al estado de afiliación de la madre.

- Para los niños, niñas y adolescentes que no cumplen requisitos para afiliación al régimen contributivo, con o sin puntaje de SISBEN se registra la afiliación de oficio en el sistema de afiliación transaccional (SAT) del MSPS, junto con la de sus padres.
- Dando cumplimiento al Decreto 780 de 2016 y para garantizar el acceso al SGSSS, a todos los niños, niñas o adolescentes protegidos con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) o con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los jóvenes del sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA), se gestiona la afiliación al régimen subsidiado con la EAPB por listado censal.

Así mismo, y con el fin de mantener la cobertura del aseguramiento de la población afiliada al SGSSS en Bogotá D.C. se realizan procesos de promoción del aseguramiento de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, esta estrategia tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo, oportuno y efectivo a los servicios de salud a través de acciones de socialización frente a los procesos de afiliación al SGSSS, movilidad, portabilidad o traslado de EPS y resolución de barreras de acceso. Se realiza asistencia y acompañamiento en SuperCADES, eventos de entidades distritales, eventos de Salud Pública y ferias de servicios en las diferentes localidades.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **24. Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niñas desde 9 años en adelante**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El inmunobiológico denominado VPH por sus siglas que identifican al virus del papiloma humano, confiere la protección con antígenos específicos del VPH, que previene de las infecciones asociadas a este virus, y del cáncer de cuello uterino, de testículo, de ano, de boca y garganta. La vacuna contiene cuatro serotipos por ello se denomina tetra o cuadrivalente. Hace parte del esquema nacional de vacunación a partir del 2012 y dirigida inicialmente a las niñas de nueve años, y a partir del 2023 se incluyeron los niños de nueve años. El esquema nacional vigente de vacunación consiste en una única dosis.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niñas desde 9 años en adelante, es crucial para prevenir más del 90% de los casos de cáncer de cuello uterino y verrugas genitales, al aplicarse antes del inicio de la vida sexual. La vacunación contra VPH se ha venido posicionando como una estrategia clave para la salud de niños/as y la salud de los adolescentes, es por ello que ha venido teniendo ampliación de los grupos de edad a vacunar, es así como en niñas y

adolescentes se aplica hasta los 17, y en niños a partir de julio de 2024 se amplió a los niños entre 10 y 14, y posteriormente se extendió hasta adolescentes de 17 años, logrando así el acceso universal a la vacuna para niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Infantil.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.3 - Lucha Contra Las Enfermedades Transmisibles

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Cobertura de vacunación contra Virus Papiloma Humano (VPH) en niños y niñas de 9 años tiene como objetivo conocer el porcentaje de niños y niñas de 9 años que han recibido la vacuna contra VPH en Bogotá D.C. Se interpreta como el porcentaje de niños y niñas de nueve años que han recibido una dosis de la vacuna VPH, expresado respecto a la población de esa edad para un año específico.

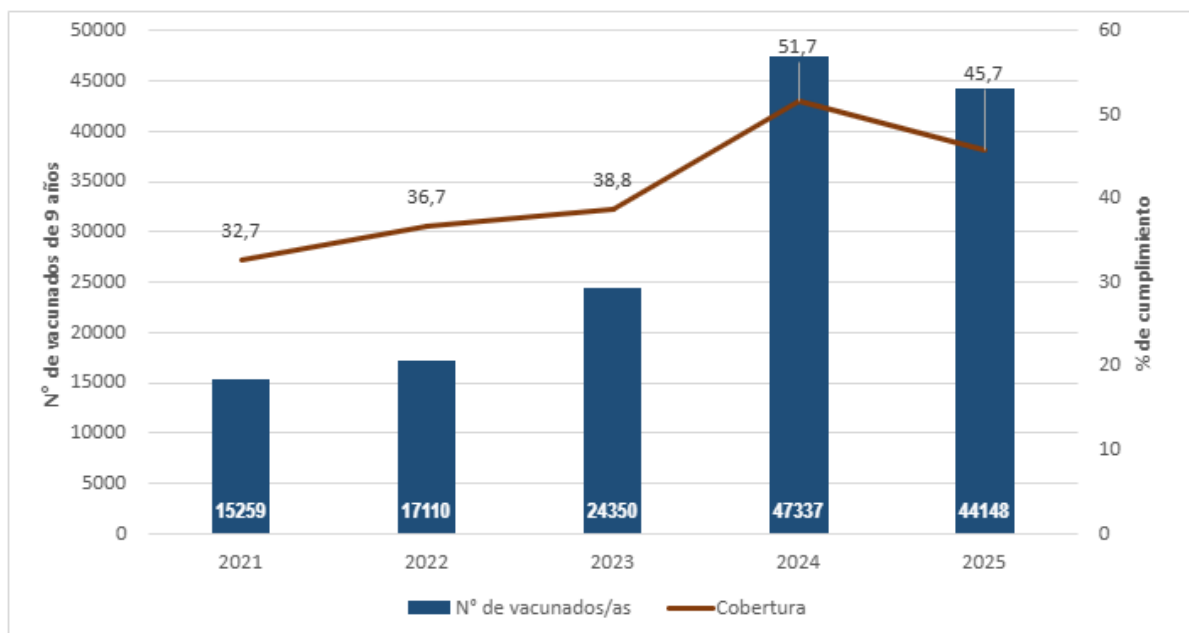
La cobertura se calcula como el número de dosis únicas aplicadas de VPH dividido por la población de niños y niñas de 9 años, multiplicado por 100.

La fuente corresponde al resumen mensual de vacunación, del sistema de información del PAI, de la Secretaría Distrital de Salud, 2021 a 2025. El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de Existencia, componente Sistema de Salud, con periodicidad anual, disponible desde 2024, con meta de cobertura del 95% y tendencia creciente. La unidad de medida es porcentaje (%).

En cuanto a la desagregación, aplica para todas las localidades de Bogotá, para niños y niñas de 9 años, sin distinción por sexo, discapacidad, etnia o zona.

#### 1.4. Gráfica 28. Cobertura de vacunación con el VPH en niñas y niños de 9 años



Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2020 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para 2025, con corte a 31 de diciembre (preliminar) se presenta una cobertura de vacunación contra VPH en niños y niñas de nueve años del 52.6%.<sup>2</sup>

Como se observa en la gráfica anterior las coberturas con VPH en niñas de 9 años se han incrementado en cada año, siendo el año de menor cumplimiento el 2021, con el 19.3%, y con un aumento significativo a partir del 2022 con coberturas por encima del 30%, siendo

<sup>2</sup> Inicialmente la vacuna contra VPH es para niñas por tanto los valores de cobertura hasta el 2022 es de cobertura de vacunación con VPH en niñas de 9 años, y a partir del 2023 corresponde a la cobertura de tanto niños y niñas de 9 años.

el 2024 con el mejor cumplimiento del 52.6%. Al diferenciar las coberturas por sexo se presenta un mayor valor en niñas, en el 2024 es del 54.6% y en 2025 con una disminución al 50.6%, en niños de nueve años para el 2024 es del 50.6% y el 2025 el 41.1%.

Las coberturas en niñas son mayores, dado que la vacuna en este grupo de edad tiene un mayor tiempo de implementación desde el 2012, mientras que en los niños de 9 años se incorpora a partir del 2023, lo cual puede explicar el resultado diferencial del indicador por sexo. Uno de los factores en el bajo cumplimiento en vacunación tiene que ver a que los niños de estas edad no consultan usualmente en los servicios de salud, por tanto el seguimiento nominal que deben hacer los prestadores debe ser mayores para generar que los/as cuidadoras asistan los servicios de vacunación. Además, al ser niños de mayor edad los temores a las vacunas inyectadas son mayores y por tanto realizar vacunación entre pares resulta más favorable, para disminuir temores y generar mayor confianza. Aunque desde la secretaría se gestionaron múltiples tácticas de vacunación extramural en alianza con el sector educativo para vacunar en las instituciones en donde se encuentran los niños/as, sin embargo, la disponibilidad adecuada de los consentimientos de vacunación, son una barrera para la administración de las vacunas en esta edad, y aunque se hace la remisión a la IPS más cercana, esta atención está mediado por la motivación y decisión de vacunar de los niños/as.

Es importante indicar que hasta el 2024 la meta era asignada por la población proyectada DANE con ajuste post COVID19, en donde los valores son menores, a la meta asignada en 2025 que corresponde a meta establecida por el MSPS para la entidad territorial, y es mayor a lo que indica la proyección DANE, por tanto, al aumentar el denominador en comparación con lo que se presentaba en 2024 .

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La Secretaría Distrital de Salud, firme en su compromiso de revitalizar la inmunización como un bien público esencial para la salud universal, continuó desarrollando e implementando estrategias innovadoras para fortalecer los procesos de vacunación en la ciudad, toda vez que, la vacunación es una de las herramientas más efectivas para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, favoreciendo como referente del sector salud y en conjunto con las aseguradoras, prestadores de servicios de salud, los demás sectores distritales y aliados estratégicos, las acciones para el acceso oportuno y eficaz de las vacunas dirigidas a toda la población.

Se realizó el ajuste al esquema nacional de vacunación en marzo de 2025, que incluyó la aplicación de la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tosferina) en gestantes y la vacuna

pentavalente en niños y niñas menores de un año, como respuesta al brote de tosferina registrado en la ciudad durante 2025, por lo cual Bogotá mediante mesa de expertos, como práctica del programa, fue el precursor en adelantar el esquema a semana 20 en gestantes y en niños/as menores de un año desde la semana 6 de nacimiento. Acciones que permitieron un impacto positivo en las coberturas de vacunación en población lactante y han contribuido significativamente a la contención del brote.

Durante el año 2025, la entidad intensificó sus esfuerzos para fortalecer el PAI, con el objetivo de asegurar la protección de los niños, niñas y adolescentes frente a enfermedades prevenibles especialmente con la vacuna contra el VPH, y completar los esquemas de vacunación en niños/as menores de un año, un año y cinco años. Dentro de ellas se destacan las siguientes:

- Seguimientos técnicos a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) para monitorear el cumplimiento de los módulos del programa de vacunación, así como la validación de los reportes mensuales que abarcan las dosis aplicadas, el movimiento de inmunobiológicos y los dispositivos médicos.
- Seguimientos técnicos a las 16 EAPB de acuerdo con las acciones establecidas en los planes de acción de cierre 2024 y de ejecución del 2025, orientados en el cumplimiento de las coberturas de vacunación.
- Cumplimiento al 100% de las asistencias técnicas mensuales distritales programadas, donde se presentó el avance de coberturas por localidad y EAPB, las acciones de intensificación a desarrollar, además de socializar temas de interés para el programa como son la epidemiología de los eventos inmunoprevenibles, las alertas epidemiológicas de sarampión, tosferina, fiebre amarilla e influenza, los eventos adversos asociados a la vacunación, farmacovigilancia, tecnovigilancia, resultados y avances en vacunación COVID-19 e influenza, conciliación para pagos de vacunas COVID-19, actualización en esquema de vacunación infantil y de adulto, actualización en esquemas atrasados, habilitación de servicios de vacunación según resolución 3100 de 2019, resoluciones para vacunación COVID-19, sistema de información y aplicativo PAI 2.5 de SDS, red de frío y estrategias de vacunación, entre otros.
- Operación y funcionamiento de la Mesa Técnica Distrital de Vacunación, la cual se consolida como un espacio clave para la articulación, para crear nuevas estrategias que mejoren el cumplimiento de los biológicos trazadores del programa. Donde participan las gerencias de las aseguradoras, los sectores estratégicos de Secretaría Distrital de Educación -SDE-, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, así como con aliados del sector privado, entre ellos ACEMI, Acecolombia, Colsubsidio, Colparques, la Liga Colombiana contra el Cáncer, Asocoldro y Unilago, entre otros. Esta mesa tiene la visión de promover la



innovación y asegurar que las estrategias de vacunación sean más efectivas, inclusivas y accesibles para todos los ciudadanos/as. Ha permitido mejorar la visibilidad del programa, gestionar incentivos para la población a vacunar, expandir el alcance de las campañas comunicativas y el fortalecimiento técnico de equipos de salud, beneficiando a un mayor número de personas.

- Articulación con otros actores como la academia y las EAPB, quienes participan activamente en mesas de trabajo, alianzas estratégicas y espacios de seguimiento, complementando los escenarios propios de gestión y monitoreo liderados desde el PAI del Distrito.
- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo de cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Articulación con las EAPB; IPS y Subredes Integradas de servicios de Salud ESE para realización de jornadas locales de atención primaria en salud más bienestar, que incluye la vacunación, y mensajes dirigidos a madres gestantes y cuidadore/as de niños/as menores de 6 años, para incentivar su práctica.
- Realización de las Jornadas nacionales de vacunación y de intensificación en los meses de abril, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Con el apoyo de diferentes sectores, que incluyen la ubicación de puntos de vacunación en zonas de difícil acceso, y alianzas con entidades para la vacunación de personas en instituciones que concentran niños/as menores de 6 años, así como en poblaciones indígenas y vulnerables. Y ampliación de horarios de atención a través de los vacunatones nocturnos realizados el viernes anterior a la jornada central de vacunación, en conjunto con las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE -SISS-, EAPB, el sector educativo, los entornos cuidadores, los equipos de más Bienestar y los programas y procesos transversales.
- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo Cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo continuo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Estrategias de movilización comunitaria, incluyendo la entrega de incentivos y actividades de sensibilización, con el fin de motivar la vacunación en la población.
- Actualización del reporte interactivo de coberturas de vacunación, publicado en datos abiertos en la página web de Saludata de la Secretaría Distrital de Salud. Que permite a las instituciones educativas y de protección infantil identificar y verificar si la población matriculada o inscrita presenta coberturas de vacunación idóneas, y hacer así el seguimiento respectivo, el análisis y favorecer la toma de decisiones oportunas para mejorar el cumplimiento de las metas establecidas.

- Fortalecimiento de capacidades, dirigidas a los equipos que se vienen apalancando desde el proceso de gestión de salud pública de esta Secretaría con la disposición de más de 137 equipos de vacunación y 24 profesionales en la modalidad extramural, que realizan actividades en las diferentes localidades del Distrito.
- Establecimiento de espacios permanentes de socialización y actualización del conocimiento a través de webinars, con el apoyo de sociedades científicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría y la Asociación Colombiana de Infectología; también con el apoyo de expertos distritales y nacionales. Estas actividades fueron dirigidas tanto al talento humano profesional (medicina y enfermería) como al talento humano técnico (vacunadores/as, apoyo a la gestión de insumos y cadena de frío), con el fin de garantizar la actualización permanente de competencias frente a los avances del PAI.
- Aplicación de la vacuna contra VPH en más de 200 instituciones educativas llevando a cabo un proceso de sensibilización dirigido a la comunidad educativa, padres, madres y cuidadores, resaltando la importancia de la vacunación.
- Adaptación de los servicios de vacunación para atender la demanda por la alerta de vacunación contra fiebre amarilla y garantizar la vacunación en los más de 200 puntos de vacunación de la ciudad la administración de la vacuna a todas las personas entre 9 meses y 59 años, así como la adaptación de los terminales para atender la alta demanda de la población viajera las zonas de brote activo de la enfermedad durante todo el año 2025.

En el componente de comunicaciones se implementó:

- Publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación, publicados en las redes sociales de Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud y de las aseguradoras. También en la página de la alcaldía mayor, se cuenta con publicaciones orientadas a aclarar dudas sobre el proceso y la importancia de la vacunación.
- Llamados públicos y boletines de la Secretaría informando sobre el aumento de casos y la importancia de completar esquemas (incluye información de puntos habilitados
- Difusión de información práctica sobre puntos de vacunación y priorización (vacunar gestantes con Tdap y adelantar el esquema en lactantes y disminuir intervalos entre dosis de pentavalente), difusión en medios y redes municipales
- Difusión a través de mensajes de comunicación desde esta Secretaría en el plan de medios bajo la campaña: *“Ponle el brazo a la vacunación”*. Con publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación. Estos mensajes se publican en las emisoras, televisión, redes sociales: Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud.

- Acciones de interoperabilidad entre los aplicativos de vacunación del Distrito y del MSPS, a fin de mejorar la trazabilidad en el seguimiento y completitud de los esquemas de vacunación de las personas que residen en el país y en Bogotá.

Algunas de razones para el no cumplimiento de coberturas de vacunación en niños y niñas de un año, cinco años y nueve años con VPH, tienen que ver con las siguientes:

- Déficit en el seguimiento nominal estricto y total a la población afiliada perteneciente a las aseguradoras que operan en Bogotá, tanto desde las EAPB como desde las IPS con servicio de vacunación habilitado, y su registro en el aplicativo PAI 2.5 de SDS.
- Falta de una distribución más homogénea de servicios de vacunación en las 20 localidades del Distrito por parte de los prestadores que contratan las aseguradoras, y generen un acceso fácil de la población a la vacunación, con una capacidad instalada adecuada y de suficiencia del talento humano necesario para operar con calidad y oportunidad los servicios de vacunación.
- Déficit en la implementación de ruta integral de promoción de la salud de la infancia, en cabeza de aseguradoras y prestadores de servicios de salud, para que garantice efectivamente que los niños, niñas y adolescentes en la atención se garanticen las vacunas y las demás atenciones en salud.
- Falta de una estrategia comunicativa en medios de comunicación masivos, permanente, continua que promueva las ventajas de la vacunación, genere confianza y seguridad en las vacunas y disminuya los miedos a la vacunación.
- Falta de apoyo de rectores y directivos de las instituciones educativas para favorecer la vacunación de niños/as en las entidades, gestionar adecuadamente los consentimientos informados y referir efectivamente a los/as cuidadores cuando se identifica que los niños, niñas y adolescentes no tienen el esquema completo de vacunación.
- Falta de estrategias innovadoras que motiven a niños, niñas, adolescentes y cuidadores a participar en la vacunación y buscar las vacunas

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **25. Distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La atención de la gestante en el territorio nacional se fundamenta en el cumplimiento estricto de la Resolución 3280 de 20181 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual adopta

los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la Población Materno Perinatal y la cual especifica las intervenciones a realizar en los controles prenatales como estrategia de promoción de la salud, educación en salud, identificación / detección del riesgo en salud, y la intervención oportuna durante el curso de la gestación. Este indicador se articula con los compromisos del Plan de Desarrollo Distrital, el ODS 3 orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar cuya meta principal La meta principal 3.3 se centra en terminar con la epidemia del SIDA para 2030 y, la Estrategia del Eliminación de la transmisión materno infantil - ETMIPlus2

En el marco de la política pública, el indicador Distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH, se enfoca en la atención integral y la eliminación de barreras de acceso, a través de Guías de Manejo Actualizadas, promoviendo la migración a terapias duales más sencillas y seguras, evaluando no solo la parte clínica sino también la salud mental y la adherencia del paciente; el acceso universal y gratuito buscando cero muertes por SIDA y la reducción del estigma que impide a las gestantes buscar atención. Sumado a lo anterior la implementación de protocolos de diagnóstico en los cuales se exige la prueba de VIH en el primer control prenatal y pruebas rápidas en sala de partos para iniciar profilaxis inmediata si no hubo control previo.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, integrando la distribución de tratamiento antirretroviral (TAR) para gestantes con VIH como parte de sus estrategias de equidad y seguridad sanitaria, enfocado en reducir la transmisión materno-infantil y asegurar el acceso oportuno a medicamentos como derecho fundamental. Se relaciona con la meta estratégica de Cascada de atención en VIH: El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas ultimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.3 - Lucha Contra Las Enfermedades Transmisibles; ODS 5: Igualdad de Género, teniendo en cuenta la atención integral al VIH durante el embarazo empodera a la mujer en su salud reproductiva y al ODS 10: Reducción de las Desigualdades, garantizando el acceso a medicamentos para todas las gestantes, independientemente de su raza o etnia.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud

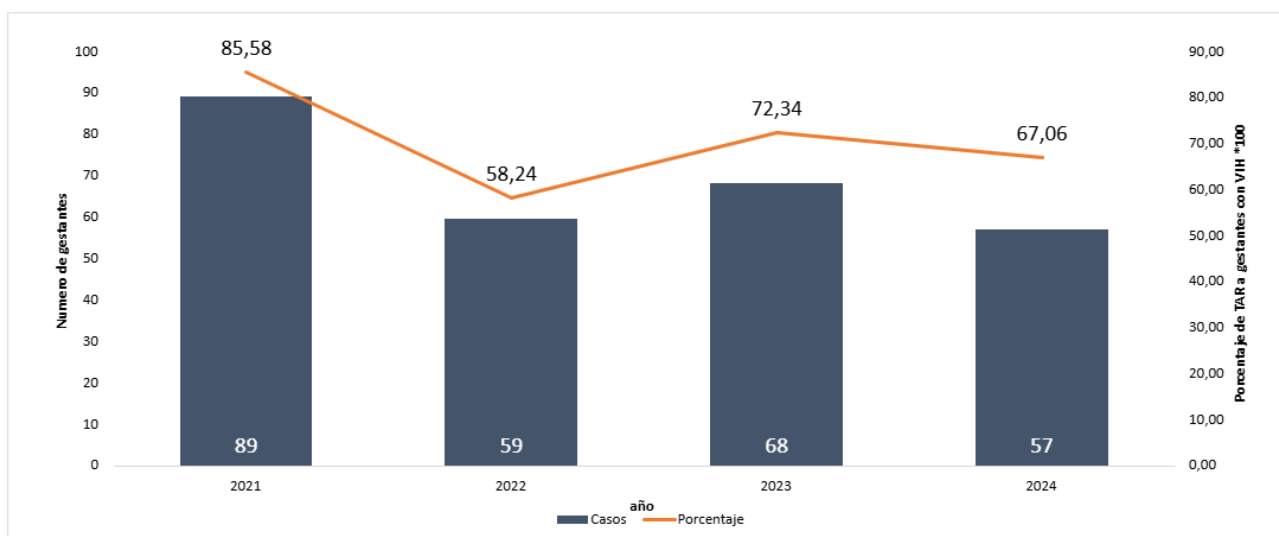
implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores y 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-.

### 1.3. Descripción del indicador:

La proporción de distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH, corresponde al Número de gestantes con VIH que reciben TAR durante la gestación / Total de gestantes con diagnóstico confirmado de VIH notificadas en el periodo evaluado x 100

Se evidencian variaciones en el periodo 2021–2024. Tras un desempeño óptimo en 2020 (94,83%), cercano a la meta nacional e internacional del 95%, observándose una disminución en 2021 (85,58%) y un descenso crítico en 2022 (58,24%), aumentando en 2023 (72,34%) y nuevamente una reducción en 2024 (67,06%). Esta tendencia demuestra que persiste una brecha importante frente a la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, particularmente en lo relacionado con el inicio oportuno y sostenido del tratamiento antirretroviral (TAR).

### 1.4. Gráfica 29. Porcentaje distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH. Años 2021 - 2024



Fuente: Informe Cuenta de alto costo año 2021 a 2025 Situación del VIH en Colombia.

### 1.5. Análisis del indicador:

Desde el análisis nominal, se observa una reducción en el número de gestantes que viven con VIH: de 110 casos en 2020 a 89 en 2021 y 59 en 2022; posteriormente se presenta un leve incremento en 2023 (68 casos) y nuevamente una disminución en 2024 (57 casos). Si bien esta reducción podría interpretarse como el impacto positivo de las estrategias de prevención combinada, también obliga a revisar la captación efectiva de casos, la oportunidad diagnóstica y la calidad del reporte, con el fin de descartar subregistro.

En este contexto, es relevante señalar que Bogotá, según el informe de la Cuenta de Alto Costo (CAC) publicado en 2025, alcanzó en 2024 una cobertura de tamización en gestantes del 94,74%, lo que representa un aumento frente al 92,55% reportado en 2023. Este comportamiento indica una mejora en la captación y diagnóstico oportuno; sin embargo, el contraste entre el alto nivel de tamización y la menor proporción de gestantes en TAR sugiere que las brechas podrían estar concentradas en la confirmación diagnóstica, el inicio inmediato del tratamiento o el registro oportuno de la información, así como la calidad del dato.

Entre las posibles fallas se identifican demoras en el ingreso oportuno al programa y en el inicio temprano del tratamiento antirretroviral (TAR), debilidades en la gestión del riesgo individual por parte del aseguramiento, barreras administrativas y dispensación de medicamentos, así como fragmentación en la Ruta Materno-Perinatal, particularmente en los procesos de confirmación diagnóstica e inicio inmediato del manejo.

Adicionalmente, no se descartan inconsistencias en el reporte de CAC, subregistro del inicio de TAR, registros incompletos en la historia clínica o falta de actualización de variables conforme a la estructura definida para el reporte de CAC, situaciones que podrían estar impactando el cálculo real del indicador y generando una brecha entre la atención efectiva y el dato reportado.

Por lo anterior, se requiere fortalecer el monitoreo nominal de las gestantes desde la tamización (según lo establecido en la Ruta Materno-Perinatal en el componente de VIH e ITS), garantizar la confirmación diagnóstica conforme a la Guía de Práctica Clínica vigente en el menor tiempo posible, optimizar la calidad y consistencia del dato y robustecer los mecanismos de seguimiento, asegurando trazabilidad completa desde el diagnóstico hasta la supresión viral.

### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La respuesta institucional frente a la distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH se ha desarrollado mediante un abordaje integral que articula la vigilancia epidemiológica, el cumplimiento de las actividades de la ruta Materno Perinatal, el análisis de la calidad de atención y el fortalecimiento de servicios y estrategias preventivas, al respecto se destacan las siguientes acciones:

- Oferta de acciones masivas de tamizaje extramural direccionadas a población general, a las cuales tienen acceso hombres y mujeres que en futuro pueden ser padres.
- Implementación de estrategia caso índice en las diferentes actividades de campo adelantadas, con la finalidad de captar de forma oportuna las parejas.
- Educación transformadora en torno a prevención combinada, derechos en salud, eliminación del estigma y discriminación hacia mujeres con VIH, enfoque diferencial en población migrante y comunidades vulnerables.
- Identificación comunitaria de gestantes en territorios priorizados mediante caracterización familiar y visitas domiciliarias.
- Canalización temprana a servicios de control prenatal en IPS de la red.
- Educación transformadora enfocada en la importancia del tamizaje de VIH en el primer trimestre.
- Priorización de gestantes con vulnerabilidades (migrantes, adolescentes, mujeres en pobreza extrema).
- Seguimiento y monitoreo al cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social la cual adopta los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la Población Materno Perinatal y la cual especifica la obligatoriedad de las intervenciones a realizar en a las mujeres y personas gestantes, especificando en su Artículo 2° campo de aplicación, que las disposiciones contenidas en dicha resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del modelo de salud (...), y al cual tienen derecho todas las mujeres y personas gestantes con ciudadanía Colombiana o extranjera que se encuentren en algún régimen de afiliación en salud (subsidiado o contributivo) adscritas a una EAPB, por el contrario aquellas mujeres y personas gestantes extranjeras que no se encuentren afiliadas a la una EAPB, acceden a las intervenciones de la



Resolución 3280 de 2018 en el marco del control prenatal y las pruebas tamizajes a través de convenios de cooperación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud y del establecimiento de un convenio del Distrito con dichas instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública con el fin de garantizar atenciones integrales del control prenatal y de la atención del parto.

La atención de la gestante en el territorio nacional se fundamenta en el cumplimiento estricto de la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual adopta los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la Población Materno Perinatal y la cual especifica las intervenciones a realizar en los controles prenatales como estrategia de promoción de la salud, educación en salud, identificación / detección del riesgo en salud, y la intervención oportuna durante el curso de la gestación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se identifica unos componentes del Manejo Integral de la gestante desde la identificación y detección oportuna del VIH hasta el manejo cuando dicha condición ya ha sido diagnosticada:

- Detección Temprana y Tamizaje Universal: conforme a la Resolución 3280 de 2018 , el primer contacto de la gestante con el sistema de salud debe garantizar la prueba rápida para VIH en el control prenatal inicial tanto en IPS del orden público y privado.
  - a. Obligatoriedad: Se debe ofrecer y realizar a todas las gestantes en el control prenatal.
  - b. Frecuencia: Se debe realizar una prueba en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto si no se cuenta con reporte reciente (menor a 3 meses).
  - c. Oportunidad: La entrega de resultados de pruebas rápidas es inmediata, dado que se debe realizar en el punto de atención, permitiendo activar la ruta en menos de 24 horas ante un resultado reactivo.
- Diagnóstico y Confirmación: Ante un resultado reactivo, el algoritmo diagnóstico vigente, establece que las EAPB a través de la red contratada de IPS deben garantizar la toma de la segunda prueba sin barreras administrativas y dar continuidad a la realización de pruebas confirmatorias según sean los posibles escenarios especificados en la Guías de Práctica Clínica.
- Eliminación de Trámites: El diagnóstico de VIH en gestantes es una prioridad médica, por tanto, no se requiere autorización de algún servicio previo por parte

- de las EAPB para los exámenes confirmatorios ni para la carga viral inicial, sino la activación de la ruta de VIH en población gestante.
- Tratamiento Antirretroviral (TAR) e Integralidad: El objetivo primordial es alcanzar la supresión viral (carga viral indetectable) para reducir el riesgo de transmisión vertical al 0%.
    - a. Inicio Inmediato: Todo diagnóstico de VIH en gestante implica el inicio de TAR de manera prioritaria, idealmente antes de la semana 14 o inmediatamente después del diagnóstico.
    - b. Manejo Multidisciplinario: La mujer y persona gestante es vinculada a una cohorte especializada que incluye: Infectología, Obstetricia de Alto Riesgo, Nutrición, Psicología y Trabajo Social.
  - Reducción de la Transmisión Materno-Infantil: A través de la implementación de una vigilancia epidemiológica intensificada para cumplir con la meta de la OPS/OMS de eliminación de la transmisión a través de la implementación de la estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil - ETMIPlus con intervenciones clave como:
    - a. Pruebas de seguimiento a los resultados de VIH e inclusión en el programa de VIH
    - b. Vía de Parto: Se define según la carga viral cercana al parto (semana 34-36). Si es  $>1.000$  copias/ml, se indica cesárea electiva.
    - c. Profilaxis Intraparto: Administración de Zidovudina (AZT) endovenosa según protocolo.
    - d. Sustitución de la Lactancia: Se garantiza el suministro de fórmula láctea de inicio hasta los 6 meses de edad, prohibiendo la lactancia materna para evitar la transmisión postnatal.

La oportunidad en la atención de las gestantes en Bogotá trabaja bajo la premisa de "Cero Tolerancia" a la transmisión materno infantil prevenible a través del seguimiento a los actores del sistema en las intervenciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018 como hoja de ruta vinculante que obliga a todos los actores del sistema a eliminar barreras de acceso.

La Secretaría Distrital de Salud continúa fortaleciendo la asistencia técnica y seguimiento a la red de prestadores de servicios de salud para garantizar la atención integral de la mujer gestante en control prenatal, de la mujer gestante con diagnóstico de VIH y la atención del recién nacido hijo de madre con diagnóstico de VIH.

Desde la Secretaría Distrital de Salud se realizó en el año 2025 asistencia técnica y seguimiento a las 16 EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital, a las 29 IPS de

atención de parto y a las instituciones priorizadas de nivel primario de control prenatal de la ciudad en la disponibilidad y uso de las pruebas rápidas para VIH en la atención del control prenatal y en las instituciones de atención del parto, al igual que la disponibilidad del kit de manejo de gestantes con diagnóstico de VIH para la atención del parto a través de la existencia de medicamentos para la mujer en el trabajo de parto, para el recién nacido, y el suministro de sucedáneos de la leche materna para un total de 108 visitas de asistencia técnica y seguimiento, y 8 jornadas de fortalecimiento de competencias en tamizajes y algoritmos de VIH para un total de 320 profesionales de la salud beneficiados de dichas jornadas .

Igualmente en el marco del Modelo de Atención en Salud +MAS Bienestar y la operación a través de las Rutas de Atención Integral en Salud para VIH, y teniendo en cuenta los lineamientos del orden nacional referentes a la atención de población que vive con VIH (PVV), desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se realiza seguimiento a las EAPB frente a la gestión del riesgo para gestantes que viven con VIH; se verifica que desde su diagnóstico sean ingresadas a la cohorte de VIH, y canalizadas al prestador especial para atención integral, en donde se garantiza el manejo multidisciplinario, la entrega de antirretrovirales, seguimiento a la adherencia al tratamiento y continuidad del mismo hasta el puerperio para luego dar continuidad a las atenciones de la mujer en el puerperio y del recién nacido. Las gestantes que viven con VIH son monitoreadas por parte del programa de VIH y de la cohorte de gestantes de la EAPB.

Dentro de las principales actividades para el seguimiento a la prestación de servicios de salud para población que vive con VIH se tienen:

1. Red Distrital de VIH, reunión con periodicidad mensual en la que participan EAPB, IPS y organizaciones civiles, y se abordan temas de tipo biomédico, normativo y de seguimiento a la atención de población que vive con VIH, Sífilis, y otras enfermedades transmisibles, haciendo especial énfasis en la atención integral con enfoque diferencial y poblacional, incluida la población Gestante y Recién nacidos relacionamos algunos de los temas revisados durante el año 2025 – 2026, en estas reuniones se han realizado asistencia técnica orientada a fortalecer la atención de Gestantes, la estrategia ETMI – PLUS y el acceso oportuno de Antirretrovirales para toda la población que vive con VIH incluidas las Gestantes. Así mismo se ha realizado retroalimentación frente a indicadores relacionados con la gestión del riesgo en VIH.
2. Mesas de Gestión del Riesgo con la participación de las EAPB e IPS de Programa especial de VIH y Red de Atención Primaria. Se realiza seguimiento de la población que vive con VIH donde se revisa indicadores de gestión del Riesgo, indicadores del

programa, PQRS, Atención de Población especial, caracterización poblacional, el acceso a tratamiento antirretroviral y el seguimiento y a la adherencia a la atención.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **26. Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El cáncer en menores de 18 años es un evento progresivo y no transmisible caracterizado por la proliferación anormal y descontrolada de un grupo de células como consecuencia de una falla en los mecanismos celulares normales que regulan la reproducción, crecimiento y tiempo de vida celular, por ende, pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. A diferencia de los cánceres en adultos, no se pueden prevenir y para la mayoría de ellos, sus causas no son conocidas. El evento, es objeto de vigilancia debido a la carga de morbilidad y mortalidad asociada en los menores y las posibilidades de recuperación y sobrevida relacionada con la garantía de la atención integral en salud de forma oportuna.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años, es crucial ya que permite detectar alertas tempranas, diseñar estrategias de prevención, y dirigir recursos sanitarios hacia la reducción de la mortalidad por leucemias y otros tumores. Además, ayuda a cerrar brechas socioeconómicas y mejora la supervivencia

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, abordando la incidencia de cáncer infantil mediante un enfoque integral de salud, priorizando la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el acceso equitativo a servicios, buscando mejorar la supervivencia de menores de 18 años, alineando acciones sectoriales con el Plan Territorial de Salud 2024-207 para reducir disparidades y garantizar atención integral.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar en la Meta 3.8 Cobertura Sanitaria Universal, teniendo en cuenta se requieren servicios especializados de alta calidad para lograr que este acceso sea asequible.

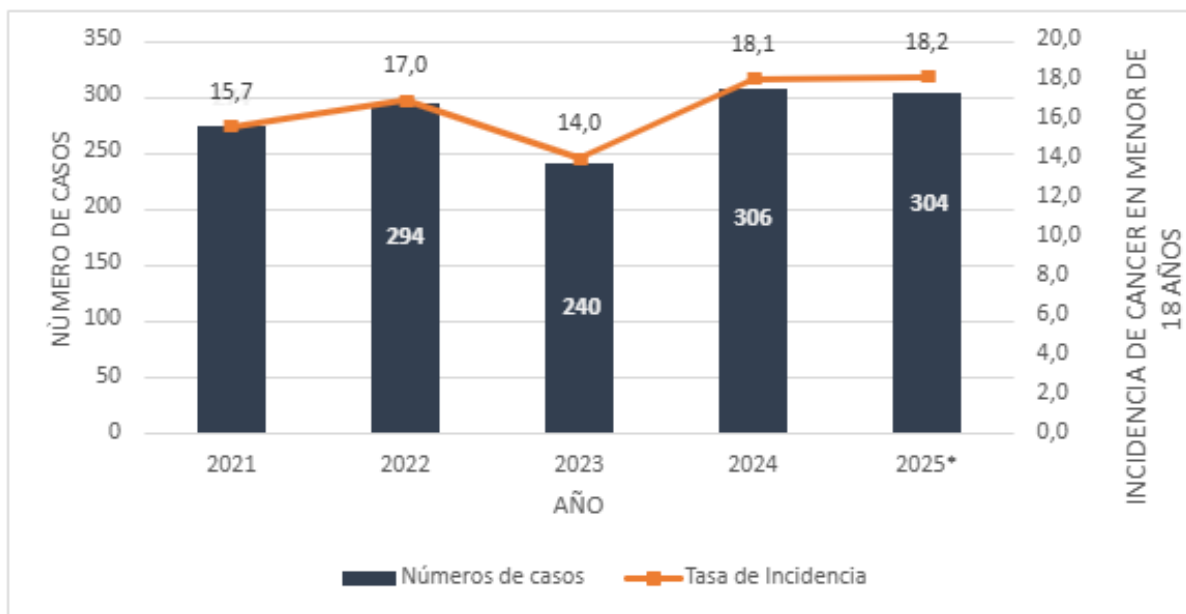
En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud

implementa los productos de política: 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia y 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

La tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años mide la frecuencia de casos nuevos diagnosticados por cada 100,000 habitantes en esta población durante un periodo, reflejando la carga de la enfermedad. Las leucemias son el cáncer más común, seguido por tumores del sistema nervioso central, mostrando brechas territoriales y una alta mortalidad, con cifras superiores a 1.500 casos anuales en Colombia

### 1.4. Gráfica 30. Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años, evento 115, Sivigila. Bogotá D.C., años 2021-2025\*



Fuente: Base SIVIGILA evento 115 cierre años 2021 – 2024, preliminar año 2025\* corte a semana epidemiológica 53. Fuente: DANE - CNPV 2018 Proyecciones. A partir del 2020 DANE poblaciones ajustadas poscovid-19 2024.

Tabla 5. Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años por localidad de residencia, evento 115, Sivigila. Bogotá D.C., año 2025\*

Localidad de residencia	Tasa de incidencia	Casos confirmados 2025*
01 – Usaquén	16,9	17

02 – Chapinero	11,2	3
03 – Santafé	29,5	7
04 - San Cristóbal	14,7	14
05 – Usme	18,9	20
06 – Tunjuelito	23,5	9
07 – Bosa	15,6	30
08 – Kennedy	20,3	48
09 – Fontibón	23,0	17
10 – Engativá	15,4	24
11 – Suba	17,1	43
12 - Barrios Unidos	17,4	4
13 – Teusaquillo	32,0	7
14 - Los Mártires	24,2	4
15 - Antonio Nariño	19,2	3
16 - Puente Aranda	20,1	9
17 - La Candelaria	120,6	3
18 - Rafael Uribe Uribe	21,0	18
19 - Ciudad Bolívar	13,4	24
Total	18,2	304

Fuente: Base SIVIGILA evento 115 preliminar año 2025\* corte a semana epidemiológica 53. Fuente: DANE - CNPV 2018 Proyecciones. A partir del 2020 DANE poblaciones ajustadas poscovid-19 2024.

#### 1.5. Análisis del indicador:

Durante los años 2021 a 2025 la tasa de incidencia ha expresado un comportamiento fluctuante con marcada disminución para el año 2023, donde se presentó la tasa de incidencia de notificación más baja del cuatrienio, representada por 14 casos por 100.000 menores de 18 años. Al ser este, un evento no transmisible, el comportamiento fluctuante puede estar relacionado con la oportunidad en la identificación de señales de alarma y asistencia a las consultas para la identificación o sospecha de cáncer por vía de la valoración integral actualmente en fortalecimiento, así como con la adherencia de las IPS públicas y privadas y EAPB a los protocolos de vigilancia nacional.

En la vigencia 2025 (datos preliminares corte semana epidemiológica 53) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA - 304 casos nuevos residentes en Bogotá D.C., representando una tasa de incidencia de 18,2 casos por 100.000 menores de 18 años. De estos, el 37,8% (n=115) correspondieron a leucemias pediátricas y el restante 62,2% (n=189) a tumores sólidos, los más frecuentes fueron los tumores de sistema nervioso central, linfomas y neoplasias reticuloendoteliales y tumores epiteliales malignos y melanoma.

En cuanto al sexo y momento vital, los cánceres en menores de 18 años fueron más frecuentemente diagnosticados y notificados en hombres adolescentes (50,7%). Las localidades de residencia con la mayor tasa de incidencia de este evento son: La Candelaria, Teusaquillo, Santafé, Los Mártires y Tunjuelito con más de 18 casos por 100.000 menores de 18 años; sin embargo, en frecuencia absoluta, las que cuentan con mayor número de casos son: Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar que en conjunto concentran el 55,6% (n=169) de los casos. En cuanto al régimen de aseguramiento, del total de los casos nuevos confirmados residentes del Distrito Capital el 65,5% (n=199) se encontraba afiliado al régimen contributivo, el 26,6% (n=84) al régimen subsidiado, el 5,3% (n=16) al régimen de excepción y el 1,6% (n=5) no se encontraban asegurados.

De acuerdo con lo anterior, al ser un evento en el que en la mayoría de los casos las causas no son conocidas, la variable localidad de residencia se analiza para la caracterización de los casos y no como un factor de riesgo asociado a la presentación del cáncer. Finalmente, con respecto a los indicadores de oportunidad diagnóstica y oportunidad de inicio de tratamiento establecidos para leucemias en el protocolo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud, del total de casos nuevos notificados de leucemias residentes de Bogotá (n=115), el 80,9% (n=93) fue diagnosticado dentro de los ocho (8) días posteriores a la sospecha del diagnóstico y, en cuanto a la oportunidad en el inicio de tratamiento el 87,8% (n=101) de los casos iniciaron su tratamiento en hasta dos (2) días posteriores su confirmación diagnóstica.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Durante el año 2025 en el marco del Plan de Choque Cáncer y sus componentes se realizaron las siguientes acciones que favorecen la detección temprana, notificación y seguimiento de menores con cáncer en el Distrito Capital:

- Identificación y fortalecimiento de la Red Hospitalaria que interviene la población, desde la sospecha hasta el diagnóstico, de tal manera que se aborde de manera integral los menores.
- Fortalecimiento del talento humano que interviene la población para la identificación temprana de signos de alarma y conocimiento de la ruta de atención por asegurador e IPS.
- Acciones de información y educación en salud-transformadora para padres de familia, educadores y orientadores.
- Seguimiento intersectorial al cumplimiento de la Ley Jacobo a través del Consejo Distrital Asesor en Cáncer Infantil.



- Monitoreo del comportamiento del evento, así como de los indicadores establecidos desde el Instituto Nacional de Salud para las leucemias, identificando oportunidades de mejora relacionadas con la calidad y oportunidad de la notificación.
- Desarrollo de investigaciones epidemiológicas de campo - IEC en casos priorizados según anexo técnico para la vigilancia en el Distrito Capital, las cuales se enfocaron en la caracterización del evento, educación relacionada de acuerdo con las necesidades específicas y la identificación de barreras de atención y acceso, siendo las principales: falta de autorizaciones para procedimientos especializados y demora en asignación de citas médicas especializadas.
- Realización de unidades de análisis de casos priorizados según anexo técnico para la vigilancia en el Distrito Capital con hallazgos relevantes identificados en la IEC siendo la principal: barreras administrativas para la atención integral en salud.
- Canalizaciones a las EAPB para activación de Rutas Integrales de Atención en Salud de Riesgo y presencial de cáncer y por identificación de barreras de atención y acceso a los servicios de salud.
- COVE locales y distrital divulgando información relacionada con el evento cáncer en menores de 18 años como protocolo de vigilancia, calidad del dato, indicadores de cumplimiento, comportamiento del evento y, detección temprana a partir de AIEPI Clínico.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **27. Incidencia VIH/SIDA en menores de 18 años residentes en Bogotá**

#### 1.2 Párrafo introductorio:

Este indicador se inscribe en la meta estratégica del Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027, que establece para la ciudad una meta de la cascada de atención del VIH, estructurada en sus tres pilares (diagnostico, acceso a tratamiento y cargas virales suprimidas). Si bien dicha meta se formula para la población general, la población menor de 18 años con diagnóstico de VIH se encuentra comprendida dentro de este marco y este indicador aporta específicamente al primer pilar, correspondiente a las personas que viven con VIH y que conocen su diagnóstico.

En el marco de la política pública, el indicador Incidencia VIH/SIDA en menores de 18 años residentes en Bogotá se centra actualmente en la detección temprana y la reducción de brechas de tratamiento, ante un panorama de diagnósticos crecientes en esta población.

es un indicador crítico de salud pública que refleja tanto la efectividad de los programas de prevención como los nuevos desafíos en la salud sexual de adolescentes

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, integrando la distribución de tratamiento antirretroviral como parte de sus estrategias de equidad, seguridad sanitaria y el acceso oportuno a medicamentos como derecho fundamental. Se relaciona con la meta estratégica de Cascada de atención en VIH: El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.

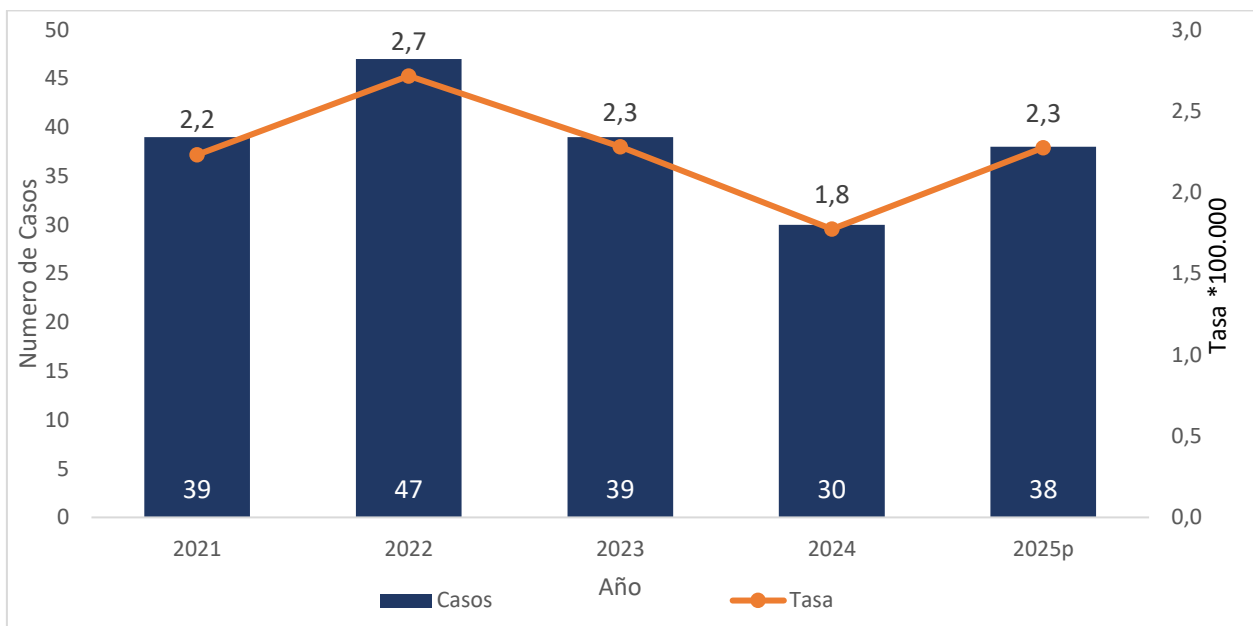
Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, meta 3.3 que busca poner fin a la epidemia del SIDA para 2030; ODS 5: Igualdad de Género, abordando la vulnerabilidad de las niñas, niños y adolescentes frente al VIH, promoviendo el acceso a servicios de salud sexual sin discriminación. y al ODS 10: Reducción de las Desigualdades, buscando garantizar que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso oportuno a antirretrovirales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores y 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-.

### 1.3 Descripción del indicador:

El indicador muestra el comportamiento de los casos nuevos de VIH/SIDA en población menor de 18 años, expresado tanto en número absoluto de casos como en tasa de incidencia por 100.000 habitantes, constituyéndose en un trazador sensible de la transmisión vertical y de la transmisión sexual temprana en adolescentes.

### 1.4 Gráfica 31. Incidencia de VIH/SIDA en menores de 18 años. Años 2021-2025



Fuente: Numerador Base SIVIGILA final 2021- 2024 y Preliminar 2025p corte a semana 53, Denominador: Población DANE 2018 actualización post COVID 2019- 2023. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota>

### 1.5 Análisis del indicador:

Para el periodo comprendido entre 2021 y 2025\* se notificaron 193 casos de VIH en menores de 18 años residentes en Bogotá, con una incidencia acumulada promedio de 6.16 casos por cada 100.000 menores de 18 años. En relación con la tasa de incidencia anual, se observa que el año 2022 registró la mayor incidencia, con 2,7 casos por cada 100.000 habitantes menores de 18 años, coincidiendo además con el mayor número de casos reportados en el periodo analizado.

En los años posteriores se evidencia una disminución progresiva de la incidencia, pasando de 2,3 casos por cada 100.000 habitantes en 2023 a 1,8 casos por cada 100.000 habitantes en 2024. No obstante, para 2025\* (dato preliminar) se observa un incremento en el número de casos, con 38 casos notificados frente a 30 en 2024, lo que se traduce nuevamente en una tasa de incidencia de 2,3 casos por cada 100.000 habitantes menores de 18 años.

Para 2025\* (dato preliminar), las localidades que registran las mayores tasas de incidencia son Tunjuelito, (8,0 casos por cada 100.000 habitantes), seguida de Antonio Nariño (6,5 casos, Santa Fe 4,2 casos), Chapinero y Bosa (3,7 casos cada una), Suba (3,6 casos), Kennedy (3,0 casos) y Usme (2,9 casos por cada 100.000 habitantes).

En relación con la distribución por sexo, el 76,3 % de los casos (n = 29) corresponde a hombres, lo que indica que, por cada 3,2 hombres que desarrollan la infección, una mujer adquiere el virus, evidenciando una mayor afectación del sexo masculino en este grupo etario.

En conjunto, la incidencia de VIH/SIDA en menores de 18 años durante el periodo 2021–2025p muestra un comportamiento oscilante, con un pico en 2022, una reducción posterior y un repunte en 2025p. Este patrón sugiere que el evento mantiene una dinámica activa, con variaciones en el riesgo a lo largo del tiempo, lo que refuerza la necesidad de acciones integrales, intersectoriales y sostenidas, orientadas tanto a la prevención de la transmisión materno-infantil como a la reducción del riesgo en adolescentes.

#### 1.6 Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento del indicador:

En el año 2025, posterior a la firma de la adhesión de Bogotá a la Declaración de París sobre el VIH/SIDA “Ciudades Solidarias y comprometidas contra el estigma y la discriminación”, con representación del Gobierno, Agencias de Naciones Unidas (OPS, UNFPA y ONUSIDA) y representante de la sociedad civil, se dio continuidad al comité FAST TRACK CITIES, en este espacio la Secretaría Distrital de Salud lidera la línea técnica para el desarrollo de acciones en torno a la respuesta del VIH, que permita el impacto en los indicadores de la población general, buscando una identificación oportuna de casos, acceso a tratamiento e impactar de esta forma la mortalidad a causa o asociada a VIH.

Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son, acciones de tamizaje de VIH, dirigidas a población general con énfasis en poblaciones vulnerables.

Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son las acciones de tamizaje para VIH, dirigidas a población general, de forma acumulada en 2025 con corte al 29 de diciembre de acuerdo al reporte en el aplicativo SISCO, se aplicaron 68.682 pruebas rápidas de tamizaje de VIH (aumentó en 5,2% respecto al año anterior), de estas se identificaron 297 casos positivos, los cuales fueron canalizados a los diferentes prestadores de servicio de salud para garantizar el ingreso al programa integral de atención.

Adicionalmente se desarrollan acciones educativas en torno a promoción y prevención de ITS y entrega de más de 900.000 condones masculinos y 17.000 femeninos, desarrollo de 9 asistencias técnica a los equipos SSSR, servicios de acogida y de los entornos de vida

cotidiana que realizan seguimiento a instrumentos de diligenciamiento de pruebas rápidas y salud sexual y reproductiva.

De forma conjunta con laboratorio de salud pública, se desarrollaron 11 cursos en pruebas rápidas, de acuerdo con lo definido por la resolución 1314 de 2020, dirigidas a instituciones públicas y privadas. Desarrollo de actividades de formación y fortalecimiento al talento humano en torno a prevención combinada del VIH. Finalmente, se llevó a cabo la conmemoración del día mundial del VIH de forma articulada con prestadores de salud, academia y abordaje comunitario, buscando fortalecimiento técnico del personal en salud.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **28. Tasa de transmisión materna infantil de VIH**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa de transmisión materno infantil del VIH no se encuentra definida como una meta específica en el Plan Distrital de Desarrollo; no obstante, se inscribe en la iniciativa de eliminación de enfermedades priorizadas en la ciudad, en la cual se reconoce su relevancia estratégica. Esta importancia se sustenta en el compromiso asumido por el sector salud con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación de enfermedades hacia el año 2030. De manera complementaria, este indicador se suscribe al cumplimiento de la meta estratégica de la cascada de atención del VIH, en lo referente a sus tres pilares: diagnóstico oportuno, acceso y adherencia al tratamiento, y supresión de la carga viral.

En el marco de la política pública, el indicador Distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH, se enfoca en la atención integral y la eliminación de barreras de acceso, a través de Guías de Manejo Actualizadas, promoviendo la migración a terapias duales más sencillas y seguras, evaluando no solo la parte clínica sino también la salud mental y la adherencia del paciente; el acceso universal y gratuito buscando cero muertes por SIDA y la reducción del estigma que impide a las gestantes buscar atención. Sumado a lo anterior la implementación de protocolos de diagnóstico en los cuales se exige la prueba de VIH en el primer control prenatal y pruebas rápidas en sala de partos para iniciar profilaxis inmediata si no hubo control previo.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, integrando la distribución de tratamiento antirretroviral (TAR) para gestantes con VIH como parte de sus estrategias de equidad y seguridad sanitaria, enfocado en reducir la transmisión materno-infantil y asegurar el acceso oportuno a

medicamentos como derecho fundamental. Se relaciona con la meta estratégica de Cascada de atención en VIH: El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.3 - Lucha Contra Las Enfermedades Transmisibles; ODS 5: Igualdad de Género, teniendo en cuenta la atención integral al VIH durante el embarazo empodera a la mujer en su salud reproductiva y al ODS 10: Reducción de las Desigualdades, garantizando el acceso a medicamentos para todas las gestantes, independientemente de su raza o etnia.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores y 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa de transmisión materna infantil de VIH tiene como objetivo conocer el número de casos de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna con respecto al total de nacidos vivos en un mismo período en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de casos de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna en relación con el total de nacidos vivos en un período determinado.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{Número total de niños menores de dos años, hijos de madres con VIH/SIDA, que resultan positivos durante los dos años de seguimiento} / \text{Total de nacidos vivos}) \times 1.000$ .

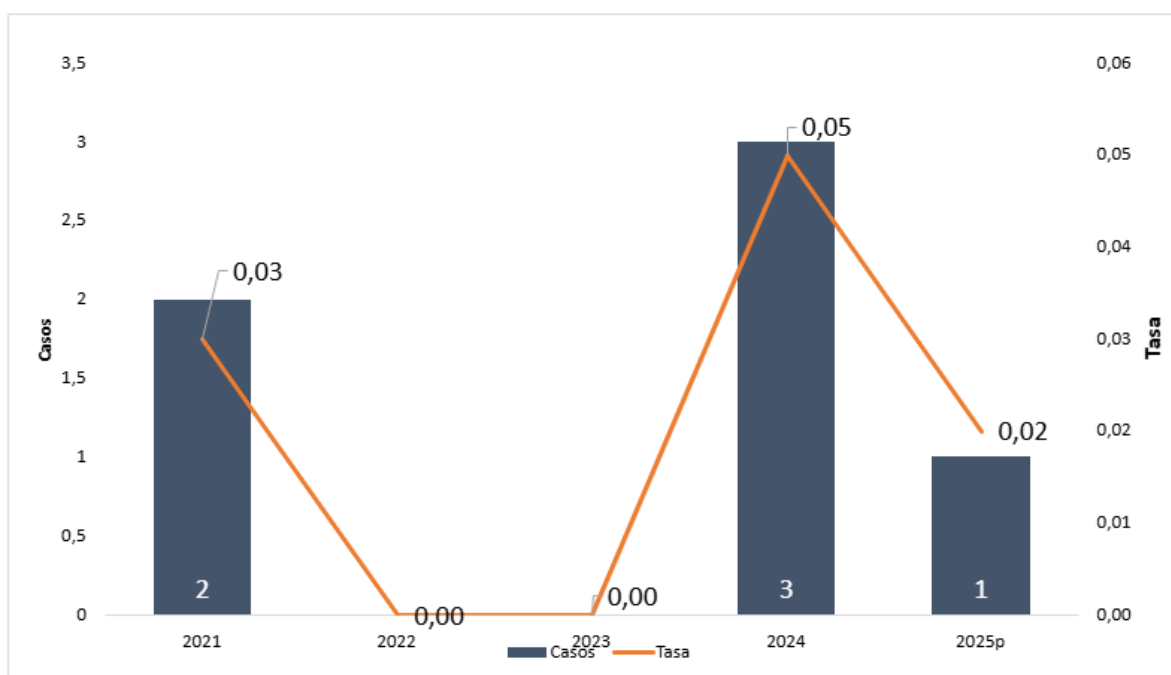
La información utilizada proviene de los registros del SIVIGILA y del sistema de estadísticas vitales. Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a casos por cada 1.000

nacidos vivos. La meta establecida es del 90 %, orientada a lograr que el 90 % de las personas que conviven con VIH conozcan su diagnóstico, el 90 % accedan al tratamiento y el 80 % alcancen una carga viral indetectable al año 2024.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad y cuenta con desagregación por sexo y edad, mientras que no presenta desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

Como observación, la medición del porcentaje es realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como seguimiento a la cohorte, por lo que el dato se encuentra disponible aproximadamente 18 meses después de finalizado el año. La Secretaría Distrital de Salud dispone de manera más oportuna de la tasa por cada 1.000 nacidos vivos, la cual es la reportada. Debido al bajo número de casos anuales a nivel local, se presenta el total de casos por año.

#### 1.4. Gráfica 32. Transmisión materna infantil de VIH. Años 2021 - 2025p



Fuente: Numerador Base SIVIGILA final 2019- 2024 y Preliminar 2025p corte a semana 53  
 "Denominador: Base 2021 a 2024 Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024  
 Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES"



#### 1.5. Análisis del indicador:

Durante los años 2022 y 2023 no se registraron casos de transmisión materno-infantil de VIH en niños menores de dos años, lo que permitió cumplir con la meta establecida para este indicador. No obstante, en 2024 se notificaron tres casos, alcanzando una tasa de TMI de 0,05 por 1.000 nacidos vivos, y para 2025\* (dato preliminar) se registra un caso, con una tasa de 0,02 por 1.000 nacidos vivos. Los casos identificados corresponden principalmente a niños menores de un año, lo que sugiere fallas puntuales en la prevención de la transmisión durante el periodo perinatal y posnatal temprano.

En este contexto, el Distrito continúa fortaleciendo las acciones orientadas a la identificación temprana de factores de riesgo durante la gestación, el parto y el posparto, con especial énfasis en el tamizaje oportuno para VIH, el inicio precoz del tratamiento antirretroviral y el seguimiento continuo del binomio madre-hijo. De manera particular, se han intensificado las estrategias de detección durante el periodo de lactancia materna, etapa en la cual se ha evidenciado un riesgo persistente de transmisión, lo que resalta la necesidad de acciones específicas y sostenidas para garantizar la prevención integral de la transmisión del VIH.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

A través de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal, se asegura la oferta y realización de la prueba de VIH en gestantes desde el primer trimestre del embarazo o en el momento que ingresa al control prenatal y su repetición en los siguientes trimestres, en el momento del parto e incluso en casos donde no se tiene conocimiento de antecedente de prueba además se entregan resultados oportunos entre los 20 y 30 minutos posteriores.

Se realiza un seguimiento semanal a la cohorte de gestantes distrital donde se realiza seguimiento a los indicadores y se realiza un seguimiento y monitoreo permanente a la cohorte de morbilidad materna extrema, en esta cohorte es donde se encuentran reportadas las gestantes con diagnóstico de VIH, donde se verifica el seguimiento en los tiempos establecidos en el protocolo de vigilancia del evento de morbilidad materna extrema (seguimiento inmediato, seguimiento a las 48 horas, 7, 14, 21 y 28 días post egreso). Adicionalmente se realiza seguimiento trimestral a los indicadores de la Ruta Materno Perinatal y los indicadores de Morbilidad Materna Extrema a cada una de las EAPB. Todas estas acciones permiten identificar el inicio oportuno de tratamiento en gestantes con diagnóstico de VIH y su seguimiento hasta el puerperio.

Se garantiza el suministro oportuno de profilaxis y tratamiento antirretroviral a los recién nacidos expuestos al VIH, con inicio ideal dentro de las primeras horas de vida, y

seguimiento clínico y virológico conforme a los lineamientos vigentes. Para ello, se realiza la verificación del kit y de la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales en todas las IPS que atienden partos en la ciudad, por parte del grupo de profesionales de la ruta (ginecólogos, neonatólogos y enfermeras).

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **29. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa específica de fecundidad (en adelante TEF) es el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en un periodo de edad reproductiva; se monitorea a través de los nacidos vivos de mujeres por cada grupo de edad. El seguimiento de este indicador aporta al análisis del fenómeno del embarazo en adolescentes y de manera simultánea orienta la formulación de acciones con enfoque de atención integral a las generaciones jóvenes de la ciudad.

La fecundidad en mujeres de 10 a 14 años desde el año 2014 ha presentado una tendencia a la reducción; en el año 2014 se representó una tasa de fecundidad específica de 1,5 por 1.000 mujeres en este grupo de edad, comparado con el año 2025 (datos preliminares) de 0,6, se evidencia, frente al número de casos una reducción del 60%.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, está vinculado con la efectividad de las medidas preventivas implementadas para abordar la maternidad y paternidad en etapas tempranas. Esto incluye el fortalecimiento e innovación en diversas estrategias, como el Programa Distrital Intersectorial de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad de larga duración, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva y a la estrategia de vigilancia intensificada de la maternidad temprana y prevención del embarazo subsiguiente a través del desarrollo de procesos de seguimiento en madres adolescentes.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar que busca garantizar la salud, educación y protección integral, crucial para prevenir la maternidad temprana y asegurar los derechos y oportunidades de esta población vulnerable. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0.6 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.7 Acceso Universal a Atención Reproductiva, Planificación y Educación que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas distritales y nacionales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.6 Atención integral en salud para la valoración de la salud sexual y salud reproductiva, la identificación y gestión del riesgo de abuso sexual en niños y niñas de 10 a 14 años; 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores, y 3.3.7 Ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo materno perinatal implementada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años tiene como objetivo conocer el número de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años durante un período determinado, por cada 1.000 mujeres en ese mismo rango de edad en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años por cada 1.000 mujeres en ese grupo etario durante un período dado.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: (Número total de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años en el período / Total de mujeres de 10 a 14 años en el mismo período)  $\times$  1.000.

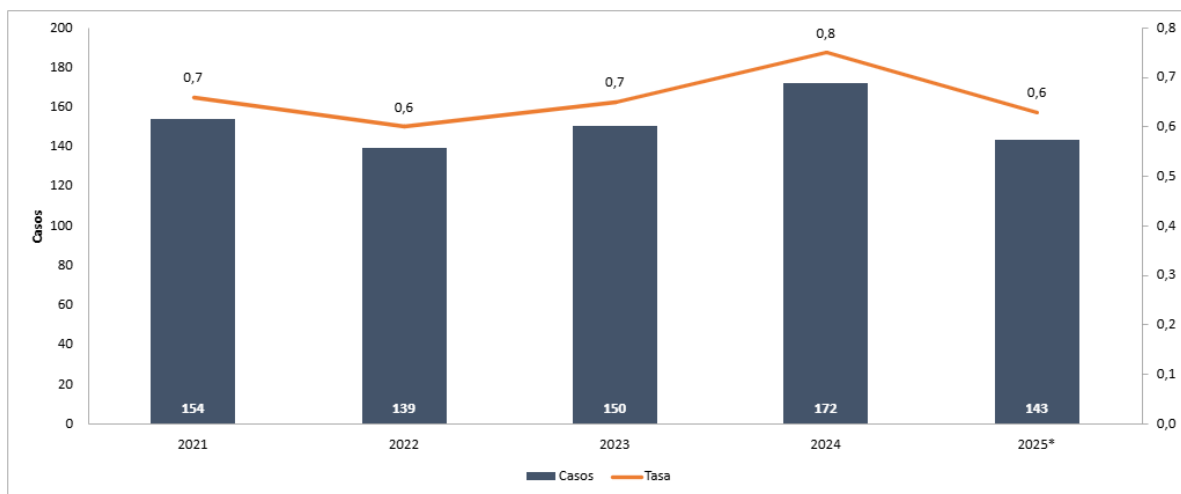
La información utilizada proviene de los registros del sistema de estadísticas vitales y del aplicativo RUAF-ND.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de nacimiento. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia decreciente y su unidad de medida corresponde a nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años. La meta establecida consiste en reducir en un 20 % la tasa específica de fecundidad en este grupo etario para el año 2024.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad y cuenta con desagregación por sexo y edad, mientras que no presenta desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

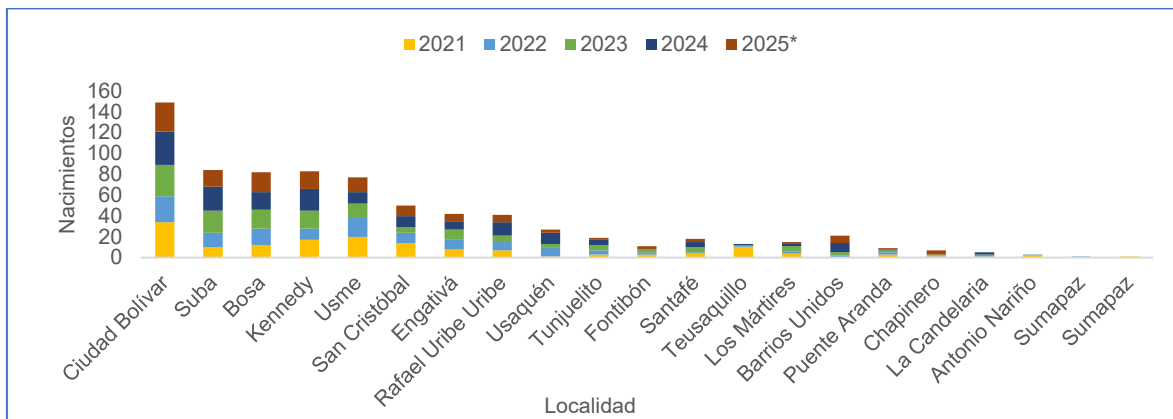
Como observación, para los años 2021 a 2022 se utilizaron datos finales del sistema de estadísticas vitales, con fechas específicas de publicación. Para el año 2023 se emplearon datos finales publicados en diciembre de 2024, y para 2024 se usaron datos preliminares ajustados en enero de 2025 provenientes del aplicativo RUAF-ND.

1.4. Gráfica 33. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 10-14 años, Bogotá D.C. 2021 – 2025\*



Fuente: 2021 – 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF\_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV PRELIMINARES ajustado 10-01-2026. FUENTE POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP.

1.4 Gráfica 34. Distribución de nacimientos en mujeres menores de 10 – 14 años por localidad de residencia, Bogotá D.C. 2021 – 2025\*



Fuente: 2021 – 2024 Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF\_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PRELIMINARES ajustado 10-01-2026

### 1.5. Análisis del indicador:

A la luz de los determinantes sociales, el embarazo en niñas y adolescentes está relacionado con situaciones de pobreza, desescolarización, violencia intrafamiliar, violencia de género y violencia sexual, principalmente lo que limita la calidad de vida y el bienestar de las niñas y adolescentes. Sin embargo, también pueden existir presiones sociales únicas que exponen a las niñas a situaciones de riesgo, como la presión de grupo o la pertenencia a grupos con prácticas de matrimonio infantil o de uniones tempranas, las cuales son consideradas un delito en el marco de la legislación actual. El seguimiento de este indicador aporta al análisis del fenómeno de embarazo en niñas y adolescentes y de manera simultánea orienta la formulación de acciones con enfoque de atención integral a las generaciones jóvenes de la ciudad.

Para el seguimiento de la meta establecida en el Distrito Capital, se partió de la línea base año 2022 donde se presentaron 139 nacimientos en mujeres de 10 a 14 años que representó una tasa de fecundidad específica de 0,60 por 1.000 mujeres en este grupo de edad para este año. El comportamiento histórico de los nacimientos en niñas de 10 a 14 años muestra una tendencia general a la disminución, con algunas variaciones en los años más recientes. En 2022 se registraron 139 nacimientos, lo que correspondió a una tasa específica de fecundidad de 0,6 nacidos vivos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años (línea de base). En el 2023 y 2024, se observó un aumento tanto en el número de nacimientos (150 y 172 respectivamente) como en la tasa (0.65 y 0.75), tendencia que cambia para el 2025 (datos preliminares), el cual, desciende a 143 nacimientos y una TEF de 0.63, lo que

representa una reducción del 16% en el número de nacimientos en comparación con el año 2024.

En el análisis por localidad se observa que existen diferencias territoriales en la tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años, destacándose algunas con TEF más altas como Barrios Unidos, con una tasa de 2,5 nacidos vivos por cada 1.000 niñas, seguida de Chapinero (1,2), Santa Fe y Usme (1,0 cada una), Los Mártires y San Cristóbal (0,8 cada una). En contraste, varias localidades no registran nacimientos en este grupo etario, presentando una TEF de 0,0, entre ellas Teusaquillo, Antonio Nariño, La Candelaria, Ciudad Bolívar y Sumapaz. Estas diferencias evidencian la heterogeneidad territorial del fenómeno y resaltan la necesidad de implementar estrategias diferenciadas para la prevención del embarazo infantil a nivel local.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La SDS implementa +Mas Bienestar, el modelo de atención en salud, basado en la Atención Primaria Social, este propone fortalecer el relacionamiento de los individuos, motivando su participación para transformar y empoderar a las personas familias y comunidades, aportando a la promoción de la salud. El accionar intersectorial desarrollado en el modelo facilita identificar las necesidades en salud y afectar los determinantes sociales. + Mas Bienestar garantiza el desarrollo de intervenciones de educación transformadora en los entornos de la vida cotidiana, esto hace posible que se beneficien directamente niñas, niños y adolescentes al igual que padres y cuidadores en general, haciendo visibles los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los menores en la ciudad.

En el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y la Gestión de la Salud Pública (GSP), mediante los lineamientos y asistencias técnicas a los equipos operativos se orientó el desarrollo de acciones en promoción de la salud y gestión del riesgo en la población, las acciones incluyeron la caracterización de la población, identificación del riesgo, canalización a los servicios de salud, activación de rutas y, de manera simultánea la implementación de acciones de Educación en Salud- Educación Transformadora, con énfasis en la Educación Sexual Integral para la promoción del autocuidado desde el respeto, reconocimiento y valoración de la diversidad, prevención de violencia sexual, apropiación y ejercicio de los derechos, en el marco del desarrollo de capacidades para la vivencia de una sexualidad protegida, placentera, generadora de bienestar y salud. Se realizó el abordaje a personas, familias y comunidades, con el fin de lograr intervenciones tempranas y aportar a mejorar la calidad de vida y el ejercicio del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Para el año 2025 se priorizo en la Mesa Distrital Intersectorial de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, la prevención de violencias, con énfasis en violencia sexual, definiendo este tema para el desarrollo de la Semana Andina para la Prevención del Embarazo, la cual se llevó a cabo durante el mes de septiembre. Se hace necesario mantener y fortalecer acciones innovadoras intersectoriales que logren impactar de forma positiva el resultado de este indicador.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **30. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa específica de fecundidad (en adelante TEF) es el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en un periodo de edad reproductiva; se monitorea a través de los nacidos vivos de mujeres por cada grupo de edad. El seguimiento de este indicador aporta al análisis del fenómeno del embarazo en adolescentes y de manera simultánea orienta la formulación de acciones con enfoque de atención integral a las generaciones jóvenes de la ciudad.

Con respecto a los nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, el comportamiento es similar, desde el 2014 se ha presentado una tendencia a la baja, guardando relación con la tendencia en Colombia; de acuerdo con el comportamiento del evento, para las mujeres de 15 a 19 años, entre los años 2014 a 2025 (dato preliminar) se observó una reducción pasando de 16.747 nacimientos a 4131 del 65,5%; en consecuencia, la tasa específica de fecundidad también presentó una disminución del 51,4 al 17,7 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, está vinculado con la efectividad de las medidas preventivas implementadas para abordar la maternidad y paternidad en etapas tempranas. Esto incluye el fortalecimiento e innovación en diversas estrategias, como el Programa Distrital Intersectorial de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad de larga duración, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva y a la estrategia de vigilancia intensificada de la maternidad temprana y prevención del embarazo subsiguiente a través del desarrollo de procesos de seguimiento en madres adolescentes.



En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar que busca garantizar la salud, educación y protección integral, crucial para prevenir la maternidad temprana y asegurar los derechos y oportunidades de esta población vulnerable. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0.6 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.7 Acceso Universal a Atención Reproductiva, Planificación y Educación que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas distritales y nacionales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.6 Atención integral en salud para la valoración de la salud sexual y salud reproductiva, la identificación y gestión del riesgo de abuso sexual en niños y niñas de 10 a 14 años; 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores, y 3.3.7 Ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo materno perinatal implementada, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años tiene como objetivo conocer el número de nacidos vivos de madres entre 15 y 19 años durante un período determinado, por cada 1.000 mujeres en ese mismo rango de edad en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la magnitud de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres en ese grupo etario durante un período dado.

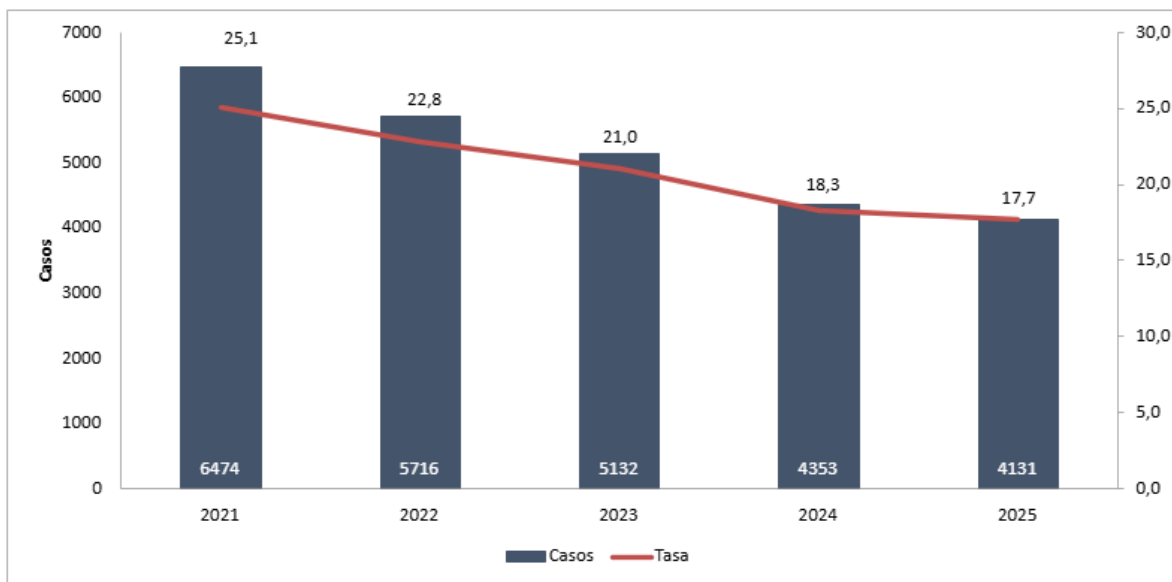
El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: (Número total de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años en el período / Total de mujeres de 15 a 19 años en el mismo período) × 1.000.

La información utilizada proviene de los registros del sistema de estadísticas vitales y del aplicativo RUAF-ND. Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de nacimiento. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia decreciente y su unidad de medida corresponde a nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. La meta establecida consiste en reducir en un 10 % la tasa específica de fecundidad en este grupo etario para el año 2024.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad y cuenta con desagregación por sexo y edad, mientras que no presenta desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

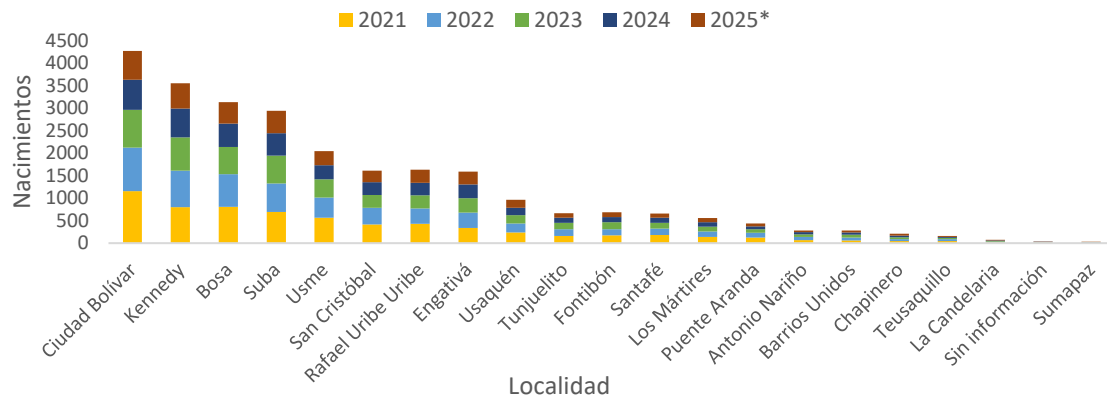
Como observación, para los años 2021 a 2022 se utilizaron datos finales del sistema de estadísticas vitales, con fechas específicas de publicación. Para el año 2023 se emplearon datos finales publicados en diciembre de 2024, y para 2024 se usaron datos preliminares ajustados en enero de 2025 provenientes del aplicativo RUAF-ND.

#### 1.4. Gráfica 35. Tasas Específicas de Fecundidad en Adolescentes de 15-19 años, Bogotá D.C 2021 – 2025\*



Fuente: 2021 – 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF\_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV PRELIMINARES ajustado 10-01-2026. FUENTE POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP.

1.4 Gráfica 36. Distribución de nacimientos en mujeres menores de 15 – 19 años por localidad de residencia, Bogotá D.C. 2021 – 2025\*



Fuente: 2021 – 2024 Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF\_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV- PRELIMINARES ajustado 10-01-2026

#### 1.5. Análisis del indicador:

Para el seguimiento de la meta establecida en el Distrito Capital, se partió de la línea base año 2022 donde se presentaron 5716 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años que representó una tasa específica de fecundidad de 22,8 casos por 1.000 mujeres en este grupo de edad para este año.

La TEF para el año 2025 (preliminar) presenta un indicador de 17,7 (n=4.131) en el Distrito Capital, con un comportamiento con tendencia a la baja para mujeres menores de 15 a 19 años, comparando con el año anterior 2024 que presentó una tasa de 18,3 (n=4.353) x 1.000 mujeres de 15 a 19; lo que representa una reducción del 5,2 % con 225 casos menos.

Esta reducción partiendo de la línea base, puede estar relacionada con la efectividad de las acciones de prevención de la maternidad y paternidad temprana implementadas, así como el fortalecimiento e innovación en diferentes estrategias como: el Programa Distrital Intersectorial de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad de larga duración, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva; estrategia de vigilancia intensificada de la

maternidad temprana y prevención del embarazo subsiguiente a través del desarrollo de procesos de seguimiento en madres adolescentes, mayor acceso a niveles superiores de educación por parte de las mujeres, definición de proyectos de vida por parte de las adolescentes y el proceso de transición demográfica de la ciudad.

De acuerdo a los datos preliminares del 2025, se evidenció una disminución de nacimientos en adolescentes de 15 – 19 años en 14 de las 20 localidades del distrito destacando a Kennedy, Bosa, San Cristóbal y Ciudad Bolívar como las localidades que presentaron los mayores descensos de casos respecto a los años previos. Sin embargo, se mantiene la prevalencia del evento en Usaquén, Suba y Rafael Uribe Uribe, puede relacionarse con factores socioeconómicos, culturales, que requieren una atención prioritaria en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva que garantice la autonomía y el bienestar de las adolescentes.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC y la gestión de salud pública soportados en la en la Resolución 1597 de 2025, la Secretaría Distrital de Salud, dispone de acciones poblacionales, colectivas e individuales de alta externalidad que cuentan con el enfoque en educación sexual integral para niñas, niños y adolescentes. Estas se desarrollan en los entornos de vida cotidiana – entornos cuidadores -, tales como hogar, institucional, educativo, laboral y comunitario y se direccionan hacia tres componentes priorizados: (i) salud materno perinatal, (ii) prevención de la maternidad y paternidad no planeadas y (iii) prevención de ITS/VIH, Sífilis y Hepatitis. Estas acciones desarrollan temáticas para la promoción del autocuidado desde el respeto, reconocimiento y valoración de la diversidad, prevención de violencia sexual, apropiación y ejercicio de los derechos, a través del abordaje a personas, familias y comunidades que transitan en los diferentes entornos de vida cotidiana en armonización con los ejes establecidos para Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, incidiendo en los determinantes sociales de la salud. De este modo, los equipos de trabajo del PSPIC desarrollan intervenciones que se encaminan hacia la promoción, el reconocimiento y el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y la equidad de género.

Durante el periodo enero a diciembre 2025, se logró implementar el plan intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos mediante intervenciones individuales, colectivas y de gestión en salud pública, en el marco del modelo Más bienestar. Las intervenciones de educación para la salud – educación Transformadora se realizaron en las 20 localidades. En el marco de la estrategia las acciones para la promoción, reconocimiento, protección apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y

reproductivos dirigidas a adolescentes, jóvenes y cuidadores se llevaron a cabo en los entornos de vida cotidiana.

Desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC, se desarrollaron intervenciones con 6772 familias con adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años en el grupo familiar, orientadas a la prevención de la violencia sexual, el fortalecimiento del proyecto de vida, la toma de decisiones y la prevención de la maternidad y paternidad temprana. Se realizaron sesiones con 152 docentes y orientadores dirigidas hacia el reconocimiento y generación de educación transformadora para mantener una actitud comprensiva frente a los procesos de interacción que promuevan la transformación positiva del ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de adolescentes. Así mismo se desarrollaron intervenciones con la participación de 110.084 adolescentes y jóvenes, con quienes se adelantaron intervenciones encaminadas hacia la promoción, el reconocimiento y el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y la equidad de género, se realizaron procesos de sensibilización y uso adecuado y sistemático del preservativo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual ITS, la maternidad y paternidad no planeadas.

Así mismo para avanzar en la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la ciudad, se instalaron 320 dispensadores de condones, al igual que se realizó la entrega gratuita de condones más de 1.000.000 a los ciudadanos que participan en las intervenciones del plan de salud pública.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **31. Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación.**

1.2. Párrafo introductorio:

En el Plan Territorial de Salud 2024–2027 se establece como meta para Bogotá alcanzar una incidencia de sífilis congénita de 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales. Esta meta se configura como un resultado directo de la implementación efectiva de acciones de diagnóstico y tratamiento oportunos de la sífilis gestacional, las cuales constituyen el principal determinante para la prevención de la transmisión materno infantil. En este contexto, adquiere especial relevancia la oportunidad del diagnóstico y del inicio del tratamiento antes de la semana 17 de gestación, en concordancia con las directrices distritales vigentes, entre ellas la Circular 031 de 2020 y la Resolución 943 de 2025. Adicionalmente, este indicador se articula con el compromiso asumido por Bogotá ante la

OPS para la inclusión de la sífilis congénita entre las enfermedades en proceso de eliminación, lo cual implica avanzar hacia una incidencia inferior a 0,5 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

En el marco de la política pública, el indicador Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación, es crucial para prevenir la sífilis congénita, la muerte fetal, el aborto y complicaciones graves en el recién nacido, ya que la infección del feto se produce principalmente a partir de ese momento. Iniciar tratamiento en el primer trimestre reduce drásticamente la transmisión vertical y la morbilidad perinatal. Este indicador mide la oportunidad del diagnóstico. Un bajo porcentaje en este indicador revela fallas en la captación temprana de las gestantes y en la demanda inducida a los servicios de salud.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, teniendo en cuenta el porcentaje de gestantes con sífilis es un "indicador trazador" de la efectividad. Un control deficiente refleja barreras en el acceso a servicios de salud, mientras que su monitoreo permite evaluar la oportunidad en el diagnóstico y la eficacia del tratamiento, esencial para evitar la transmisión al feto. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0.6 por 1.000 mujeres de 10 a 14 años

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.7 Acceso Universal a Atención Reproductiva, Planificación y Educación que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas distritales y nacionales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores; 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia y 3.3.8 Mantenimiento de la estrategia de prevención, control y atención de la sífilis gestacional y congénita, enfocada en los derechos sexuales y derechos reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

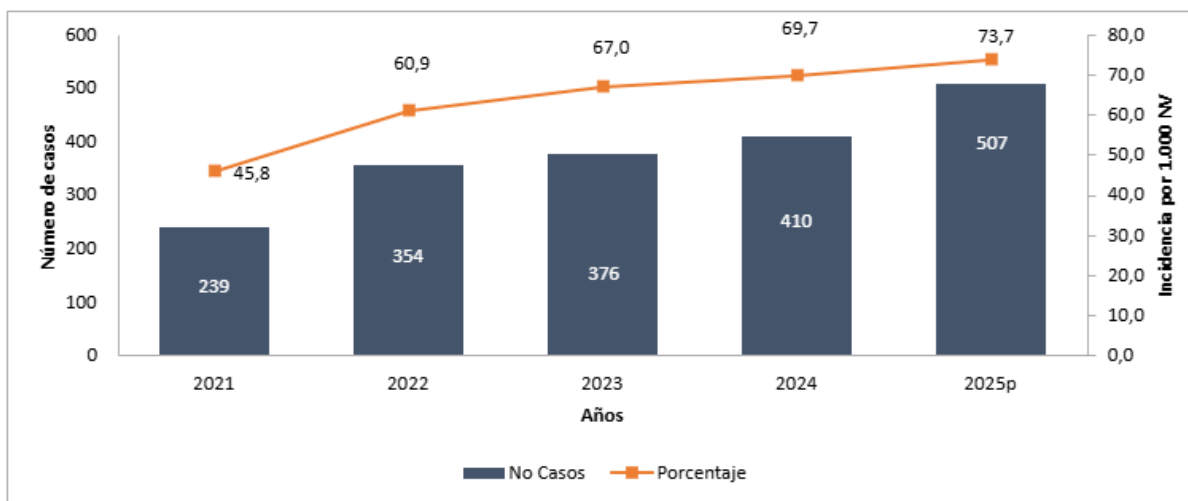
El indicador denominado Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación tiene como objetivo conocer el porcentaje de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional que inician tratamiento antes de la semana 17 de gestación en un año específico en Bogotá D.C.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{Número total de gestantes diagnosticadas con sífilis que recibieron tratamiento antes de la semana 17 de gestación en el período} / \text{Total de gestantes con sífilis en el mismo período}) \times 100$ .

La información utilizada proviene de los registros del SIVIGILA. Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a porcentaje. La meta establecida consiste en disminuir en un 25 % la incidencia de sífilis congénita para el año 2024. En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad y cuenta con desagregación por sexo, mientras que no presenta desagregación por edad, discapacidad, etnia ni zona.

Como observación, para los años 2021 a 2023 se utilizaron datos finales del SIVIGILA, y para el año 2024 se emplearon datos preliminares correspondientes a la semana epidemiológica 52, con corte en febrero de 2025.

### 1.4. Gráfica 37. Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación





Fuente: Base SIVIGILA final 2021- 2024 y Preliminar 2025p corte a semana 53 Denominador: Base 2021 a 2024 Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024 y Base EEVV-SDS 2025 dato preliminar.1.5. Análisis del indicador:

El porcentaje de gestantes tratadas antes de la semana 17 muestra una tendencia general al incremento, pasando de 47,9 % en 2019 a 73,7 % en 2025p, lo que evidencia una mejora sostenida en la oportunidad del tratamiento. Entre 2019 y 2021 se observa una estabilidad con leve descenso, coherente con las limitaciones de acceso a servicios de salud durante la pandemia. A partir de 2022, se evidencia un incremento sostenido y consistente, alcanzando valores superiores al 60 %, lo que refleja una recuperación y fortalecimiento del control prenatal temprano. En 2025p, el indicador alcanza su mejor desempeño del periodo analizado, con casi tres de cada cuatro gestantes diagnosticadas accediendo al tratamiento de manera oportuna.

A pesar del avance, el indicador muestra que aún cerca del 25 % de las gestantes diagnosticadas no acceden al tratamiento antes de la semana 17, lo que mantiene un riesgo de sífilis congénita. Esto señala la necesidad de: fortalecer la captación temprana de gestantes, especialmente en poblaciones vulnerables y con factores de riesgo, reducir barreras administrativas y de acceso al tratamiento y reforzar la búsqueda activa y el seguimiento de mujeres con diagnóstico temprano.

El porcentaje de inicio de tratamiento en este periodo evidencia el número de mujeres que se diagnostican antes de la mitad del embarazo, reduciendo la probabilidad de ser un caso de sífilis congénita, lo anterior por factores del contexto social, cultural, familiar y la respuesta en la atención integral relacionada con el acceso oportuno al tratamiento de la gestante a partir del diagnóstico.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En 2025 se consolida el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita, el cual se estructura en ejes que comprenden: i) el tamizaje y diagnóstico oportunos; ii) el acceso efectivo y oportuno al tratamiento, con énfasis en las gestantes y en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad; iii) la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de la percepción del riesgo en salud sexual y reproductiva, particularmente en hombres; y iv) el eje de divulgación, que articula las acciones de las diferentes dependencias distritales que, en el marco del ordenamiento normativo vigente, contribuyen a la atención oportuna de la sífilis gestacional y de la sífilis en la población general, con el propósito de reducir la incidencia de sífilis congénita.

Desde los equipos de Más Bienestar en Tu Hogar se continua el seguimiento a todos los casos de sífilis gestacional y se incorpora el seguimiento desde octubre a los casos de sífilis congénita, lo que permite realizar un seguimiento nominal y sistemático orientado a verificar el cumplimiento oportuno de las atenciones necesarias para la resolución integral de la enfermedad.

Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son las acciones de tamizaje de sífilis, dirigidas a población general, de forma acumulada en 2025 con corte al 29 de diciembre de acuerdo al reporte en el aplicativo SISCO, se aplicaron 68.624 pruebas rápidas de tamizaje de sífilis (aumentó en 5,4% respecto al año anterior), de estas se identificaron 1.804 casos positivos, los cuales fueron canalizados a los diferentes prestadores de servicio de salud para garantizar el acceso al tratamiento.

Se desarrollan acciones educativas en torno a promoción y prevención de ITS y entrega de más de 900.000 condones masculinos y 17.000 femeninos, se desarrollaron 9 asistencias técnicas a los equipos del Plan de intervenciones de Salud pública en el componente de la dimensión de SSR con énfasis en la prevención de ITS- específicamente tamización de sífilis por parte de los equipos de la Subredes Integradas de Atención.

De forma conjunta con laboratorio de salud pública, tuvieron lugar 11 cursos en pruebas rápidas, de acuerdo con lo definido por la resolución 1314 de 2020, dirigidas a instituciones públicas y privadas

Se evidencian resultados concretos en el fortalecimiento de la respuesta institucional frente a la sífilis congénita, en el marco de la estrategia ETMI PLUS. Durante el periodo evaluado, se logró mejorar la calidad y oportunidad de la notificación, mediante el fortalecimiento del talento humano en vigilancia, con énfasis en la correcta aplicación de la definición de caso, la clasificación y el análisis epidemiológico, reduciendo inconsistencias y reprocesos en la información reportada.

Asimismo, se consolidó la implementación de asistencias técnicas focalizadas a las UPGD con debilidades identificadas en los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de gestantes con sífilis, lo que permitió corregir fallas operativas, estandarizar prácticas conforme a los lineamientos nacionales y fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud.

En la articulación con las EAPB, fortalece el seguimiento integral de las gestantes, asegurando el cumplimiento de la tamización para infecciones de transmisión sexual (ITS)

en las frecuencias establecidas por la normativa vigente y la GPC, así como la oportunidad en el inicio del tratamiento y el control serológico, contribuyendo a la disminución del riesgo de transmisión materno-infantil.

En 2025 se ejecutaron 2 contratos jurídicos, en uno de estos se instalaron 320 dispensadores de condones en sitios de alta afluencia al público en la ciudad facilitando el acceso a estos ya que se dispensan a bajo costo, en el segundo se aplicaron 15.967 pruebas rápidas de tamizaje de sífilis en población general, los dos contratos se acompañaron de una estrategia comunicacional.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **32. Incidencia de Sífilis Congénita.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

En el Plan Territorial de Salud 2024–2027 se establece como meta para Bogotá lograr la incidencia de sífilis congénita a 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales. Este indicador expresa el resultado de las acciones de prevención de la transmisión materno infantil de la sífilis y permite evaluar la efectividad del diagnóstico y tratamiento oportunos de la sífilis gestacional. Asimismo, el indicador se articula con las directrices distritales vigentes y con el compromiso asumido por Bogotá ante la OPS para avanzar hacia la eliminación de la sífilis congénita, lo cual implica progresar hacia una incidencia inferior a 0,5 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

En el marco de la política pública, el indicador Incidencia de Sífilis Congénita, es un indicador crítico de la calidad de la atención prenatal y un grave problema de salud pública, ya que refleja fallas en la detección y tratamiento oportuno en embarazadas. Su aumento está ligado a muertes fetales, abortos, partos prematuros y secuelas graves en el recién nacido, siendo prevenible con el diagnóstico temprano

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, teniendo en cuenta la reducción de la incidencia de sífilis congénita es un indicador crítico dentro del eje de salud pública y bienestar social, para lo cual a través del Modelo de Salud Mas Bienestar se busca una atención territorializada y resolutive para reducir brechas en salud. Se relaciona con la meta del Plan Territorial de Salud 2024-2027 de Lograr la incidencia a 2 la tasa de sífilis congénita 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, Meta 3.2: Reducir la mortalidad neonatal y de menores de 5 años, la Meta 3.3: Poner fin a las epidemias de enfermedades transmisibles y la Meta 3.7: Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la educación. Al ODS 5 de Igualdad de Género teniendo en cuenta las disparidades en el acceso al control prenatal y la vulnerabilidad de las mujeres en ciertos contextos sociales que perpetúan la transmisión y al ODS 10 de Reducción de las Desigualdades, teniendo en cuenta la incidencia es mayor en poblaciones con bajo nivel socioeconómico y acceso limitado a sistemas de salud de calidad.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.15 Programa para la prevención, detección temprana, atención integral y seguimiento de niños y niñas con defectos congénitos desde las etapas preconcepcional, prenatal y primera infancia y 3.3.8 Mantenimiento de la estrategia de prevención, control y atención de la sífilis gestacional y congénita, enfocada en los derechos sexuales y derechos reproductivos.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Incidencia de sífilis congénita tiene como objetivo conocer el número de casos de sífilis congénita notificados en un determinado período de tiempo por cada 1.000 nacidos vivos y muertes fetales en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de casos de sífilis congénita notificados en un período determinado por cada 1.000 nacidos vivos.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: (Número total de casos de sífilis congénita en el período / Total de nacidos vivos más muertes fetales en el mismo período) × 1.000.

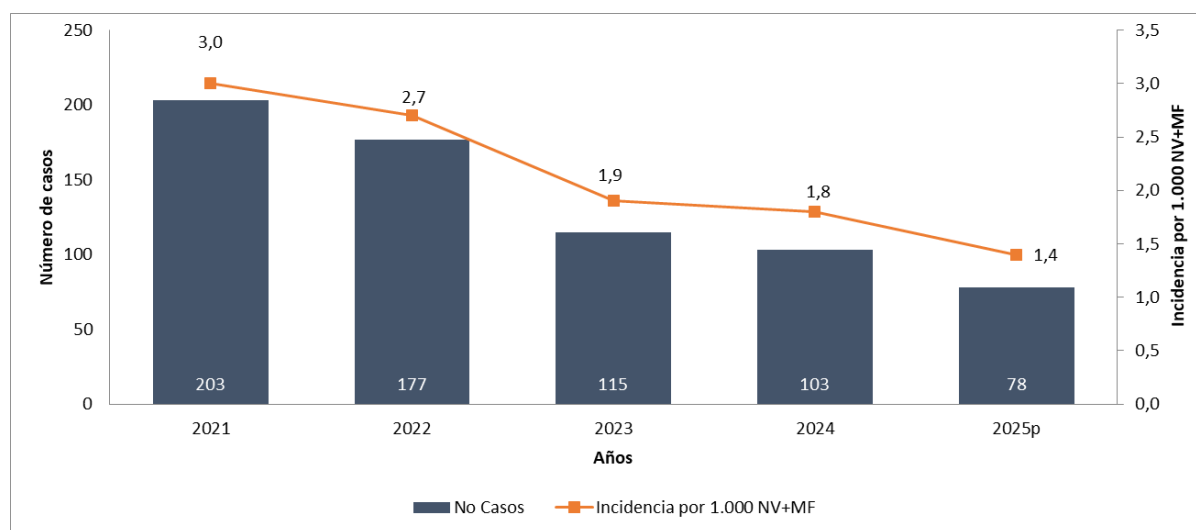
La información utilizada proviene de los registros del SIVIGILA y del sistema RUAF-ND.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a casos por cada 1.000 nacidos vivos. La meta establecida consiste en disminuir en un 25 % la incidencia de sífilis congénita para el año 2024. En relación con la desagregación, el indicador se presenta por

localidad y edad, mientras que no presenta desagregación por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

Como observación, para los años 2021 a 2023 se utilizaron datos finales del SIVIGILA y del sistema de estadísticas vitales, y para el año 2024 se emplearon datos preliminares con corte en enero de 2025.

#### 1.4. Gráfica 38. Incidencia de Sífilis congénita, 2020 a 2025p, Bogotá.



Fuente: Base SIVIGILA final 2021- 2024 y Preliminar 2025p corte a semana 53 Denominador: Base 2021 a 2024 Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024 y Base EEVV-SDS 2025 dato preliminar.

#### 1.5. Análisis del indicador:

En el periodo analizado, el año 2021 registró el punto más alto con 203 casos (tasa 3,0), posteriormente se inicia un descenso con 177 casos en 2022 (tasa 2,7) y 115 casos en 2023 (tasa 1,9). Esta tendencia descendente se mantiene en 2024, con 103 casos y una incidencia de 1,8, y se consolida en 2025 (dato preliminar) con 78 casos y una tasa de 1,4 por 1.000 NV+MF. En el periodo analizado de 2021 a 2025, la reducción en el número de casos fue del 61,5%, mientras que la tasa de incidencia disminuyó en un 53,8 %.

La mayor reducción absoluta y relativa se presenta en los hijos de madres migrantes, quienes pasan de 104 casos en 2021 a 27 casos en 2025\* (reducción del 74%), evidenciando un impacto significativo de las estrategias de captación, tamizaje y tratamiento en población migrante. No obstante, este grupo continúa representando una proporción

relevante del total de casos, lo que confirma la persistencia de condiciones de vulnerabilidad y barreras de acceso.

En los hijos de madres colombianas, la disminución también es clara, aunque más gradual, pasando de 99 casos en 2021 a 51 casos en 2025\* (reducción del 48,4%). Este comportamiento sugiere avances en la prevención de la transmisión materno-infantil, pero también indica que persisten fallas en el diagnóstico temprano y el seguimiento prenatal oportuno.

La reducción simultánea del número de casos y de la incidencia confirma que el descenso observado responde a mejoras reales en la respuesta programática, particularmente en el tamizaje prenatal, el tratamiento oportuno de la sífilis gestacional y el seguimiento del binomio madre-hijo. Sin embargo, pese a los avances, la incidencia registrada en 2025\* (1,4 por 1.000 NV+MF) indica que Bogotá aún no alcanza la meta de eliminación de la sífilis congénita (<0,5 por 1.000 NV) establecida por la OPS/OMS, lo que reafirma que se trata de un evento prevenible y altamente sensible a la calidad del control prenatal.

Es importante resaltar que el fenómeno migratorio continúa teniendo un impacto significativo en el comportamiento de la sífilis congénita en la ciudad. Para 2025, se notificaron 27 casos en población extranjera, de los cuales el 59,3 % se concentró en las localidades de Suba, Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy. Esta situación se encuentra estrechamente relacionada con barreras de acceso a los servicios de salud, dado que el 81,5 % de las madres migrantes correspondientes a estos casos no se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que incrementa el riesgo de diagnóstico tardío y de transmisión materno-infantil.

La reducción simultánea del número de casos y de la incidencia confirma que el descenso observado responde a mejoras reales en la respuesta programática, particularmente en el tamizaje prenatal, el tratamiento oportuno de la sífilis gestacional y el seguimiento del binomio madre-hijo. Sin embargo, pese a los avances, la incidencia registrada en 2025\* (1,39 por 1.000 NV+MF) indica que Bogotá aún no alcanza la meta de eliminación de la sífilis congénita (<0,5 por 1.000 NV) establecida por la OPS/OMS, lo que reafirma que se trata de un evento prevenible y altamente sensible a la calidad del control prenatal.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En 2025 se consolida el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita, el cual se estructura en ejes que comprenden: i) el tamizaje y diagnóstico oportunos; ii) el acceso efectivo y oportuno al tratamiento, con énfasis en las gestantes y en poblaciones en

situación de mayor vulnerabilidad; iii) la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de la percepción del riesgo en salud sexual y reproductiva, particularmente en hombres; y iv) el eje de divulgación, que articula las acciones de las diferentes dependencias distritales que, en el marco del ordenamiento normativo vigente, contribuyen a la atención oportuna de la sífilis gestacional y de la sífilis en la población general, con el propósito de reducir la incidencia de sífilis congénita.

Desde los equipos de MAS Bienestar en Tu Hogar se continua el seguimiento a todos los casos de sífilis gestacional y se incorpora el seguimiento desde octubre a los casos de sífilis congénita, lo que permite realizar un seguimiento nominal y sistemático orientado a verificar el cumplimiento oportuno de las atenciones necesarias para la resolución integral de la enfermedad.

Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son las acciones de tamizaje de sífilis, dirigidas a población general, de forma acumulada en 2025 con corte al 29 de diciembre de acuerdo al reporte en el aplicativo SISCO, se aplicaron 68.624 pruebas rápidas de tamizaje de sífilis (aumentó en 5,4% respecto al año anterior), de estas se identificaron 1.804 casos positivos, los cuales fueron canalizados a los diferentes prestadores de servicio de salud para garantizar el acceso al tratamiento.

Se desarrollan acciones educativas en torno a promoción y prevención de ITS y entrega de más de 900.000 condones masculinos y 17.000 femeninos, se desarrollaron 9 asistencias técnicas a los equipos del Plan de intervenciones de Salud pública en el componente de la dimensión de SSR con énfasis en la prevención de ITS- específicamente tamización de sífilis por parte de los equipos de la Subredes Integradas de Atención.

De forma conjunta con laboratorio de salud pública, tuvieron lugar 11 cursos en pruebas rápidas, de acuerdo con lo definido por la resolución 1314 de 2020, dirigidas a instituciones públicas y privadas

Se evidencian resultados concretos en el fortalecimiento de la respuesta institucional frente a la sífilis congénita, en el marco de la estrategia ETMI PLUS. Durante el periodo evaluado, se logró mejorar la calidad y oportunidad de la notificación, mediante el fortalecimiento del talento humano en vigilancia, con énfasis en la correcta aplicación de la definición de caso, la clasificación y el análisis epidemiológico, reduciendo inconsistencias y reprocesos en la información reportada.



Asimismo, se consolidó la implementación de asistencias técnicas focalizadas a las UPGD con debilidades identificadas en los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de gestantes con sífilis, lo que permitió corregir fallas operativas, estandarizar prácticas conforme a los lineamientos nacionales y fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

En la articulación con las EAPB, fortalece el seguimiento integral de las gestantes, asegurando el cumplimiento de la tamización para infecciones de transmisión sexual (ITS) en las frecuencias establecidas por la normativa vigente y la GPC, así como la oportunidad en el inicio del tratamiento y el control serológico, contribuyendo a la disminución del riesgo de transmisión materno-infantil.

En 2025 se ejecutaron 2 contratos jurídicos, en uno de estos se instalaron 320 dispensadores de condones en sitios de alta afluencia al público en la ciudad facilitando el acceso a estos ya que se dispensan a bajo costo, en el segundo se aplicaron 15.967 pruebas rápidas de tamizaje de sífilis en población general, los dos contratos se acompañaron de una estrategia comunicacional.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **33. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes.**

1.2. Párrafo introductorio:

El análisis de las primeras causas de morbilidad es básico para entender de qué y cómo es la dinámica en salud en niños, niñas y adolescentes, permite identificar inequidades estructurales, determinantes sociales, mortalidad evitable, entornos saludables, carga de enfermedad.<sup>3</sup>

En el marco de la política pública, el indicador Incidencia de Sífilis Congénita, es un indicador crítico de la calidad de la atención prenatal y un grave problema de salud pública, ya que refleja fallas en la detección y tratamiento oportuno en embarazadas. Su aumento está ligado a muertes fetales, abortos, partos prematuros y secuelas graves en el recién nacido, siendo prevenible con el diagnóstico temprano

---

3 Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud 2025.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, teniendo en cuenta la reducción de la incidencia de sífilis congénita es un indicador crítico dentro del eje de salud pública y bienestar social, para lo cual a través del Modelo de Salud Mas Bienestar se busca una atención territorializada y resolutiva para reducir brechas en salud. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, ya que busca disminuir la mortalidad infantil, ODS 2 de Hambre Cero, porque el estado nutricional y el impacto que tienen las enfermedades en la salud, ODS 3 Educación de calidad para evitar ausentismo escolar, ODS 6 agua limpias y saneamiento porque está relacionado con la enfermedades asociadas a fuentes de agua contaminadas y con el ODS 10 Reducción de Desigualdades, en relación con la incidencia en los determinantes sociales que generan inequidades con afectaciones en la salud.<sup>4</sup>

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

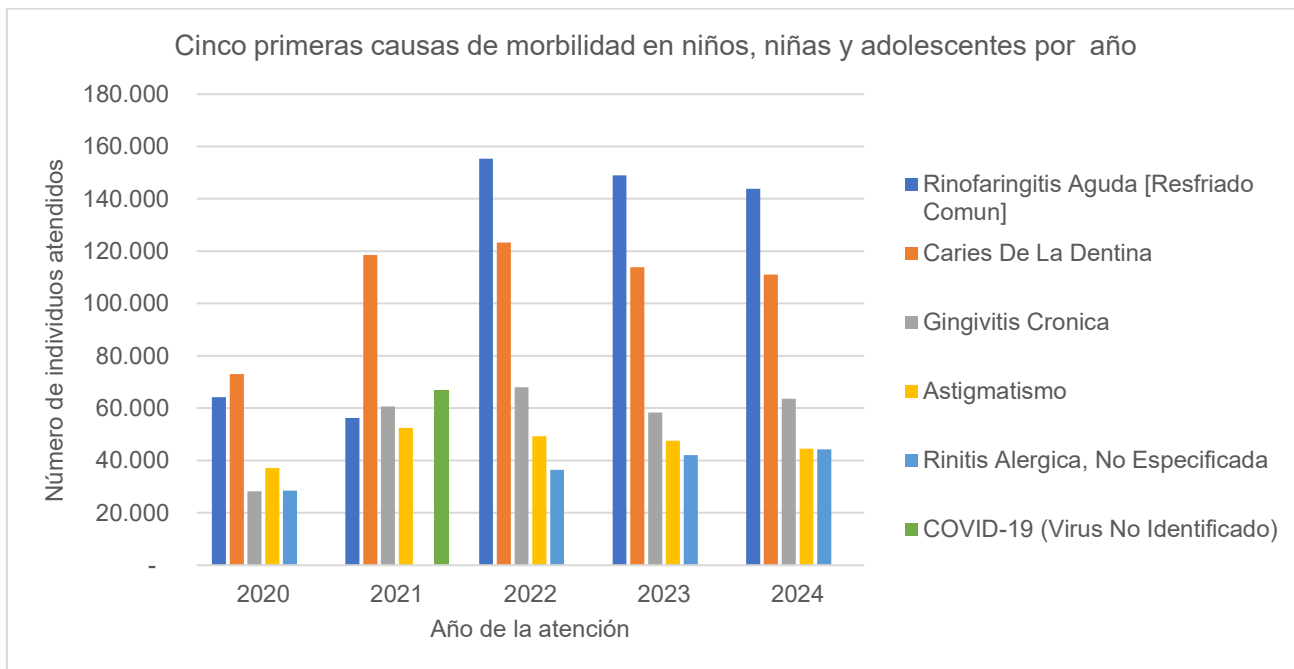
### 1.3. Descripción del indicador:

Este indicador identifica la cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes por todas las causas y tipos de consulta. Se realiza el reporte en función de los individuos atendidos en los años 2020-2024.

---

4 .Organización Panamericana de la Salud 2025; Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo s. f.

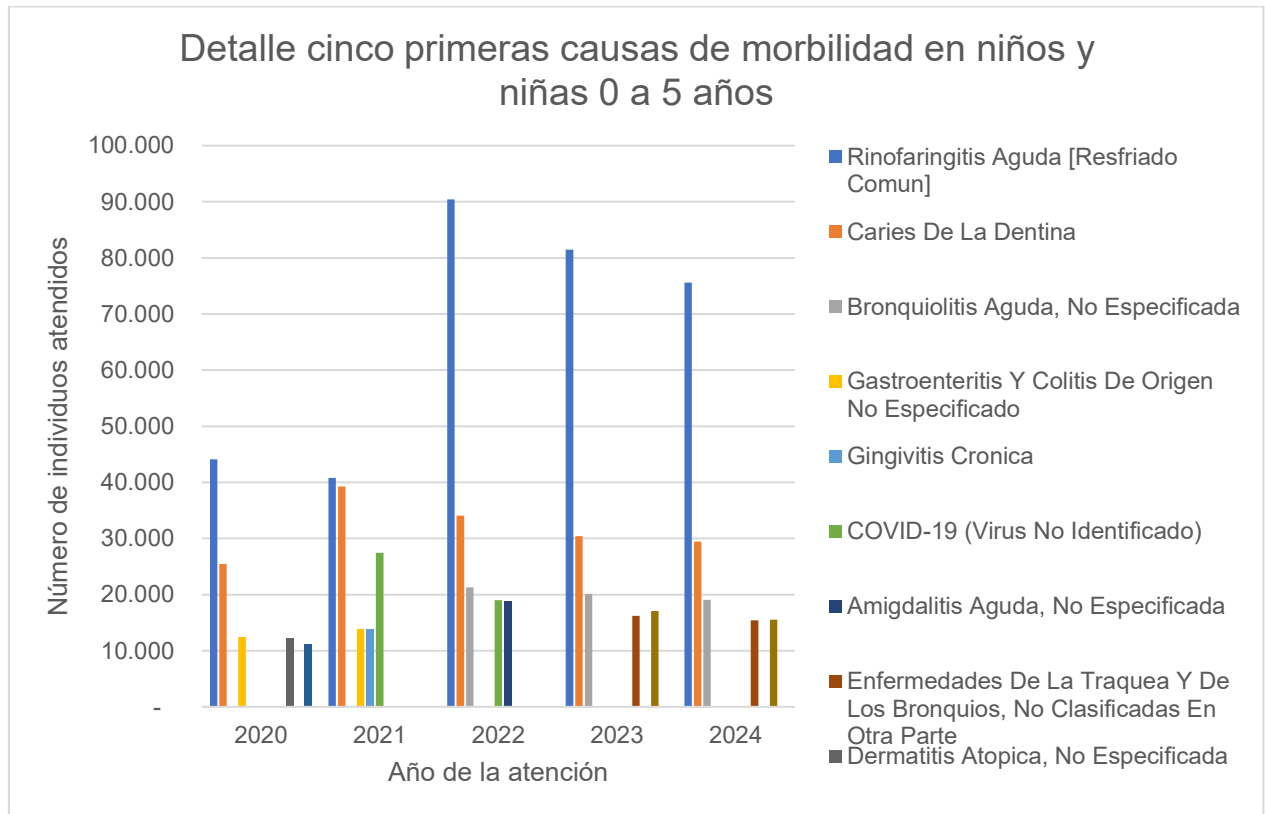
#### 1.4. Gráfica 39. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes. <sup>5</sup>



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

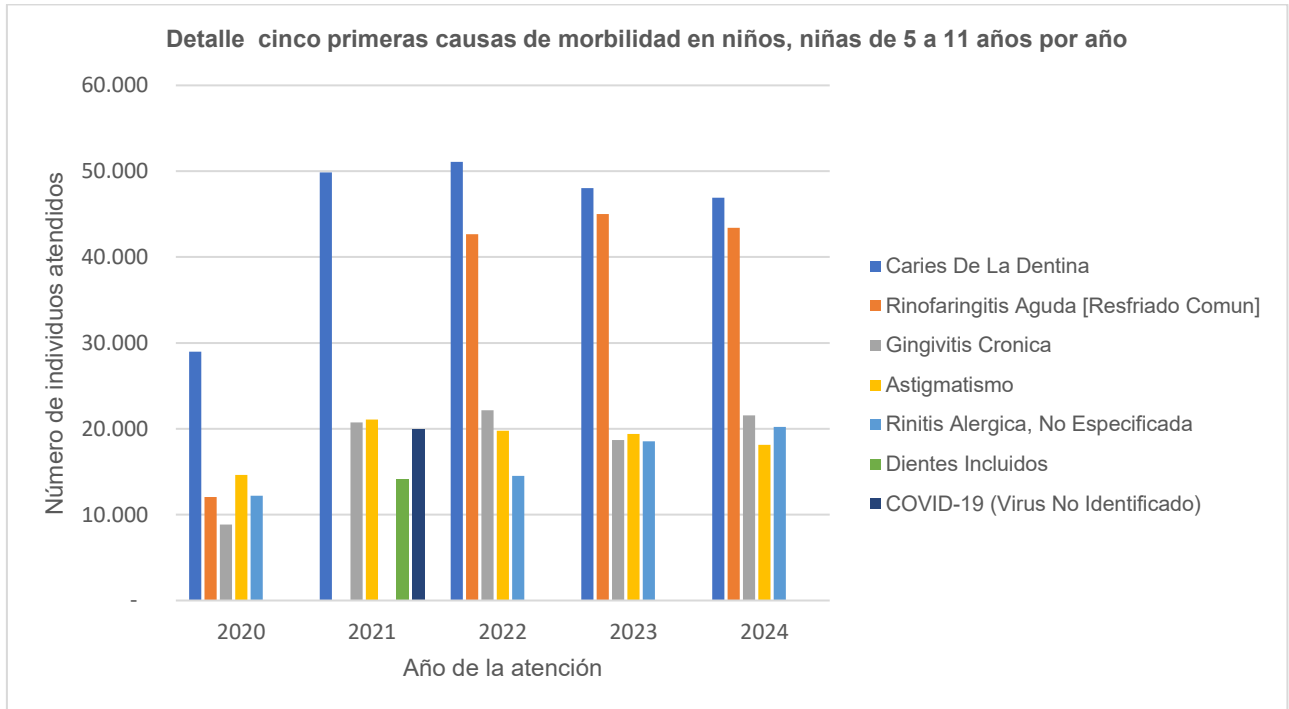
#### 1.4 Gráfica 40. Detalle cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas de 0 a 5 años.

<sup>5</sup> Durante la vigencia 2025, la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado de manera reiterada y formal diversas gestiones técnicas, administrativas e interinstitucionales ante el MSPS con el fin de garantizar la remisión integral, periódica y estructurada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS correspondientes a los servicios prestados en el Distrito Capital. Dichas gestiones han comprendido comunicaciones oficiales, solicitudes de interoperabilidad en el marco de la implementación de la Resolución 2275 de 2023 y requerimientos orientados a asegurar el flujo continuo de información en formato JSON conforme a los estándares definidos por el Ministerio. No obstante, a la fecha, el último envío de información reportado por ese Ministerio corresponde a registros con corte al 28 de febrero de 2025, con información de la vigencia 2024, evidenciándose la ausencia de remisión actualizada, completa y periódica conforme a la estructura y obligatoriedad establecida en la Resolución 2275 de 2023, el Decreto 780 de 2016 y las competencias asignadas a las entidades territoriales en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011. Esta situación configura un incumplimiento en el suministro oportuno de información estratégica requerida para el ejercicio de las funciones de rectoría, inspección, vigilancia y control, gestión del riesgo en salud, planeación financiera y evaluación de políticas públicas, afectando la capacidad institucional del Distrito Capital para garantizar la adecuada administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección efectiva del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015.



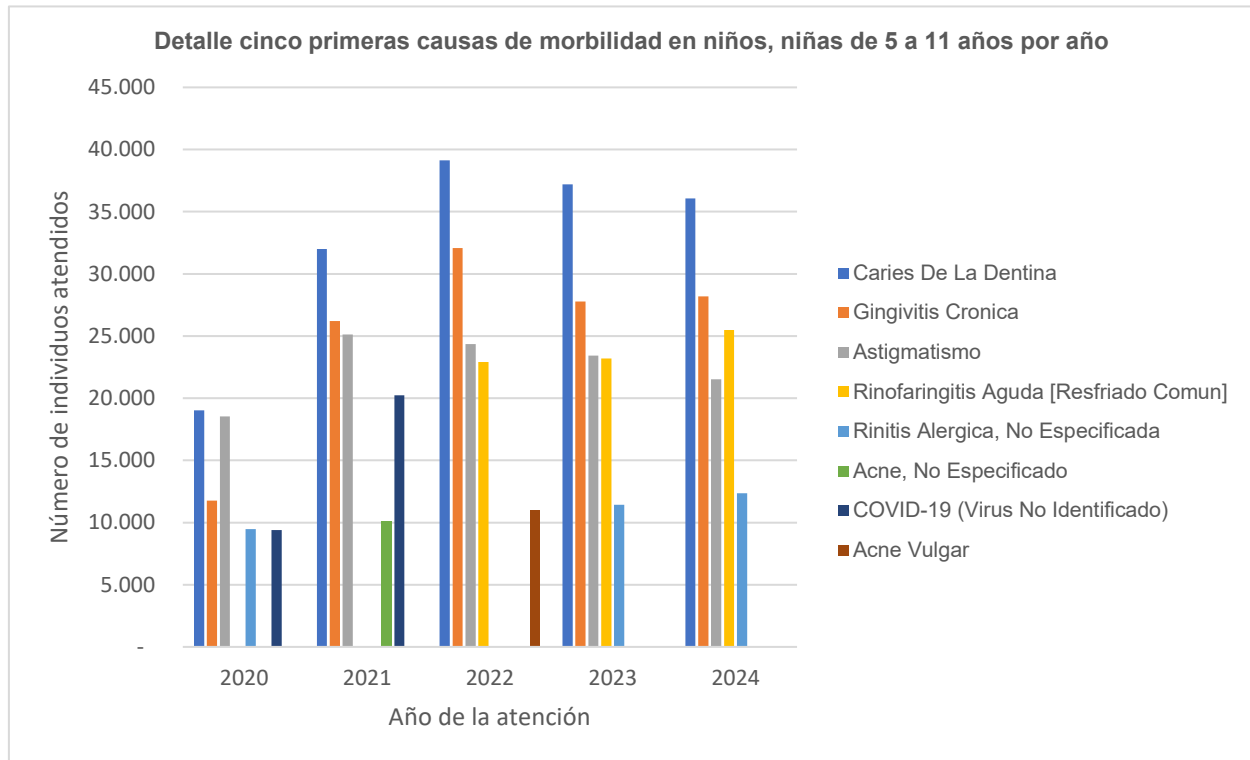
Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

1.4 Gráfica 41. Detalle cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas de 6 a 11 años.



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

#### 1.4 Gráfica 42. Detalle cinco primeras causas de morbilidad en adolescentes de 12 a 17 años.



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

Las 5 primeras causas de morbilidad atendida en niños, niñas y adolescentes en Bogotá en los últimos 5 años se muestran en la tabla 4 a continuación:

Tabla 6. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes.

Causa de morbilidad	2020	2021	2022	2023	2024
Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	64.248	56.314	155.280	148.986	143.871
Caries De La Dentina	72.987	118.566	123.266	113.904	111.044
Gingivitis Crónica	28.285	60.635	68.034	58.320	63.553
Astigmatismo	37.241	52.501	49.238	47.638	44.539
Rinitis Alérgica, No Especificada	28.491	-	36.458	42.043	44.304
COVID-19 (Virus No Identificado)	-	66.849	-	-	-

Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

### 1.5. Análisis del indicador:

Primera infancia: En este grupo, las enfermedades respiratorias concentran la mayor carga de enfermedad. La rinofaringitis aguda es el diagnóstico más frecuente en todos los años. La bronquiolitis aparece como tercera causa en 2022, 2023 y 2024. También se registran otras enfermedades respiratorias como asma y amigdalitis.

Las enfermedades bucales mantienen alta presencia: la caries de la dentina fue el segundo diagnóstico más frecuente durante todo el periodo y la gingivitis crónica aparece en 2022. Otros diagnósticos relevantes en 2020 y 2021 fueron gastroenteritis infecciosa, dermatitis atópica y deformidad congénita de la cadera.

Infancia: En esta etapa, la salud oral concentra la mayor carga de enfermedad: la caries de la dentina fue la primera causa en todos los años, con gingivitis crónica también presente de manera constante. La rinofaringitis aguda está presente en todos los años y se ubica como segunda causa en 2022, 2023 y 2024. El astigmatismo y la rinitis alérgica se registran con frecuencia, excepto esta última en 2021.

Adolescencia: Al igual que en los grupos anteriores, las patologías de salud oral encabezan la morbilidad: la caries de la dentina es la primera causa cada año y la gingivitis crónica el segundo diagnóstico, salvo en 2020, las enfermedades respiratorias como rinofaringitis y rinitis alérgica también son frecuentes. En 2021 y 2022 aparece el diagnóstico de acné, característico de este grupo de edad.

Es importante mencionar que el análisis de morbilidad depende de la calidad del registro de los RIPS, dentro de los criterios de análisis se debe excluir el capítulo de la CIE-10 XVIII que abarca Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, XX: Causas extremas de morbilidad y de mortalidad porque se considera un error incluirlo como diagnóstico principal, o por parte del capítulo XVIII, casos muy escasos y específicos, ya que al no ser preciso genera imprecisiones dentro del análisis estadístico, afectando los resultados. Sin embargo, a pesar de ello sigue estando dentro de los primeros diagnósticos registrados en el total de atenciones por lo cual con un registro diagnóstico adecuado los valores podrían cambiar. (Organización Panamericana de la Salud 1995)

Se excluye el capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, porque si bien no son un error, no son considerados enfermedad. (Organización Panamericana de la Salud 1995)



En salud pública, el enfoque de curso de vida reconoce que los riesgos en salud, la susceptibilidad inmunológica, la exposición ambiental y los agentes etiológicos predominantes varían significativamente según la etapa del desarrollo. Por ello, las patologías prioritarias en población menor de 18 años no se distribuyen de forma homogénea, sino que responden a factores propios de cada grupo etario, determinando perfiles diferenciales de morbilidad y severidad. En este marco, el indicador de cinco primeras causas de morbilidad permite identificar las principales enfermedades que afectan a cada etapa y orientar acciones de prevención y respuesta. A nivel global, la evidencia señala que en la primera infancia (0–5 años) predominan las infecciones agudas graves como la neumonía y la enfermedad diarreica, asociadas a inmadurez inmunológica y agentes como el virus sincitial respiratorio (RSV), *Streptococcus pneumoniae* y patógenos entéricos, siendo este grupo el de mayor vulnerabilidad y riesgo de hospitalización y mortalidad. En etapas posteriores, especialmente en adolescentes, se describe una transición hacia una mayor carga de lesiones, problemas de salud mental y condiciones no transmisibles emergentes, manteniéndose también la circulación estacional de infecciones respiratorias.

En contraste con este perfil general descrito en la literatura, los análisis locales realizados a partir de los RIPS en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá evidencian que, en la población de 6 a 17 años, predominan diagnósticos asociados a condiciones prevenibles y no transmisibles del entorno escolar y comunitario, como las afecciones dentales, los trastornos de refracción y las lesiones en piel. Estos hallazgos resaltan la importancia de que los indicadores por curso de vida no solo respondan a patrones globales, sino que incorporen la realidad epidemiológica distrital, permitiendo orientar intervenciones integrales de promoción, prevención y atención acorde con las necesidades específicas de la población infantil y adolescente en Bogotá.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores

Es importante mencionar que el análisis de morbilidad depende de la calidad del registro de los RIPS, dentro de los criterios de análisis se debe excluir el capítulo de la CIE-10 XVIII de la abarca Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, XX: Causas extremas de morbilidad y de mortalidad porque se considera un error incluirlo como diagnóstico principal, o por parte del capítulo XVIII, casos muy escasos y específicos, ya que al no ser preciso genera imprecisiones dentro del análisis estadístico, afectando los resultados. Sin embargo, a pesar de ello sigue estando dentro de los primeros diagnósticos registrados en el total de atenciones por lo cual con un registro diagnóstico adecuado los valores podrían cambiar. (Organización Panamericana de la Salud 1995)

Se excluye el capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, porque si bien no son un error, no son considerados enfermedad. (Organización Panamericana de la Salud 1995)

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **34. Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por EDA.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por EDA es un evento centinela de la salud infantil, ya que se trata de una condición altamente prevenible mediante intervenciones básicas que pueden implementarse desde el primer nivel de atención. Sin embargo, la EDA también está estrechamente relacionada con las condiciones de vida y los entornos comunitarios, involucrando factores como la calidad y disponibilidad de fuentes de agua, servicios de saneamiento, seguridad y soberanía alimentaria, prácticas de lavado de manos, educación de la familia y estado de vacunación.<sup>6</sup>

La PPPIA promueve el desarrollo integral de la primera infancia, infancia y adolescencia. En este marco, cuando un menor de 5 años es hospitalizado por EDA, es necesario evaluar si el entorno en el que crece cuenta con condiciones adecuadas de agua y saneamiento, si existe riesgo de brotes, si sus alimentos son seguros para el consumo y, en general, si las condiciones sociales garantizan su desarrollo integral. La hospitalización por EDA supone una interrupción del curso de vida, con riesgo de retraso en el crecimiento, desnutrición y complicaciones por deshidratación.<sup>7</sup>

En relación con el PDD 2024–2027 “Bogotá Camina Segura”, este propone un diagnóstico de la situación de la niñez y adolescencia para fortalecer la atención integral, la garantía de derechos y la reducción de desigualdades. La hospitalización por EDA, al ser un evento evitable, permite evaluar el desempeño del sistema de salud y las brechas sociales y territoriales que influyen en el derecho a la salud y el desarrollo integral de la primera infancia.

Este indicador se articula con varios ODS. Se relaciona principalmente con el ODS 3: Salud y Bienestar, al abordar la reducción de muertes evitables en menores de 5 años y promover

<sup>6</sup> .(Enfermedades diarreicas, s. f.; Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, 2025)

<sup>7</sup> (Enfermedades diarreicas, s. f.; Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2023-2033, s. f.)

la cobertura sanitaria universal. También se vincula con el ODS 10: Reducción de desigualdades, dado su vínculo con las condiciones de vida; el ODS 6: Agua limpia y saneamiento, por el riesgo de transmisión y el acceso a hidratación segura; y el ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles, ya que permite evaluar los entornos donde crecen niñas y niños.<sup>8</sup>

Una de las limitaciones de 2025 es la falta de información brindada por el Ministerio de Salud y Protección Social, obedece a que desde 28 de febrero de 2024 no ha entregado la información de RIPS consolidados de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2275 de 2023, la cual indica que se debe enviar a los entes territoriales con el fin de soportar las funciones de inspección, vigilancia y control, así como los procesos de análisis, seguimiento, planeación y toma de decisiones en el ámbito territorial.<sup>9</sup>

En el marco de la política pública, el indicador. Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por EDA, tiene una relevancia en la Agenda Pública, que permite tener un panorama general de la atención primera en salud, ya que evidencia las posibles fallas en la prevención y promoción, funcionamiento de unidades de rehidratación oral, así como su asociación a problemáticas de equidad y desarrollo, por la falta de agua potable, saneamiento básico y desnutrición.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, teniendo en cuenta la reducción de la incidencia de sífilis congénita es un indicador crítico dentro del eje de salud pública y bienestar social, para lo cual a través del Modelo de Salud Mas Bienestar se busca una atención territorializada y resolutive para reducir brechas en salud. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, ya que busca disminuir la mortalidad infantil, ODS 2 de Hambre Cero, porque el estado nutricional y el impacto que tienen las enfermedades en la salud, ODS 3 Educación de calidad para evitar ausentismo escolar, ODS 6 agua limpias y saneamiento porque está relacionado con la enfermedades asociadas a fuentes de agua contaminadas y con el ODS 10 Reducción de Desigualdades, en relación con la incidencia en los determinantes sociales que generan inequidades con afectaciones en la salud.<sup>10</sup>

---

8 Organización Panamericana de la Salud, s. f.; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s. f.

9 Resolución 2275 de 2023, s. f.

10 .Organización Panamericana de la Salud 2025; Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo s. f.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador tiene como objetivo conocer el porcentaje de hospitalización en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda en un año específico en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas menores de cinco años hospitalizados por esta causa en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, en relación con el total de niños y niñas menores de cinco años hospitalizados por todas las causas en el mismo periodo, considerando individuos atendidos.

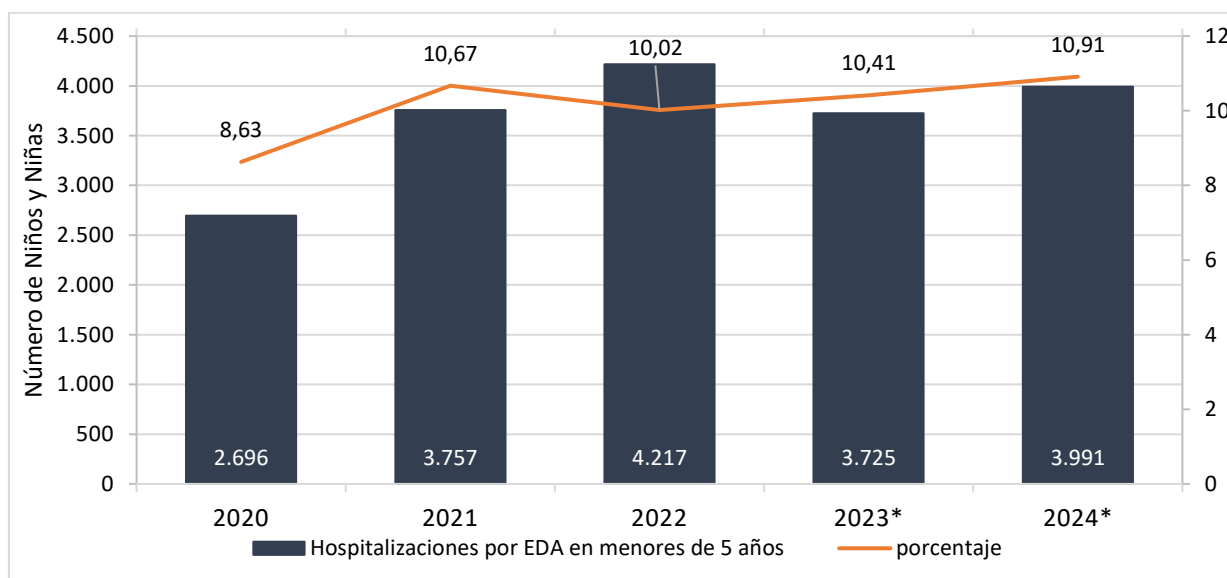
El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{Número total de niñas y niños menores de cinco años hospitalizados por EDA} \div \text{Número total de niñas y niños menores de cinco años hospitalizados en el mismo periodo por todas las causas}) \times 100$ .

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2015, presenta una tendencia estable y su unidad de medida corresponde al porcentaje. No cuenta con una meta definida. En relación con la desagregación, el indicador se presenta por grupos de edad, considerando exclusivamente a la población menor de cinco años, y no se desagrega por localidad, sexo, discapacidad, etnia ni zona. No se considera pertinente la desagregación por localidad, dado que la información se encuentra organizada según la ubicación del prestador y no según el lugar de residencia del menor, lo que podría inducir a errores en la interpretación.

Como observaciones, la información proviene de los registros de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, los cuales se actualizan de manera permanente y están sujetos a procesos de control de calidad y validación, por lo que los resultados pueden variar según la fecha de corte. El cálculo del total de individuos atendidos se realiza a partir

de números únicos de identificación, lo cual no equivale a la sumatoria de atenciones, debido a que una misma persona puede haber sido atendida en más de una ocasión, por diferentes prestadores o haber cambiado de grupo etario en el mismo año. Asimismo, la selección de los prestadores se basa en criterios administrativos que permiten identificar las atenciones realizadas en la ciudad de Bogotá, y el número de registros se obtiene mediante recuento distinto para evitar duplicidades.

#### 1.4. Gráfica 43. Hospitalizaciones por EDA en menores de 5 años.<sup>11</sup>



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

<sup>11</sup> Durante la vigencia 2025, la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado de manera reiterada y formal diversas gestiones técnicas, administrativas e interinstitucionales ante el MSPS con el fin de garantizar la remisión integral, periódica y estructurada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS correspondientes a los servicios prestados en el Distrito Capital. Dichas gestiones han comprendido comunicaciones oficiales, solicitudes de interoperabilidad en el marco de la implementación de la Resolución 2275 de 2023 y requerimientos orientados a asegurar el flujo continuo de información en formato JSON conforme a los estándares definidos por el Ministerio. No obstante, a la fecha, el último envío de información reportado por ese Ministerio corresponde a registros con corte al 28 de febrero de 2025, con información de la vigencia 2024, evidenciándose la ausencia de remisión actualizada, completa y periódica conforme a la estructura y obligatoriedad establecida en la Resolución 2275 de 2023, el Decreto 780 de 2016 y las competencias asignadas a las entidades territoriales en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011. Esta situación configura un incumplimiento en el suministro oportuno de información estratégica requerida para el ejercicio de las funciones de rectoría, inspección, vigilancia y control, gestión del riesgo en salud, planeación financiera y evaluación de políticas públicas, afectando la capacidad institucional del Distrito Capital para garantizar la adecuada administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección efectiva del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015.

### 1.5. Análisis del indicador:

El análisis del indicador muestra tendencia al aumento de hospitalizaciones por EDA entre 2020 (8,63 %) y 2021 (10,67 %), el menor porcentaje en 2020 se asocia a las medidas de distanciamiento social por la pandemia y el incremento posterior se relaciona con la flexibilización de esas medidas. En 2022 se observa un leve descenso (10,02 %), seguido de incrementos en 2023 (10,41 %) y 2024 (10,91 %). El año 2024 representa el mayor valor del periodo, con un aumento del 4,58 % respecto al 2023. En 2024 se observa un aumento de casos en septiembre, octubre, noviembre y otro en marzo-abril.

.Los diagnósticos más frecuentes fueron gastroenteritis y colitis de origen no especificado, seguidos por otras afecciones intestinales específicas y gastroenteritis de origen infeccioso. Esto resulta relevante, ya que a partir del registro de morbilidad no es posible identificar con precisión el agente etiológico, lo cual puede reflejar limitaciones en el registro diagnóstico. Idealmente, el registro en el RIPS debería incluir el diagnóstico CIE-10 de la enfermedad y el agente causal cuando se ha identificado.(Organización Panamericana de la Salud, 1995)

Aunque el aumento en 2024 es discreto, puede estar relacionado con problemas de acceso a servicios de salud, calidad de la atención del primer nivel, o con inequidades que afectan las condiciones de vida de la primera infancia, como falta de acceso a agua segura y saneamiento básico. No obstante, también puede tener un efecto positivo al reflejar una mayor identificación de casos y una reducción de mortalidad por EDA en menores de 5 años.<sup>12</sup>

### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para enfermedades infecciosas y del Plan Distrital de Preparación y Respuesta frente al pico epidemiológico respiratorio y de Enfermedad Diarreica Aguda, se desarrollaron de manera permanente acciones de asistencia técnica, seguimiento y fortalecimiento dirigidas a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y a su red de IPS, orientadas a

---

<sup>12</sup> (Enfermedades diarreicas, s. f.; Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, 2025; Organización Panamericana de la Salud, s. f.)

garantizar la capacidad resolutive, la oportunidad en la atención y la gestión integral del riesgo en salud. Entre las principales actividades desarrolladas se destacan:

- Emisión de lineamientos técnicos y administrativos: Expedición de la Circular 012 del 21 de marzo de 2025, mediante la cual se instó a las EAPB y su red de IPS a intensificar las acciones de prevención, manejo clínico y control de la Infección Respiratoria Aguda y la optimización de servicios de salud en el Distrito Capital, en el marco del fortalecimiento de la respuesta institucional durante los picos epidemiológicos respiratorios y emisión de la Circular 015 del 10 de abril de 2025, a través de la se insto a la demás sectoriales a intensificar las acciones para la prevención de la Infección Respiratoria Aguda en el talento humano de los diferentes sectores del Distrito Capital.
- En el marco de estas circulares, se impartieron instrucciones a las EAPB y a su red de IPS, orientadas a: Fortalecimiento de la respuesta institucional, priorización de poblaciones de riesgo, especialmente en lo relacionado con la intensificación del seguimiento nominal a menores de 5 años, especialmente menores de 1 año, prematuros, niños con desnutrición, patologías crónicas, niños con esquemas de vacunación incompletos y niños con reingresos a servicios de salud por IRA, fortalecimiento del manejo clínico y la calidad de la atención, fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica y búsqueda activa de casos de IRA, iimplementar estrategias de prevención de IRA y canalización hacia vacunación, activación de estrategia de educación y comunicación del riesgo y acciones intersectoriales, iimplementar estrategias de descongestión de los servicios de urgencias y de sus áreas de espera, activar y optimizar las Salas ERA, optimizar los procesos y servicios de salud en los diferentes ámbitos de atención.
- Seguimiento a la capacidad instalada y ocupación hospitalaria pediátrica: Se realizó seguimiento diario al indicador de ocupación hospitalaria pediátrica y de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), con énfasis en las IPS priorizadas. En relación con la capacidad instalada de camas de hospitalización pediátrica, al 31 de diciembre de 2025 se registraron 1438 camas habilitadas, lo que representó una disminución del 2,0 % frente al año 2024 (30 camas menos), cuando se contaban 1468 camas. Durante 2025, la capacidad instalada alcanzó una expansión máxima de 1516 camas, de acuerdo con las dinámicas de habilitación y operación del servicio.
- Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. En relación con la capacidad instalada de camas de UCI pediátrica, al 31 de diciembre de 2025 se registraron 243 camas habilitadas, lo que representó un aumento del 0,4 % frente al año 2024 (una cama adicional), cuando se contaban 242 camas. Durante 2025, la capacidad instalada alcanzó una expansión máxima de 264 camas, de acuerdo con las dinámicas de habilitación y operación del servicio.



En el comportamiento reciente de los servicios de pediatría frente a las camas habilitadas, no se registran cambios. Realización de visitas a 40 IPS ambulatorias y de urgencias priorizadas, con seguimiento interdisciplinario (pediatría, nutrición y enfermería) a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) de IRA, EDA y Desnutrición, así como a la implementación de planes de respuesta al pico epidemiológico respiratorio y planes de mejora derivados de casos de mortalidad por IRA, en las que además se brindó orientación técnica y se generó retroalimentación frente a los hallazgos encontrados en historias clínicas.

- En el marco de la alta demanda y ocupación en de servicios hospitalarios se estableció los grupos GAMA con el fin de realizar acompañamiento operativo a los servicios hospitalarios más sensibles, mejorar la oportunidad por parte de IPS y EAPB en procesos administrativos para atención en pacientes en ámbito hospitalario, realizar monitoreo de servicios (ocupación y rotación de camas), impulsar la utilización de servicios de atención domiciliaria en casos en los que cumplan con criterios clínicos y administrativos, y en fin mejorar la optimización de los servicios de salud.
- Se desarrollaron siete (7) espacios de fortalecimiento técnico, con una participación registrada acumulada de más de 3.000 asistentes, personas del Talento Humano en Salud, incluyendo profesionales de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería, pediatras, terapeutas respiratorios y funcionarios de EAPB e IPS.
- Desde las Secretaría Distrital de Salud se continuó con la gestión, arrendamiento, distribución y uso adecuado de ventiladores y monitores adquiridos durante la pandemia por COVID-19, garantizando su disponibilidad para la atención de eventos respiratorios en la red de servicios de salud.

#### 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **35. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de 5 años.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La mortalidad por EDA en menores de cinco años es un indicador clave para evaluar condiciones de salud infantil, acceso a agua segura, saneamiento básico, vacunación y atención oportuna. Su monitoreo permite identificar riesgos en poblaciones vulnerables y territorios con barreras sociales. Se relaciona con el ODS 3 y con políticas distritales orientadas a reducir muertes prevenibles en primera infancia.

En el marco de la política pública, el indicador. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de 5 años. Tiene una alta importancia ya que refleja la equidad social, la calidad

de vida y la eficacia de la gestión pública en salud. Al ser una causa de muerte mayormente prevenible, altas tasas evidencian deficiencias en el acceso a agua potable, saneamiento básico, nutrición adecuada y atención médica oportuna

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, ya que busca reducir la morbilidad infantil, incluyendo la asociada a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), mediante programas de nutrición y atención integral. Se relaciona con la meta estratégica de Reducir la proporción de Desnutrición Aguda en menores de 5 años a 1,6%

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, ya que busca disminuir la mortalidad infantil, ODS 2 de Hambre Cero, porque el estado nutricional y el impacto que tienen las enfermedades en la salud, ODS 3 Educación de calidad para evitar ausentismo escolar, ODS 6 agua limpias y saneamiento porque está relacionado con la enfermedades asociadas a fuentes de agua contaminadas y con el ODS 10 Reducción de Desigualdades, en relación con la incidencia en los determinantes sociales que generan inequidades con afectaciones en la salud.<sup>13</sup>

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años tiene como objetivo conocer el número de muertes de niños y niñas menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda en un periodo determinado, por cada cien mil menores de

---

13 .Organización Panamericana de la Salud 2025; Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo s. f.

cinco años, en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de muertes en menores de cinco años cuya causa básica fue una enfermedad infecciosa intestinal.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: (Número total de muertes en menores de cinco años cuya causa básica fue una enfermedad infecciosa intestinal en un año / Población total menor de cinco años en el mismo año)  $\times$  100.000.

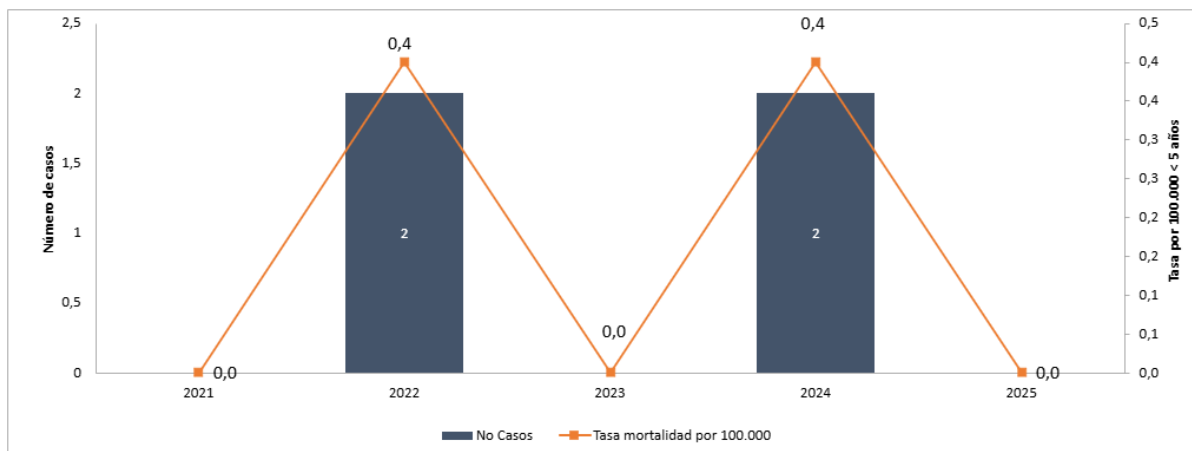
La fuente de este indicador es RUAF-ND – Sistema de Estadísticas Vitales SDS. El indicador se construye a partir de las defunciones en menores de cinco años cuya causa básica corresponde a EDA (CIE-10 A00-A09), considerando variables como grupo etario, sexo, localidad de residencia, pertenencia étnica y año de ocurrencia. Estas desagregaciones permiten identificar patrones territoriales y diferenciales, así como posibles brechas asociadas a condiciones sociales y poblacionales específicas.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de mortalidad. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia decreciente y su unidad de medida corresponde a una tasa por cada cien mil menores de cinco años. No cuenta con una meta definida.

Como observaciones, se realiza el retrocálculo del indicador a partir del año 2006 con base en el reporte poblacional del Censo DANE 2018, lo cual explica las diferencias con datos presentados en informes de vigencias anteriores entre 2017 y 2021 en respuesta al Acuerdo 238 de 2006 del Sistema de Monitoreo Infantil y Adolescente. La información correspondiente a los periodos 2021 y 2022 proviene del aplicativo RUAF-ND y del sistema de estadísticas vitales con bases finales publicadas en diferentes fechas. Para el año 2023 se utilizan bases finales publicadas en diciembre de 2024, y para el año 2024 se emplean bases preliminares ajustadas en enero de 2025.

Asimismo, se señala que el valor correspondiente al año 2021 se relaciona con el Censo DANE 2018 y el periodo pospandemia por COVID-19. Los datos correspondientes al periodo 2025 son preliminares, con corte de información ajustado al 09-01-2026. El cierre definitivo depende de la publicación final del DANE, una vez se completen los procesos de confirmación diagnóstica, incluyendo resultados de necropsias clínicas y médico legales, los cuales pueden modificar el número total de muertes reportadas para este año, ya sea aumentando o disminuyendo la cifra final.

1.4. Gráfica 44. Número de defunciones y tasas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, Bogotá. 2021- 2025\*



Fuente: DANE – Registro Único de Afiliados (RUAF-ND), Sistema de Estadísticas Vitales. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), Estadísticas Vitales (EEVV). Datos finales publicados para los años 2021–2024 y datos preliminares ajustados para 2025 (corte 09-01-2026).

### 1.5. Análisis del indicador:

Durante el periodo 2021–2025, para el total acumulado enero – diciembre, se observó un comportamiento dinámico: 2021: 0 casos, 2022: 2 casos (tasa: 0,4), 2023: 0 casos, 2024: 2 casos (tasa: 0,4), uno no atribuible epidemiológicamente a EDA comunitaria, 2025\*: 0 casos.

En Bogotá, durante el periodo 2021–2025, este indicador se ha mantenido en niveles extremadamente bajos, con eventos esporádicos y ausencia de una tendencia creciente, lo cual refleja avances importantes en prevención, control y fortalecimiento de la atención integral. No obstante, es importante precisar que algunas defunciones registradas en la fuente RUAF con códigos compatibles con EDA requieren análisis epidemiológico detallado, ya que en ciertos casos la diarrea puede aparecer como manifestación secundaria dentro de cuadros neonatales complejos o patologías de base. Por esta razón, la Secretaría Distrital de Salud prioriza en su análisis aquellos casos confirmados como muertes atribuibles a EDA infecciosa adquirida en la comunidad, mediante procesos de unidad de análisis y revisión clínica integral.

El análisis cualitativo de los casos confirmados evidencia que, cuando ocurren defunciones atribuibles a EDA, estas suelen concentrarse en contextos de alta vulnerabilidad social y barreras estructurales, especialmente en población indígena y condiciones de alojamiento temporal.

En síntesis, aunque el comportamiento global del indicador es favorable y se mantiene en niveles cercanos a cero, persisten alertas diferenciales en poblaciones vulnerables donde

confluyen determinantes sociales, barreras culturales y limitaciones en la calidad y oportunidad de la atención. Esto justifica mantener la vigilancia activa, el enfoque integral e intersectorial y las acciones focalizadas en territorios y grupos poblacionales con mayor riesgo, con el fin de prevenir muertes evitables por EDA en la primera infancia.

Este indicador se encuentra estrechamente vinculado con otros resultados trazadores del estado de salud infantil y del desempeño del sistema de atención en primera infancia, tales como: la morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (evento 998), la carga de hospitalización general y UCI pediátrica asociada a EDA, la implementación y resolutivez de estrategias como Salas de rehidratación oral, las coberturas de vacunación en población infantil, y el cumplimiento efectivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud para la Primera Infancia (RIAS), particularmente en lo relacionado con promoción, prevención, detección temprana y atención oportuna de enfermedades respiratorias.

En este sentido, la mortalidad por EDA no debe interpretarse de forma aislada, sino como un resultado final de un conjunto de determinantes clínicos, sociales y del desempeño institucional.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La respuesta institucional frente a la mortalidad por EDA se ha desarrollado mediante un abordaje integral que articula vigilancia epidemiológica, análisis de calidad de atención, fortalecimiento de servicios y estrategias preventivas por lo anterior desde el sector salud se realizaron en 2025 las siguientes actividades:

- Seguimiento estricto de las defunciones mediante el cruce sistemático de información entre SIVIGILA y RUAF-ND, junto con el desarrollo de unidades de análisis para cada caso en menores de cinco años cuya causa básica de muerte corresponde a enfermedad diarreica aguda (EDA). Este proceso tiene como objetivo identificar determinantes sociales, factores de riesgo en salud y condiciones psicosociales de vulnerabilidad, así como posibles demoras asociadas a la oportunidad y calidad de la atención, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y orientar acciones institucionales para la prevención de muertes evitables.
- Se mantiene monitoreo semanal de morbilidad EDA, carga sobre urgencias, hospitalización y UCI pediátrica, permitiendo anticipar picos estacionales.
- Implementación de la estrategia de Salas Rehidratación Oral como un componente clave en la atención oportuna de la infección gastrointestinales aguda en menores de cinco años, al fortalecer la capacidad resolutive ambulatoria y prevenir complicaciones graves.

- Fortalecimiento de la vigilancia centinela de Rotavirus, con capacitación continua en instituciones centinela.
- Seguimiento semanal a metas de vacunación contra Rotavirus en las 20 localidades.
- Se identifican alertas estructurales en albergues y población indígena relacionadas con saneamiento, prácticas culturales y baja adherencia a programas de crecimiento y desarrollo.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **36. Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por IRA.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por IRA es un evento trazador de la salud infantil, su importancia radica en que es un evento altamente prevenible y manejable desde la atención primaria en salud. El hecho de que un niño o niña termine en una hospitalización puede reflejar brechas en el acceso oportuno a los servicios de salud, fallas en las acciones de prevención y permite, además, evaluar la capacidad resolutive de los niveles básicos de atención incluso de manera más precisa que la incidencia de la IRA.<sup>14</sup>

El Plan Distrital de Desarrollo (PDD) 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” propone un diagnóstico de la situación de la niñez y adolescencia en la ciudad para avanzar hacia una atención integral a la infancia con garantía de derechos y reducción de desigualdades. La hospitalización por IRA resulta relevante en este marco porque, al ser un evento prevenible y permite entender si el sistema de salud garantiza de manera efectiva la protección de los menores de 5 años, uno de los grupos poblacionales más vulnerables frente a la IRA.<sup>15</sup>

Con respecto a los ODS, el indicador de hospitalización en menores de 5 años se articula principalmente con el número 3 de salud y bienestar, con la meta de reducción de muertes evitables en menores de 5 años y la búsqueda de una cobertura sanitaria universal que garantice el derecho a la salud. Igualmente, se relaciona con el ODS 10 de reducción de desigualdades, dado que implica disminuir inequidades sociales y garantizar el acceso a servicios de salud. También con el ODS 6 de agua y saneamiento y ODS 11 Ciudades y

---

14 Organización Panamericana de la Salud s. f.; Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud 2025.  
15 Organización Panamericana de la Salud s. f.; Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura s. f.; Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud 2025.

comunidades sostenibles por la relación con los entornos saludables y el riesgo de complicaciones de IRA.<sup>16</sup>

Finalmente, es importante especificar que la IRA presenta comportamientos estacionales con circulación de virus respiratorios. Esto repercute en la congestión de los servicios de salud y el riesgo que representa para un sistema inmune inmaduro lidiar con virus respiratorios.<sup>17</sup>

En el marco de la política pública, el indicador Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por IRA, es un indicador político y epidemiológico que mide la calidad de la atención primaria, el acceso a la salud y la efectividad de las estrategias de prevención. Una alta tasa refleja fallas en la detección temprana y carga financiera para el sistema sanitario.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, ya que busca mejorar la salud infantil, incluyendo la reducción de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la Meta 3.2 ya que busca poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años; Meta 3.8 de Cobertura Sanitaria Universal, ya que el acceso a vacunas y tratamientos para la IRA es fundamental para evitar complicaciones que deriven en hospitalizaciones costosas o muertes y Meta 3.9 porque relaciona la salud respiratoria con la contaminación del aire (interior y exterior), que es un factor de riesgo crítico que aumenta la incidencia de IRA grave en niños.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la

---

16 Objetivos de Desarrollo Sostenible - OPS/OMS Material científico técnico - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud s. f.

17 Arrieta-Flórez y Caro-Gómez 2010



promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3 Descripción del indicador

El indicador denominado Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por IRA tiene como objetivo conocer el porcentaje de hospitalización en menores de cinco años por Infecciones Respiratorias Agudas en un año específico en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas menores de cinco años hospitalizados por infecciones respiratorias agudas en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, en relación con el total de niños y niñas menores de cinco años hospitalizados por todas las causas en el mismo periodo, considerando individuos atendidos.

Se calcula a partir del Número total de niñas y niños menores de cinco años hospitalizados por IRA / Número total de niñas y niños menores de cinco años hospitalizados en el mismo periodo por todas las causas  $\times 100$ .

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia creciente y su unidad de medida corresponde al porcentaje. No cuenta con una meta definida. En relación con la desagregación, el indicador se presenta por grupos de edad, considerando a la población de cero a cinco años, y no se desagrega por localidad, sexo, discapacidad, etnia ni zona.

Como observaciones, la información proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, regulados por la Resolución 3374 de 2000, y se encuentra sujeta a procesos permanentes de actualización, control de calidad y validación, por lo que los resultados pueden variar según la fecha de corte. El cálculo del total de individuos atendidos se realiza a partir de números únicos de identificación, lo cual no equivale a la sumatoria de atenciones, debido a que una misma persona puede haber sido atendida por diferentes prestadores o haber cambiado de grupo etario dentro del mismo año.

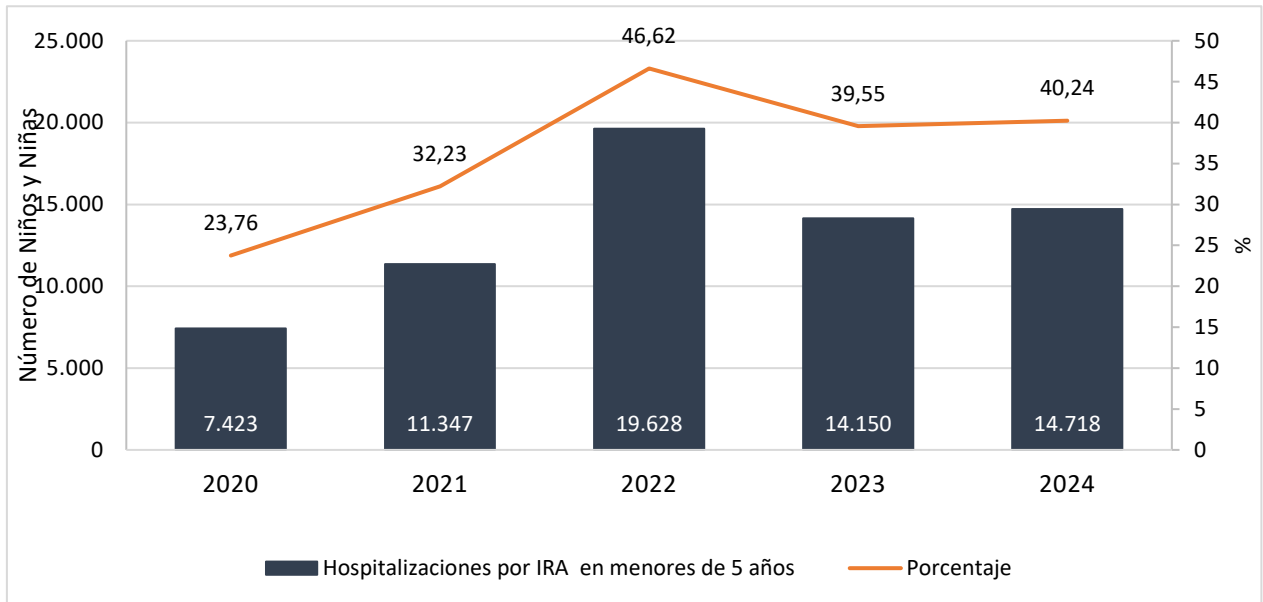
Para la extracción de la información se aplican criterios estandarizados que permiten identificar las atenciones tipo hospitalización en menores de cinco años con diagnósticos relacionados con infecciones respiratorias agudas, así como la selección de los prestadores ubicados en la ciudad de Bogotá mediante filtros administrativos. El número de niños y niñas atendidos se calcula mediante recuento distinto con el fin de evitar duplicidades. La información correspondiente a los diferentes periodos se obtiene de bases de datos

consolidadas de los RIPS, con distintos cortes de recepción, lo cual implica que los datos, especialmente los más recientes, pueden ser preliminares. Finalmente, no se considera pertinente la desagregación por localidad, dado que la información se organiza según la ubicación del prestador de servicios y no según el lugar de residencia del menor, lo que podría inducir a interpretaciones erróneas.

#### 1.4. Gráfica 45. Hospitalizaciones por IRA en menores de 5 años.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Durante la vigencia 2025, la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado de manera reiterada y formal diversas gestiones técnicas, administrativas e interinstitucionales ante el MSPS con el fin de garantizar la remisión integral, periódica y estructurada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS correspondientes a los servicios prestados en el Distrito Capital. Dichas gestiones han comprendido comunicaciones oficiales, solicitudes de interoperabilidad en el marco de la implementación de la Resolución 2275 de 2023 y requerimientos orientados a asegurar el flujo continuo de información en formato JSON conforme a los estándares definidos por el Ministerio. No obstante, a la fecha, el último envío de información reportado por ese Ministerio corresponde a registros con corte al 28 de febrero de 2025, con información de la vigencia 2024, evidenciándose la ausencia de remisión actualizada, completa y periódica conforme a la estructura y obligatoriedad establecida en la Resolución 2275 de 2023, el Decreto 780 de 2016 y las competencias asignadas a las entidades territoriales en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011. Esta situación configura un incumplimiento en el suministro oportuno de información estratégica requerida para el ejercicio de las funciones de rectoría, inspección, vigilancia y control, gestión del riesgo en salud, planeación financiera y evaluación de políticas públicas, afectando la capacidad institucional del Distrito Capital para garantizar la adecuada administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección efectiva del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015.



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

### 1.5. Análisis del indicador:

El periodo de análisis comprende los años 2020 a 2024, dado que a la fecha no se cuenta con información correspondiente al año 2025. Esto obedece a que el Ministerio de Salud y Protección Social no ha remitido los datos actualizados para dicho año, lo cual impide su inclusión en la presente evaluación.

Al evaluar el comportamiento del indicador se identifica un aumento significativo de la proporción de niños y niñas hospitalizados por IRA entre 2020 y 2022 pasando de 23,76% a 46,62%, el punto más alto del periodo estudiado. Este comportamiento se relaciona con las medidas de distanciamiento social implementadas en 2020 y el posterior repunte asociado a la circulación del SARS-COV2, otros virus respiratorios y el retorno progresivo de las dinámicas sociales habituales.(Instituto Nacional de Salud 2025)

En 2023 el indicador disminuyó a 39,55% y para 2024 un ligero incremento, alcanzando un valor de 40,24%, un aumento de 1,74% respecto al año anterior como se observa en la

gráfica. Además, se identifica un patrón estacional con aumento de casos en marzo-abril y septiembre-octubre.

Al igual que en años anteriores, predominan las enfermedades de vías respiratorias bajas (por ejemplo, bronquiolitis, bronquitis, otras enfermedades de los bronquios), seguido de cuadros inespecíficos de infecciones de vías respiratorias altas. Los casos asociados a COVID-19 fueron relevantes durante los años 2021 y 2022 pero para el año 2024 disminuyeron siendo superado por las neumonías bacterianas, que son menos frecuentes que las afecciones de vías respiratorias bajas.

El aumento de las hospitalizaciones por IRA corresponde a un comportamiento esperado el evento, determinado a la estacionalidad, circulación de virus respiratorios, sumado a una mejor identificación de casos que requieren manejo intrahospitalario. (Arrieta-Flórez y Caro-Gómez 2010; Secretaría Distrital de Salud 2023)

Sin embargo, este aumento podría relacionarse con persistencia de inequidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como la influencia de determinantes sociales como hacinamiento, contaminación ambiental y entornos poco saludables para la infancia. (Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud 2025)

Este indicador depende del adecuado registro en historia clínica y codificación diagnóstica en los RIPS, por ende, si hubo hospitalizaciones mal codificada o con códigos que no se actualizaron, y no aparece en la hoja de vida del indicador, no se incluye en el indicador, lo cual puede subestimarlos. (PAHO 2002)

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el evento de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y del Plan Distrital de Preparación y Respuesta frente al pico epidemiológico respiratorio, se desarrollaron de manera permanente acciones de asistencia técnica, seguimiento y fortalecimiento dirigidas a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y a su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), orientadas a garantizar la capacidad resolutoria, la oportunidad en la atención y la gestión integral del riesgo en salud.

Entre las principales actividades desarrolladas se destacan:

- Expedición de la Circular 012 del 21 de marzo de 2025, mediante la cual se instó a las EAPB y su red de IPS a intensificar las acciones de prevención, manejo clínico y control de la Infección Respiratoria Aguda y la optimización de servicios de salud

en el Distrito Capital, en el marco del fortalecimiento de la respuesta institucional durante los picos epidemiológicos respiratorios y emisión de la Circular 015 del 10 de abril de 2025, a través de la se instó a la demás sectoriales a intensificar las acciones para la prevención de la Infección Respiratoria Aguda en el talento humano de los diferentes sectores del Distrito Capital.

En el marco de estas circulares, se impartieron instrucciones a las EAPB y a su red de IPS, orientadas a: Fortalecimiento de la respuesta institucional, ppriorización de poblaciones de riesgo, especialmente en lo relacionado con la intensificación del seguimiento nominal a menores de 5 años, especialmente menores de 1 año, prematuros, niños con desnutrición, patologías crónicas, niños con esquemas de vacunación incompletos y niños con reingresos a servicios de salud por IRA, fortalecimiento del manejo clínico y la calidad de la atención, fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica y búsqueda activa de casos de IRA, iimplementar estrategias de prevención de IRA y canalización hacia vacunación, activación de estrategia de educación y comunicación del riesgo y acciones intersectoriales, iimplementar estrategias de descongestión de los servicios de urgencias y de sus áreas de espera, activar y optimizar las Salas ERA, optimizar los procesos y servicios de salud en los diferentes ámbitos de atención.

- Se realizó seguimiento diario al indicador de ocupación hospitalaria pediátrica y de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), con énfasis en las IPS priorizadas: De acuerdo con el seguimiento diario a la ocupación de camas de hospitalización pediátrica en las IPS priorizadas al 31 de diciembre de 2025 se registraron 1438 camas habilitadas, lo que representó una disminución del 2,0 % frente al año 2024 (30 camas menos), cuando se contaban 1468 camas. Durante 2025, la capacidad instalada alcanzó una expansión máxima de 1516 camas, de acuerdo con las dinámicas de habilitación y operación del servicio. Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de una capacidad instalada de camas de UCI pediátrica, al 31 de diciembre de 2025 se registraron 243 camas habilitadas, lo que representó un aumento del 0,4 % frente al año 2024 (una cama adicional), cuando se contaban 242 camas. Durante 2025, la capacidad instalada alcanzó una expansión máxima de 264 camas, de acuerdo con las dinámicas de habilitación y operación del servicio. En el comportamiento reciente de los servicios de pediatría frente a las camas habilitadas, no se registran cambios.
- Realización de visitas a 40 IPS ambulatorias y de urgencias priorizadas, con seguimiento interdisciplinario (pediatría, nutrición y enfermería) a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) de IRA, EDA y Desnutrición, así como a la implementación de planes de respuesta al pico epidemiológico respiratorio y planes de mejora derivados de casos de mortalidad por IRA, en las que además se brindó

orientación técnica y se generó retroalimentación frente a los hallazgos encontrados en historias clínicas.

- En el marco de la alta demanda y ocupación en de servicios hospitalarios se estableció los grupos GAMA con el fin de realizar acompañamiento operativo a los servicios hospitalarios más sensibles, mejorar la oportunidad por parte de IPS y EAPB en procesos administrativos para atención en pacientes en ámbito hospitalario, realizar monitoreo de servicios (ocupación y rotación de camas), impulsar la utilización de servicios de atención domiciliaria en casos en los que cumplan con criterios clínicos y administrativos, y en fin mejorar la optimización de los servicios de salud.
- Se efectuó acompañamiento técnico y seguimiento a los planes de mejora derivados de la atención de casos de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, orientados al fortalecimiento de la calidad y seguridad de la atención.
- Se desarrollaron siete (7) espacios de fortalecimiento técnico, con una participación registrada acumulada de más de 3000 asistentes, personas del Talento Humano en Salud, incluyendo profesionales de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería, pediatras, terapeutas respiratorios y funcionarios de EAPB e IPS.
- Desde las Secretaría Distrital de Salud se continuó con la gestión, arrendamiento, distribución y uso adecuado de ventiladores y monitores adquiridos durante la pandemia por COVID-19, garantizando su disponibilidad para la atención de eventos respiratorios en la red de servicios de salud.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **37. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La mortalidad por neumonía en menores de cinco años constituye un indicador prioritario para el análisis de las condiciones de vida de la infancia, al reflejar tanto la carga de enfermedad respiratoria aguda grave como las brechas en el acceso oportuno y efectivo a servicios de salud. Su seguimiento permite identificar riesgos evitables asociados a determinantes sociales, ambientales y territoriales, así como evaluar el impacto de intervenciones en promoción, prevención y atención integral en primera infancia. Este indicador se articula con los compromisos del Plan Distrital de Desarrollo, la Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2023–2033 y los ODS, especialmente el ODS 3 orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años evidencia la gestión pública ya que es una de las primeras causa infecciosa de muerte en menores de 5 años a nivel internacional, con el agravante de ser muertes prevenibles con intervenciones sencillas. Representa un indicador de equidad y desarrollo teniendo en cuenta su aumento evidencia fallas en la distribución de recursos y falta de justicia social. Adicionalmente permite medir el impacto real de la inversión en programas de inmunización y en el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, ya que busca mejorar la salud infantil, incluyendo la reducción de hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2, que busca poner fin a las muertes evitables de neonatos como en menores de 5 años.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; 3.2.8. Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la salud infantil, la prevención e identificación oportuna de signos de alarma de infección respiratoria aguda dirigida a familias con niños y niñas de 0 a 5 años y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3.Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años tiene como objetivo conocer el número de defunciones por neumonía en niños y niñas menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, en un periodo determinado, en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al número de muertes en menores de cinco años cuya causa básica fue neumonía.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: (Número total de muertes de niños y niñas menores de cinco años cuya causa básica fue neumonía en un año / Población total menor de cinco años en el mismo año) × 100.000.



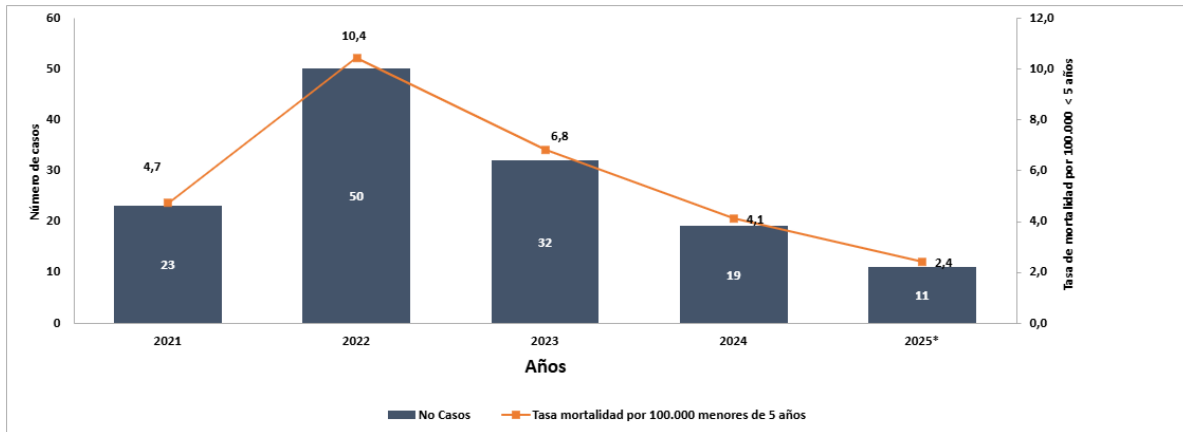
La fuente de información corresponde a información RUAF-ND – Sistema de Estadísticas Vitales SDS Rezago: Sí, asociado al proceso de consolidación, verificación y validación de las defunciones en el sistema RUAF-ND. Los datos correspondientes al periodo 2025 son preliminares, con corte de información ajustado al 09-01-2026. El cierre definitivo depende de la publicación final del DANE, una vez se completen los procesos de confirmación diagnóstica, incluyendo resultados de necropsias clínicas y médico-legales, los cuales pueden modificar el número total de muertes reportadas para este año, ya sea aumentando o disminuyendo la cifra final. Variables constitutivas: Variables constitutivas de la medición: El indicador se construye a partir de las defunciones en menores de cinco años cuya causa básica corresponde a neumonía (CIE-10 J12–J18), considerando variables como grupo etario, sexo, localidad de residencia, pertenencia étnica y año de ocurrencia. Estas desagregaciones permiten identificar patrones territoriales y diferenciales, así como posibles brechas asociadas a condiciones sociales y poblacionales específicas

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de mortalidad. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2012, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a una tasa por cada cien mil menores de cinco años. La meta establecida consiste en mantener la tasa de mortalidad por neumonía por debajo de 6,5 casos por cada 100.000 menores de cinco años en el Distrito Capital para el año 2025.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad y por edad, considerando el grupo de cero a cinco años, y no se desagrega por sexo, discapacidad, etnia ni zona.

Como observaciones, se realiza el cálculo retrospectivo del indicador a partir del año 2006 con base en el reporte poblacional del Censo DANE 2018, lo cual explica las diferencias con datos presentados en informes de vigencias anteriores entre 2017 y 2021 en respuesta al Acuerdo 238 de 2006 del Sistema de Monitoreo Infantil y Adolescente. La información correspondiente a los periodos 2021 y 2022 proviene del aplicativo RUAF-ND y del sistema de estadísticas vitales con bases finales publicadas en distintas fechas. Para el año 2023 se utilizan bases finales publicadas en diciembre de 2024 y, para el año 2024, se emplean bases preliminares ajustadas en enero de 2025.

1.4. Gráfica 46. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años por 100.000 menores de cinco (5) años. Bogotá, 2021-2025\*



Fuente: DANE – Registro Único de Afiliados (RUAF-ND), Sistema de Estadísticas Vitales. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), Estadísticas Vitales (EEVV). Datos finales publicados para los años 2021–2024 y datos preliminares ajustados para 2025 (corte 09-01-2026).

### 1.5. Análisis del indicador:

Durante el periodo 2021–2025, Bogotá evidenció un comportamiento epidemiológico dinámico, con un descenso inicial en 2021, un incremento significativo en 2022 y una reducción sostenida entre 2023 y 2025. Este patrón puede interpretarse en el contexto de los efectos indirectos de la pandemia por COVID-19, seguida de una reactivación intensa de virus respiratorios estacionales.

En 2021, la reducción observada estuvo asociada a la continuidad de medidas no farmacológicas (uso de mascarilla, distanciamiento, cierre parcial de entornos escolares y restricciones de movilidad), las cuales limitaron la circulación de agentes respiratorios distintos al SARS-CoV-2, disminuyendo temporalmente la exposición de los niños y niñas a patógenos habituales.

En contraste, el año 2022 representó un punto crítico, con el valor más alto del quinquenio (tasa de 10,3 muertes por 100.000 menores de cinco años). Este incremento se relacionó con una combinación de factores epidemiológicos y clínicos ampliamente documentados: Disminución de la inmunidad poblacional infantil tras un periodo prolongado de baja exposición viral, aumento abrupto de la circulación comunitaria de virus respiratorios estacionales, Presencia de coinfecciones virales y bacterianas en casos graves, circulación de adenovirus con cuadros clínicos más agresivos, alteraciones en la estacionalidad respiratoria y condiciones climáticas asociadas al fenómeno de La Niña.

Posteriormente, entre 2023 y 2025 se evidencia un descenso progresivo y sostenido, alcanzando en 2025 la tasa más baja del periodo (2,43 por 100.000). Este comportamiento sugiere un proceso gradual de recuperación hacia patrones más estables, posiblemente asociado al fortalecimiento de estrategias preventivas, vigilancia epidemiológica intensificada y respuesta institucional en salud pública.

El análisis territorial muestra una distribución heterogénea, con concentración persistente de casos en localidades del sur y suroccidente de la ciudad, particularmente Bosa y Suba. En 2025, Bosa presentó la tasa más elevada (7,98), seguida por Suba (4,50), lo cual sugiere brechas territoriales vinculadas a: determinantes sociales estructurales, condiciones ambientales y de vivienda, barreras en el acceso oportuno a servicios pediátricos y vulnerabilidad diferencial en población infantil.

Estas desigualdades territoriales requieren intervenciones focalizadas, ya que reflejan que, aunque el indicador mejora globalmente, persisten zonas donde el riesgo de mortalidad respiratoria infantil continúa siendo mayor.

Este indicador se encuentra estrechamente vinculado con otros resultados trazadores del estado de salud infantil y del desempeño del sistema de atención en primera infancia, tales como: la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) (evento 995), la carga de hospitalización general y UCI pediátrica asociada a IRAG, la implementación y resolutiveidad de estrategias como Salas ERA, las coberturas de vacunación en población infantil, y el cumplimiento efectivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud para la Primera Infancia (RIAS), particularmente en lo relacionado con promoción, prevención, detección temprana y atención oportuna de enfermedades respiratorias.

En este sentido, la mortalidad por neumonía no debe interpretarse de forma aislada, sino como un resultado final de un conjunto de determinantes clínicos, sociales y del desempeño institucional.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Desde el sector salud se destacan las siguientes acciones:

- Se realiza un seguimiento estricto de las defunciones mediante el cruce sistemático de información entre SIVIGILA y RUAF-ND, junto con el desarrollo de unidades de análisis para cada caso en menores de cinco años cuya causa básica de muerte corresponde a Infección Respiratoria Aguda (IRA). Este proceso tiene como objetivo identificar determinantes sociales, factores de riesgo en salud y condiciones

psicosociales de vulnerabilidad, así como posibles demoras asociadas a la oportunidad y calidad de la atención, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y orientar acciones institucionales para la prevención de muertes evitables.

- Se mantiene monitoreo semanal de morbilidad IRA, carga sobre urgencias, hospitalización y UCI pediátrica, permitiendo anticipar picos estacionales.
- La estrategia de Salas ERA constituye un componente clave en la atención oportuna de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años, al fortalecer la capacidad resolutoria ambulatoria y prevenir complicaciones graves. En Bogotá, durante 2025 se contó con 101 salas activas, las cuales alcanzaron en el cuarto trimestre una resolutoriedad del 93%, con un reingreso del 3% (dentro de la meta <5%) y un seguimiento pos-egreso del 88%, contribuyendo significativamente a la reducción de hospitalizaciones y al control de muertes evitables por IRA en la primera infancia.
- Durante 2025, el Laboratorio de Salud Pública fortaleció la vigilancia de la circulación viral en Bogotá mediante el procesamiento de muestras respiratorias provenientes de instituciones centinela de ESI, IRAG e IRAG inusitado, utilizando RT-PCR y paneles multiplex. A la semana epidemiológica 52 se consolidaron 9377 muestras positivas, identificándose principalmente Rinovirus (18,7%), Otros virus respiratorios (18,7%) y Virus Sincitial Respiratorio – VSR (14,4%). La positividad semanal alcanzó 18,62% en la SE 52, y el 58,7% de los casos positivos correspondieron a menores de cinco años, lo que aporta evidencia clave para anticipar picos respiratorios y orientar acciones preventivas para reducir muertes evitables por IRA en la primera infancia

Finalmente, se mantiene vigilancia activa de IRAG inusitado (evento 348) para captar cuadros clínicos atípicos o virus emergentes.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **38. Cobertura de niñas y niños con valoración integral para la primera infancia e infancia.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La valoración integral de la primera infancia y la infancia debe realizarse conforme a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, la cual orienta las acciones de promoción y mantenimiento de la salud durante el curso de vida, así como la prevención de la enfermedad, bajo un enfoque de equidad y educación familiar que garantice el derecho fundamental a la salud de niños y niñas.

Este indicador se relaciona con varios ODS : el ODS 2 (Hambre cero), por la valoración del estado nutricional y la educación en nutrición; el ODS 3 (Salud y bienestar), al evaluar integralmente la salud de la población infantil; el ODS 4 (Educación de calidad), por identificar rezagos y prevenir complicaciones que afecten el aprendizaje; el ODS 5 (Igualdad de género), al promover la salud sexual y reproductiva y la prevención de violencias basadas en género en la infancia; el ODS 10 (Reducción de desigualdades), al promover la equidad en el acceso a servicios; y el ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas), por fomentar entornos seguros y prevenir el maltrato, la violencia y el abuso infantil.<sup>19</sup>

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de niñas y niños con valoración integral para la primera infancia e infancia. aborda la garantía del derecho fundamental a la salud mediante una atención centrada en el niño o la niña, con enfoque de género y equidad, permitiendo cuantificar el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que han recibido una valoración que identifique condiciones de salud que puedan afectar su desarrollo, así como reconocer sus condiciones de vida y las posibilidades de potenciar sus capacidades para su propio bienestar y el de su entorno.<sup>20</sup>

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se plantea el fortalecimiento de la atención integral a la primera infancia y la infancia desde un abordaje intersectorial: salud, integración social, educación, entre otros, con el fin de garantizar derechos y reducir desigualdades.. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y Reducir la proporción de Desnutrición Aguda en menores de 5 años a 1,6%

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2, que busca poner fin a las muertes evitables de neonatos como en menores de 5 años.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes.; 3.2.7 Mantenimiento del Programa

<sup>19</sup> Organización Panamericana de la Salud, 2025; Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, 2025

<sup>20</sup> Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2023-2033, s. f.

Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Cobertura de niñas y niños con valoración integral para la primera infancia e infancia tiene como objetivo conocer la proporción de niñas y niños en primera infancia e infancia que cuentan con al menos una atención de valoración integral, según lo definido en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, para el año analizado en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la proporción de niños y niñas desde los siete días de nacido hasta los once años, once meses y veintinueve días, que recibieron consulta de valoración integral por medicina general, pediatría, medicina familiar o enfermería, en relación con el total de niñas y niños de cero a once años según el censo poblacional del DANE 2018.

El indicador se calcula con el (Número de niñas y niños de siete días de nacidos hasta once años, once meses y veintinueve días con al menos una consulta de valoración integral ÷ Total de niñas y niños de cero a once años en Bogotá D.C. según proyecciones poblacionales) × 100.

La fuente para el cálculo corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios y a las proyecciones poblacionales del DANE y la Secretaría Distrital de Planeación. Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente del sistema de salud. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2019, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a una tasa por cada cien habitantes. No cuenta con una meta definida.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por sexo y por grupos de edad, específicamente para los rangos de cero a cinco años y de seis a once años, y no se desagrega por localidad, discapacidad, etnia ni zona.

Como observaciones, el indicador se encuentra alineado con lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018, mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y se modifica la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo. El abordaje propuesto incluye la valoración integral de la salud y el desarrollo, la identificación temprana de factores de riesgo y la detección oportuna de alteraciones que puedan afectar el crecimiento y desarrollo, con el fin de garantizar su manejo adecuado.

Por lo anterior, el indicador se reporta a partir del año 2019. En cada periodo se actualiza la serie histórica debido a la incorporación de atenciones reportadas de manera tardía y a la validación de consistencia y coherencia de la información. Los datos provienen del sistema RIPS, regulado por la Resolución 3374 de 2000, y pueden variar según la fecha de corte, debido a los procesos de validación y actualización permanente. El cálculo del total de individuos atendidos se realiza mediante la identificación de registros únicos, evitando duplicidades.

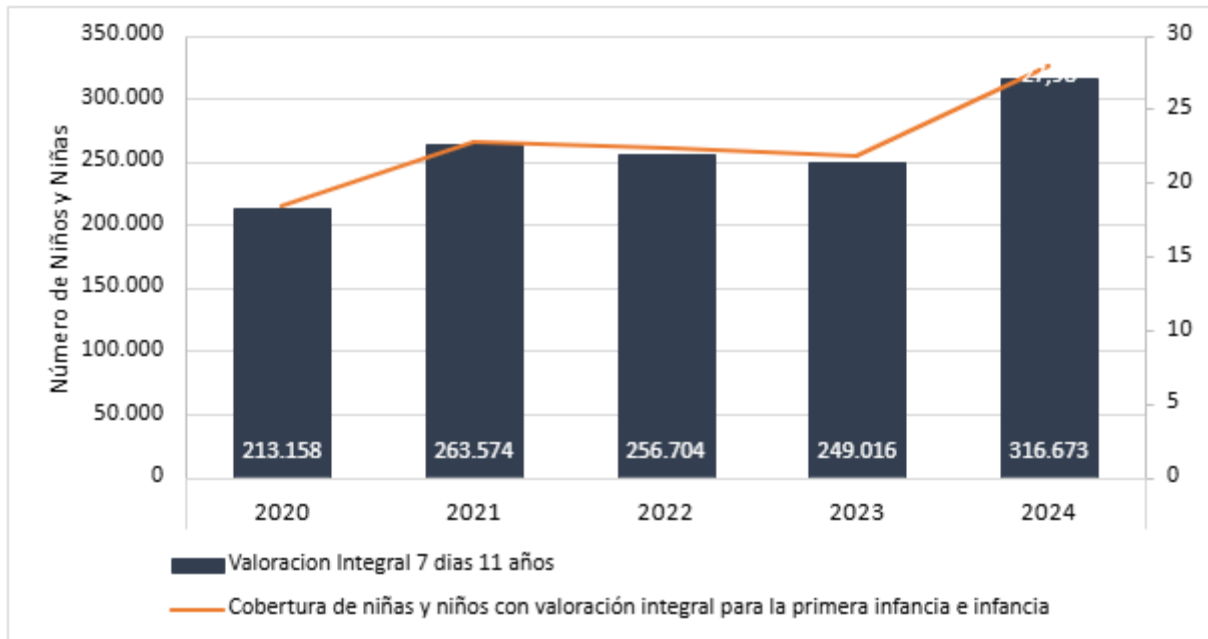
Para la extracción de información se aplican filtros relacionados con el código de habilitación de los prestadores ubicados en Bogotá, el tipo y finalidad de la consulta y los códigos CUPS correspondientes. Se contabilizan niños y niñas que asistieron al menos una vez a valoración integral durante el periodo de reporte. Finalmente, no es pertinente el reporte del indicador por localidad, dado que la información disponible se encuentra desagregada según el sitio del prestador y no según el lugar de residencia, lo cual podría inducir a errores en la interpretación de los resultados.

#### 1.4. Gráfica 47. Cobertura de niñas y niños con valoración para la primera infancia e infancia.<sup>21</sup>

---

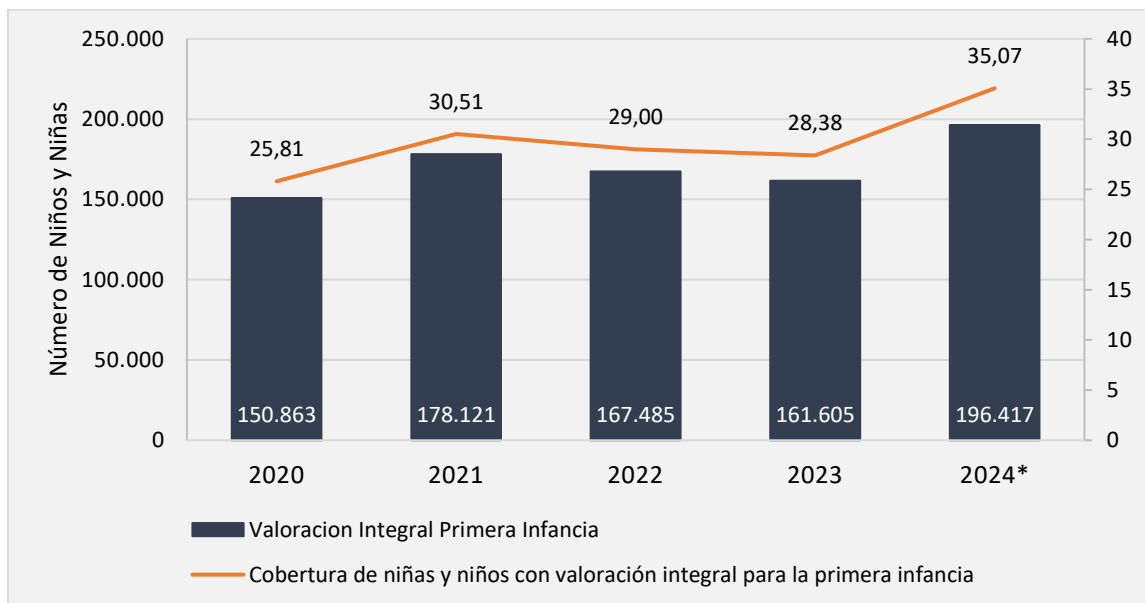
<sup>21</sup> Durante la vigencia 2025, la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado de manera reiterada y formal diversas gestiones técnicas, administrativas e interinstitucionales ante el MSPS con el fin de garantizar la remisión integral, periódica y estructurada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS correspondientes a los servicios prestados en el Distrito Capital. Dichas gestiones han comprendido comunicaciones oficiales, solicitudes de interoperabilidad en el marco de la implementación de la Resolución 2275 de 2023 y requerimientos orientados a asegurar el flujo continuo de información en formato JSON conforme a los estándares definidos por el Ministerio. No obstante, a la fecha, el último envío de información reportado por ese Ministerio corresponde a registros con corte al 28 de febrero de 2025, evidenciándose la ausencia de remisión actualizada, completa y periódica conforme a la estructura y obligatoriedad establecida en la Resolución 2275 de 2023, el Decreto 780 de 2016 y las competencias asignadas a las entidades territoriales en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011. Esta situación configura un incumplimiento en el suministro oportuno de información estratégica requerida para el ejercicio de las funciones de rectoría, inspección, vigilancia y control, gestión del riesgo en salud, planeación financiera y evaluación de políticas públicas, afectando la capacidad institucional del Distrito Capital para garantizar la adecuada administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección efectiva del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015





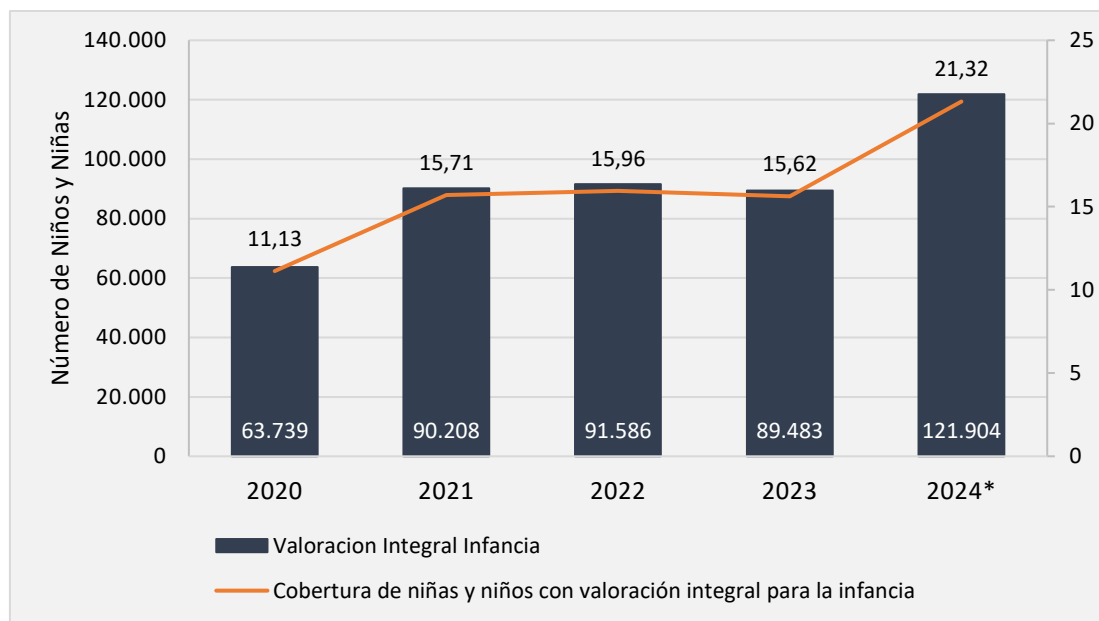
Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

#### 1.4 Gráfica 48. Detalle de cobertura valoración integral primera infancia.



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663. Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

#### 1.4 Gráfica 49. Detalle de cobertura valoración integral primera infancia.



Fuente de datos: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) con las siguientes fechas de corte para todos los periodos reportados: Reporte 1663 Base de datos RIPS SDS - No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud - Población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28). Por la fecha de corte solo se cuenta con información para los primeros 2 meses de 2025.

#### 1.5. Análisis del indicador:

La base de datos de RIPS es manejada por el Ministerio de Salud y Protección Social y tienen el compromiso de compartirla con la entidad territorial mes vencido, sin embargo, desde el 28 de febrero de 2025 no se ha realizado el envío de la información de RIPS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Según la información correspondiente a 2024, se observa un aumento significativo en la cobertura de valoración integral en la primera infancia e infancia, alcanzando un 27,98%, lo que representa un incremento del 28,3% respecto a 2023 y constituye el valor más alto del periodo analizado. En contraste, el año 2020 presentó la cobertura más baja, asociada al distanciamiento social derivado de la pandemia. Para los años

2021, 2022 y 2023, la cobertura se mantuvo estable alrededor del 15%, con variaciones mínimas, hasta alcanzar el notable incremento en 2024.

Este comportamiento también se refleja en los grupos de edad: Primera infancia: cobertura de 35,07% equivalente a un aumento del 23,6% respecto a 2023 y en Infancia: cobertura de 21,32%, lo que representa un aumento del 35,5% respecto a 2023.

Estos resultados sugieren mejoras tanto en las estrategias de acceso a la valoración integral como en la calidad y consistencia del registro de las atenciones. Asimismo, evidencian avances en el cumplimiento de las metas de la Ruta Integral de Atención para la primera infancia e infancia. Aunque el indicador general aún se mantiene por debajo del 30%, el incremento observado en ambos grupos de edad es alentador para continuar fortaleciendo las acciones de acceso y registro. (Salud del niño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, 2025)

En años anteriores se había identificado un posible subregistro de atenciones clasificadas como valoración integral, debido a que algunas consultas se diligenciaban con la opción “No aplica” en la finalidad de la consulta, lo cual las clasificaba como consultas resolutorias, pese a no corresponder a la naturaleza de la atención. No obstante, la tendencia de mejora en los registros y el incremento consistente del indicador sugieren una corrección progresiva en el reporte por parte de las EAPB. Esto se relaciona también con la ausencia de un tiempo máximo establecido para realizar ajustes en los RIPS, lo que permite que información de años previos continúe siendo actualizada y pueda modificar los valores históricos.

Con respecto a la desagregación por sexo muestra un comportamiento similar al indicador general, lo que permite concluir que no se evidencian brechas de género significativas en el acceso o registro de estas valoraciones.

En cuanto a los perfiles profesionales, se identificó que medicina general fue el servicio con mayor número de atenciones, seguido por enfermería, pediatría y finalmente medicina familiar. Sin embargo, persisten desafíos en el registro adecuado, ya que en más de la mitad de los casos no se encuentra registrada la caracterización del profesional en los RIPS. Esto limita el análisis detallado y señala la necesidad de fortalecer los procesos de registro y control de calidad de la información.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud, 1995

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Se han identificado subregistro de atenciones catalogadas de valoración integral ya que en la finalidad de la consulta se diligencia “No Aplica”, quedando como una consulta resolutive la cual no es el objetivo de la atención. El adecuado registro de la información en los RIPS puede explicar parte del indicador y por qué tiende a aumentar con el tiempo.

En el marco del modelo de salud más bienestar para el componente de salud infantil en los prestadores primarios resolutivos, se formula la minería de datos y caracterización de la población en primera infancia, para la identificación y gestión 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 identificación y gestión de los riesgos se realizará con una consulta resolutive o predictiva con profesional de pediatría y con la consulta de valoración integral con pediatría o enfermería de acuerdo a la frecuencia establecida.

Para mejorar el comportamiento del indicador de cobertura de valoración integral en primera infancia e infancia y para fortalecer la atención en salud, durante el año 2025, se realizaron 93 asistencias técnicas y 154 seguimientos al 100% de las EAPB habilitadas en Bogotá y su red de prestación de servicios de salud, incluidas 56 IPS priorizadas en las intervenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.

En las asistencias técnicas se fortalecieron los temas: Lactancia materna, consulta de valoración, promoción y apoyo a lactancia materna - RPMS, intervenciones individuales de la RPMS, consulta de valoración integral, Habilidades en consejería en Lactancia Materna y Escalas de valoración en la primera infancia, identificación y gestión de riesgos.

En los seguimientos, se aplicó el instrumento de medición de adherencia a la consulta de valoración integral para el I semestre 2.025, en articulación con las aseguradoras y su red de prestación de servicios de salud, se retroalimentó sobre las debilidades encontradas en las actividades de la atención en salud en primera infancia e infancia, haciendo énfasis en la aplicación de instrumentos, escalas y herramientas, identificación de riesgos, plan de atención y la derivación a las demás intervenciones de la RPMS para garantizar la integralidad de la atención y el cumplimiento de la normatividad vigente. La medición de adherencia a la consulta de valoración integral reportó para el momento de curso de vida primera infancia un resultado de 79% y 83,4% para infancia, resultados satisfactorios, en los que se evidencian consultas de valoración

integral con la mayoría de las actividades establecidas por la normatividad vigente y atenciones en salud integrales.

Adicionalmente, se desarrollaron eventos académicos enfocados en temas priorizados en salud, orientados a la disminución de la mortalidad infantil, de acuerdo a las causas más frecuentes de mortalidad, los temas abordados: Contexto epidemiológico de Tos Ferina en Bogotá, Identificación del riesgo Tos Ferina desde la consulta de valoración integral, Contexto de cáncer infantil en el Distrito, Identificación del riesgo cáncer infantil desde la consulta de valoración integral, Alerta aumento accidentes en el hogar y prevención accidentes en el hogar, Construyendo un futuro sin violencia: estrategias para erradicar el castigo físico en la infancia, Identificación del riesgo en salud mental en la primera infancia, Taller defectos congénitos cardiopatías, Autocuidado.

También, para fortalecer las competencias del talento humano en salud que realiza la consulta de valoración integral (enfermeras, médicos generales y pediatras), se realizaron cohortes para los cursos dispuestos en la plataforma Aprender Salud: Consejería en lactancia materna (#4 cohortes) con un total de 151 profesionales certificados y para el Curso de Entrenamiento en Escala Abreviada del Desarrollo -3 (#3 cohortes) con un total de 60 profesionales certificados.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **39. Tasa de lesionados por pólvora en niñas, niños y adolescentes por 100.000 Habitantes**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La tasa de Lesionados por el uso de artefactos pirotécnicos en niños, niñas y adolescentes por cada 100.000 habitantes es un indicador epidemiológico que permite dimensionar la magnitud del evento en esta población prioritaria y evaluar el impacto en salud pública asociado a la manipulación y uso de pólvora. Este indicador facilita el seguimiento temporal y territorial de los casos, orienta la toma de decisiones en prevención y control, y apoya la formulación de acciones intersectoriales dirigidas a la protección de los derechos y la integridad de los NNA, especialmente durante las temporadas de mayor riesgo.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de Lesionados Pólvora en niñas, niños y adolescentes por 100.000 Habitantes, permite medir la eficacia de las políticas de protección a la infancia y de la respuesta institucional del Estado. Adicionalmente cuando se presenta un caso se deben activar directamente los mecanismos de justicia (Ley 670 de 2001 y el Código Nacional de Seguridad).

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se integra como un indicador de salud pública y protección integral teniendo en cuenta incorpora la estrategia de Atención Primaria Social para la reducción de riesgos prevenibles en salud pública, como es el uso de la pólvora.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, Meta 3.2 que busca poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, teniendo en cuenta las quemaduras por pólvora son una de las principales causas de morbilidad prevenible en la infancia.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes.

### 1.3. Descripción del indicador:

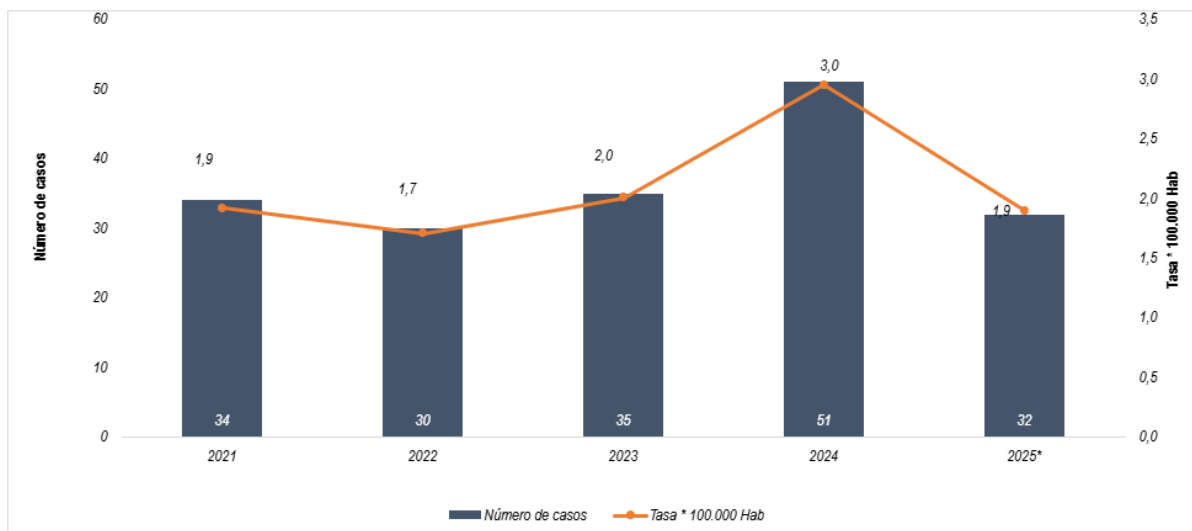
El indicador denominado Tasa de lesionados por pólvora en niñas, niños y adolescentes por cada 100.000 habitantes tiene como objetivo conocer el número de niñas, niños y adolescentes lesionados por pólvora que fueron notificados al sistema de vigilancia en salud pública, en relación con cada cien mil habitantes, en un periodo determinado. Su interpretación corresponde al número de casos de niñas, niños y adolescentes lesionados con pólvora que fueron notificados al sistema de vigilancia SIVIGILA por cada 100.000 habitantes.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula: Sumatoria de niñas, niños y adolescentes lesionados con pólvora notificados al sistema de vigilancia SIVIGILA / Total de población menor de 18 años en el mismo año)  $\times$  100.000. La fuente para el cálculo corresponde a los registros del sistema SIVIGILA y a las proyecciones poblacionales del DANE.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de mortalidad. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2014, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a una tasa por cada 100.000 habitantes. No cuenta con una meta establecida.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital, por sexo en las categorías de hombre, mujer e intersexual, y no se desagrega por grupos de edad, discapacidad, etnia ni zona.

1.4. Gráfica 50. Lesiones por pólvora pirotécnica en menores de 18 años por 100.000 hab. 2020 – 2025. Bogotá D.C.



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá - Subsecretaría de Salud Pública - Subdirección de Vigilancia Epidemiológica - Subsistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa (SIVELCE). Base de datos SIVIGILA EVENTO 452 - 2024\* Preliminar. Base de datos con corte: 27/01/2025. Nota: Bases proyecciones poblacionales 2020 - 2050 Dane- actualización POST COVID - 19

1.5. Análisis del indicador:

Durante el periodo 2021–2025, las lesiones ocasionadas por el uso y manipulación de pólvora en menores de 18 años en Bogotá D.C. muestran un comportamiento fluctuante, con una tendencia ascendente hasta 2024, seguida de una disminución importante en 2025.

En términos generales, el número de casos pasó de 34 personas lesionadas en 2021, con un leve descenso en 2022 (30 casos) y un nuevo incremento en 2023 (35 casos). En 2024 se presentó el mayor número de casos del periodo (51), lo que representó un incremento del 45,71 % respecto al año anterior. Para 2025, se observó una reducción a 32 casos en menores de edad, equivalente a una disminución del 37,25 %, configurando un comportamiento favorable desde el punto de vista epidemiológico.

El análisis de la tasa por 100.000 habitantes en menores de 18 años evidencia una estabilidad inicial de 2021 a 2023, seguida de un aumento progresivo hasta alcanzar 3,0 en 2024, la tasa más alta del periodo. En 2025, la tasa descendió a 1,9, retornando a niveles similares a los observados en 2021, lo que indica una reducción del riesgo de lesión en esta población.



Cabe resaltar que estos cambios se presentan en un contexto de disminución sostenida de la población menor de 18 años en el Distrito Capital, que pasó de 1,778,794 en 2019 a 1,670,640 (según datos del DANE) 2025. Este comportamiento demográfico confirma que el incremento observado en 2024 responde a un aumento real en la ocurrencia del evento, y no a un efecto del crecimiento poblacional.

Desde la perspectiva epidemiológica, las lesiones por pólvora en menores de edad continúan siendo un evento prevenible de alto impacto en salud pública, asociado principalmente a la exposición en entornos familiares y comunitarios durante temporadas festivas. El pico registrado en 2024 refuerza la necesidad de mantener la vigilancia intensificada, fortalecer las acciones de prevención y control intersectorial, y promover entornos seguros para niños, niñas y adolescentes. La reducción observada en 2025 constituye un resultado preliminar favorable, que se debe monitorear para garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

Según el Boletín de SaluData 2025, la distribución del sitio anatómico de las lesiones por pólvora en Bogotá D.C. mantiene un patrón similar al observado en temporadas anteriores, con predominio de lesiones en extremidades superiores, principalmente manos y dedos, seguido de compromiso en cara, cabeza y órganos de los sentidos.

Las lesiones en manos y dedos se asocian principalmente a la manipulación directa de artefactos pirotécnicos, intentos fallidos de encendido o contacto con pólvora no detonada, y representan un alto riesgo de secuelas funcionales permanentes, especialmente en menores de edad. En segundo lugar, las lesiones en cara y ojos constituyen eventos de alta gravedad clínica, por su potencial de generar pérdida visual y daños irreversibles. Las lesiones en miembros inferiores, aunque menos frecuentes, se relacionan con la detonación de artefactos a nivel del suelo y pueden ocasionar quemaduras térmicas de consideración. En conjunto, este patrón anatómico confirma que las lesiones por pólvora son altamente prevenibles y están estrechamente ligadas a conductas de riesgo y supervisión inadecuada, particularmente en niños, niñas y adolescentes.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco de la vigilancia intensificada durante la temporada de fin de año de 2025, la Secretaría Distrital de Salud desarrolló acciones integrales de prevención, control y vigilancia epidemiológica orientadas a reducir las lesiones por pólvora pirotécnica en menores de 18 años, contribuyendo al cumplimiento del indicador. Estas acciones se ejecutaron mediante una articulación intersectorial permanente con entidades distritales y nacionales, entre ellas alcaldías locales, Policía Metropolitana, organismos de inspección,

vigilancia y control, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y otros actores del Sistema de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, lo que permitió la activación de rutas de protección en casos asociados a negligencia, exposición a riesgos o reincidencia.

Se fortaleció la notificación oportuna al SIVIGILA y al SIVELCE, el seguimiento activo de los casos y el análisis periódico de la información, con emisión de boletines epidemiológicos y retroalimentación a las Subredes Integradas de Servicios de Salud y a las Unidades Primarias Generadoras de Datos. Asimismo, se realizaron operativos conjuntos para controlar la comercialización, almacenamiento y uso ilegal de pólvora, y se desarrollaron estrategias de comunicación del riesgo y educación comunitaria dirigidas a padres, madres y cuidadores, enfatizando la corresponsabilidad familiar y social y la prohibición de su manipulación por parte de menores.

Como resultado, se logró una mejor identificación y caracterización de los casos, el fortalecimiento de la respuesta institucional y la focalización de intervenciones en territorios y grupos de mayor riesgo, contribuyendo a la disminución de la gravedad de las lesiones, la prevención de secuelas permanentes y la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Bogotá D.C.

Durante 2025, el sector salud fortaleció la vigilancia epidemiológica mediante el SIVIGILA y el SIVELCE, desarrolló acciones de prevención, activó rutas de atención integral y protección de derechos, y promovió en medios de comunicación y espacios comunitarios mensajes orientados a no comprar, usar ni permitir la manipulación de pólvora por parte de menores, reiterando que ningún artefacto es seguro. También se difundieron recomendaciones sobre qué no hacer en caso de quemaduras por pólvora.

En el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se realizaron actividades de educación para la salud orientadas a la sensibilización y la información en distintos entornos de vida, especialmente en acciones de acompañamiento durante vacaciones saludables, en el trabajo comunitario y en el entorno familiar y laboral.

El comportamiento del indicador en 2025 estuvo influenciado por factores estructurales y sociales, como la persistencia del uso cultural de la pólvora, el acceso desde municipios cercanos, la manipulación indebida por parte de adultos, la exposición de menores sin supervisión adecuada, la circulación de pólvora ilegal, el uso de artefactos de alto riesgo y la realización de celebraciones no autorizadas, lo que limitó el impacto esperado de las medidas preventivas.

La Comisión Intersectorial para la Prevención y Monitoreo del Uso de Pólvora coordinó acciones entre la Secretaría de Gobierno, Salud y Seguridad para inspección y control en ese sentido la SDS indicó la necesidad de acudir a los servicios de urgencias promoviendo el cuidado y responsabilidad ante los casos que se presentarán en el año especialmente en las temporadas en las cuales se evidencia el uso de pólvora indicando que ningún artefacto que se use es seguro. En el marco de la prevención se reiteraron en medios de comunicación, espacios de interacción ciudadana y campañas alrededor del tema acerca de no comprar, ni hacer uso de esta y mucho menos dejar que se manipule por parte de las niñas y los niños.

Para responder a esta problemática, el Distrito implementó estrategias integrales basadas en el Decreto 598 de 2025, fortaleció los operativos intersectoriales de inspección, vigilancia y control, y consolidó la articulación con alcaldías locales, la Policía Metropolitana y el ICBF para la activación de rutas de restablecimiento de derechos. Como instrumentos de gestión, se utilizaron tableros de control, boletines de Saludata y análisis epidemiológicos continuos, orientados a la toma de decisiones, la focalización territorial y el fortalecimiento de las acciones de prevención, con el objetivo de reducir la ocurrencia, gravedad y consecuencias de las lesiones por pólvora en la ciudad.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **40. Tasa de abuso de Sustancias Psicoactivas en niñas, niños y adolescentes**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” establece la hoja de ruta para que la ciudad garantice mejores condiciones de vida a toda la población, incluyendo los grupos más vulnerables, con una visión integral de seguridad, salud y bienestar. Uno de los componentes clave del PDD, expresado en el Plan Territorial de Salud asociado al Plan de Desarrollo, es la prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En este marco, se plantea la implementación del 100 % del plan de acción intersectorial para la prevención del consumo de SPA y la reducción de sus riesgos y daños, integrando acciones de salud pública, educación, integración social y participación comunitaria para intervenir de manera exhaustiva esta problemática en todos los grupos poblacionales, incluidos los niños y adolescentes.

En el contexto distrital de Bogotá, los datos recientes como los reportados por organismos de control muestran un aumento en los diagnósticos de consumo abusivo de SPA en

menores de edad, lo cual pone de manifiesto la urgencia de fortalecer los sistemas de información y vigilancia para diseñar respuestas eficaces e integrales. Estos datos también reflejan diferencias por localidades y grupos sociales, lo cual exige una atención territorial basada en evidencia que vincule directamente las mediciones con intervenciones específicas.

Conocer las tasas de consumo problemático o abusivo de SPA en la población de 7 a 17 años no solo permite identificar la magnitud de una vulneración de derechos como el derecho a la salud, la educación y la vida digna sino que también habilita el diseño de intervenciones articuladas entre la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y otros actores relevantes, tal como prescribe la política para abordar determinantes que amenacen el desarrollo integral de los NNA.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de abuso de Sustancias Psicoactivas en niñas, niños y adolescentes, reconoce que el consumo de SPA, particularmente en edades tempranas, está vinculado con múltiples determinantes sociales de la salud como condiciones socioeconómicas, vulnerabilidades territoriales y dinámicas comunitarias que requieren intervenciones articuladas y basadas en evidencia. Conocer las tasas de consumo en la población de 7 a 17 años permite no solo medir la magnitud del fenómeno, sino también orientar recursos, diseñar estrategias de prevención diferenciadas por edad y localidad y evaluar el impacto de las acciones implementadas. Esta información respalda la toma de decisiones para fortalecer programas de promoción de estilos de vida saludables, educación en salud, atención psicosocial y acompañamiento familiar y comunitario.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027” se priorizaron acciones para garantizar entornos escolares seguros priorizando la vigilancia y seguridad en los alrededores de los colegios para desarticular redes de microtráfico que inducen al consumo a temprana edad, sumado a garantizar la Atención Integral a la Primera Infancia buscando fortalecer el tejido social desde la niñez para prevenir factores de riesgo asociados al abuso de sustancias psicoactivas.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, que promueve la prevención y tratamiento del abuso de sustancias (meta 3.5), y en el ODS 4: Educación de Calidad, dado el impacto del consumo de SPA en la permanencia escolar, el rendimiento académico y las trayectorias educativas de los niños y adolescentes. El seguimiento de estas tasas también contribuye a los ODS 10 Reducción de las Desigualdades y ODS 16 Promover ciudades justas, pacíficas e inclusivas, al evidenciar brechas de desigualdad y al fortalecer entornos seguros y protectores que reduzcan la exposición a riesgos asociados con la violencia, la exclusión social y la criminalidad.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.3.1 Fortalecimiento de capacidades del talento humano de instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS) priorizadas, para el desarrollo de acciones enfocadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en niños, niñas y adolescentes.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa de abuso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes tiene como objetivo conocer el número de casos de abuso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes por cada 10.000 habitantes en un mismo período en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde a la magnitud del abuso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes por cada 10.000 menores de 18 años residentes en Bogotá D.C. durante cada año.

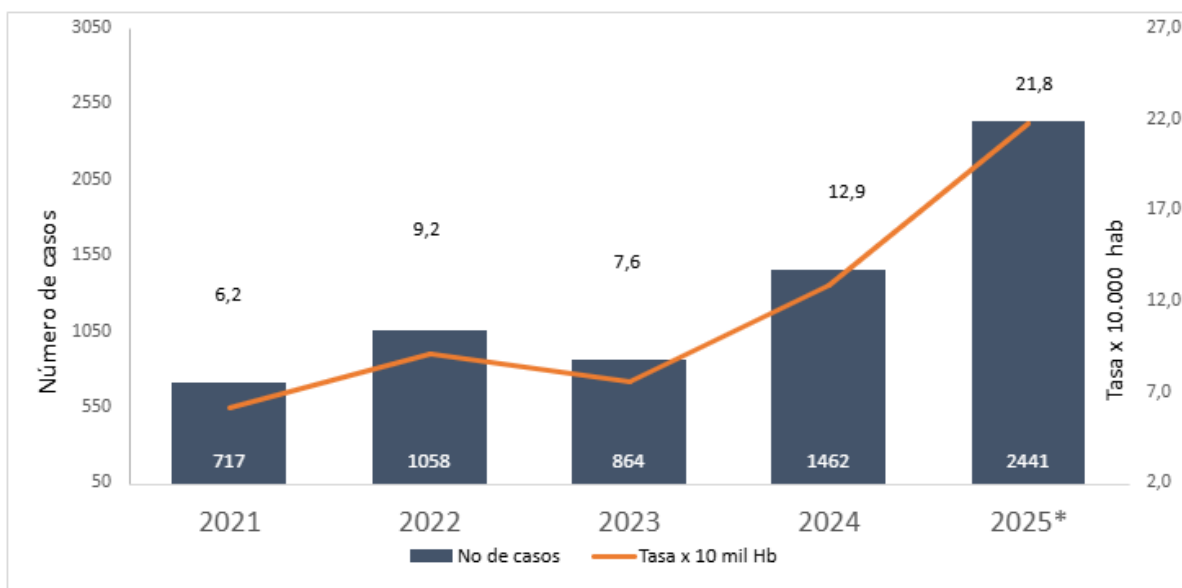
La fuente primaria para la estimación de la tasa de consumo problemático o con características de abuso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años es el subsistema de vigilancia epidemiológica del de consumo problemático o de abusivo de sustancias psicoactivas – VESPA. La tasa citada se estima a partir del número total de casos abuso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes entre 7 y 17 años / total de población en dicho rango de edad para el mismo periodo anual usando como factor de interpretación 10.000 habitantes.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de protección y al componente de otras violencias. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde el año 2013, presenta una tendencia variable y su unidad de medida corresponde a una tasa por cada 10.000 habitantes. La meta establecida es incrementar a 126.000 personas la cobertura de sujetos con intervenciones promocionales y de gestión del riesgo en relación con el consumo problemático de sustancias psicoactivas para el año 2024.

En relación con la desagregación, el indicador se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital, por sexo en las categorías de hombre y mujer, y por grupos de edad, incluyendo los rangos de cero a cinco años, seis a once años y doce a diecisiete años, y no se desagrega por discapacidad, etnia ni zona.

Como observación, las tasas se calculan con denominadores del Censo DANE 2018 para el grupo de edad de siete a diecisiete años, con el fin de presentar un comportamiento más real y preciso del evento.

#### 1.4. Gráfica 51. Casos y tasa de abuso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes, Bogotá, D.C., D.C 2021 a 2025



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema VESPA -Base de datos VESPA 2021 - 2025 (Información preliminar a diciembre de 2025). La población corresponde a menores de 18 años los cuales fueron tomados con proyecciones poblacionales DANE para cada periodo anual

#### 1.5. Análisis del indicador:

El consumo de sustancias psicoactivas aumentó con relación al año inmediatamente anterior (2021) pasando de una tasa del 4,0 a una de 6,1. El reporte del consumo problemático de sustancias psicoactivas es un fenómeno multicausal, en su dinámica intervienen una serie de factores, y se hacen particulares de acuerdo con las variables del contexto social y personal. A esta multicausalidad subyace un enfoque de factores de riesgo. Los hallazgos señalan que a más temprana edad de inicio “del consumo de drogas” la probabilidad de habituación de los sistemas fisiológicos en el consumidor y la dependencia y adicción a dichas sustancias se incrementa junto con las enfermedades derivadas o asociadas al abuso.

Los factores asociados a la ingesta de sustancias psicoactivas incluyen las políticas de mercado para el alcohol y el tabaco, la legislación sobre el tema, la disponibilidad de las

“drogas” y el acceso a ellas, el mercado negro y el lucro de privado del mismo, las acciones de interdicción y de control sobre éste, así como el fomento y arraigo cultural en los patrones de consumo, la baja percepción de riesgo, las condiciones de vida, el déficit de habilidades sociales, el maltrato entre otros.

La tendencia estimada del uso perjudicial de cualquier sustancia ilícita muestra una tendencia al incremento tanto en el nivel nacional como en el nivel Distrital. Las estimaciones presentadas en la gráfica, se realizan a partir del número de casos notificados en cada periodo anual. No obstante, la población con consumo perjudicial de menores de 18 años se estimó en el último estudio probabilístico llevado a cabo en el año 2016 en 35.914 personas que presentan rasgos de abuso o dependencia a sustancias ilícitas que equivale a una prevalencia del 4,95% con respecto al total de sujetos de este segmento poblacional.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Las acciones de prevención, vigilancia y atención frente al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo vapeadores y tusi, contribuyen de manera directa a la garantía de los derechos de ciudadanía de niñas, niños y adolescentes en el Distrito Capital, al proteger su derecho fundamental a la salud, a la vida, al desarrollo integral y a entornos seguros. Al reducir la exposición temprana a sustancias de alto riesgo y fortalecer la detección oportuna y la atención integral, se promueve el ejercicio pleno de sus derechos en condiciones de igualdad, se previenen trayectorias de exclusión social y se fortalecen las capacidades institucionales para responder de forma adecuada y diferenciada a las necesidades de esta población.

Asimismo, estas acciones aportan al derecho a la participación efectiva de niñas, niños y adolescentes al reconocerlos como sujetos activos de derechos y actores clave en la construcción de entornos protectores. La inclusión de sus voces en procesos de promoción de la salud, prevención del consumo, diseño de estrategias comunicativas y toma de decisiones en escenarios escolares y comunitarios fortalece el ejercicio de la ciudadanía desde edades tempranas, promueve la corresponsabilidad y contribuye a la construcción de una cultura de cuidado, autocuidado y participación incidente en el Distrito Capital.

En 2025, se implementó la estrategia de salud pública *SPAcios de Bienestar*, de alcance distrital, que busca la prevención selectiva e indicada del consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo el bienestar integral de las personas. Esta estrategia contempla intervenciones diferenciadas según el curso de vida, el entorno y el riesgo identificado con la valoración de riesgos, planes de cuidado y seguimiento.



En el contexto escolar las acciones colectivas desarrolladas con estudiantes por parte del sector salud en el marco de la educación para la salud fomentan la reflexión en torno a la salud mental, el autocuidado y la psicoeducación como herramienta clave para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otros riesgos psicosociales. Se abordan contenidos relacionados con el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y la promoción de factores protectores en salud mental. De igual manera, se trabaja con los docentes para su fortalecimiento técnico en la identificación de situaciones de riesgo y la activación de respuestas sectoriales e intersectoriales.

Es importante aclarar que estos contenidos, aunque no están formalmente incorporados en actividades extracurriculares ni en proyectos pedagógicos transversales institucionalizados, sí están diseñados para generar capacidades y conocimientos que puedan ser integrados por las instituciones educativas en sus apuestas pedagógicas propias, contribuyendo así a una cultura de prevención, cuidado y promoción del bienestar emocional en el entorno escolar.

Otras acciones se enfocan en la prevención desde los niveles selectivo e indicado, promoviendo la cesación del consumo inicial y facilitando el acceso a servicios de tratamiento, principalmente en los SPacios de bienestar y las Zonas de Orientación Escolar.

Asimismo, en el marco del desarrollo de las Mesas Locales de Estupefacientes, los requerimientos explícitos sobre casos que se presenten en las Instituciones Educativas Distritales (IED) son gestionadas en las localidades dando respuesta intersectorial.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **41. Tasa de intento de suicidio en niñas, niños y adolescentes**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

La inclusión de indicadores relacionados con la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado) en el análisis de las condiciones de vida de NNA es fundamental porque este fenómeno constituye un marcador sensible del bienestar integral, especialmente del bienestar emocional, social y familiar. La conducta suicida no surge de manera aislada, sino que está estrechamente relacionada con determinantes sociales de la salud, tales como pobreza, violencia intrafamiliar, exclusión social, barreras de acceso a servicios de salud y educación, consumo de sustancias psicoactivas, y experiencias de discriminación o estigmatización.

La conducta suicida evidencia riesgos críticos en el desarrollo emocional y psicosocial, por lo que su análisis aporta insumos para fortalecer acciones de prevención temprana, detección oportuna y acompañamiento continuo. Además, la conducta suicida constituye un evento prioritario en salud pública, por su alta carga social, emocional y económica, así como por su carácter prevenible. Contar con este indicador fortalece los sistemas de vigilancia y alerta temprana, promoviendo acciones intersectoriales que trascienden el sector salud e involucran educación, protección social, justicia y comunidad.

Así mismo, este indicador permite identificar situaciones de vulneración de derechos, dado que la presencia de conductas suicidas en etapas tempranas del curso de vida refleja fallas estructurales en los entornos protectores (familia, escuela, comunidad e instituciones). Su análisis contribuye a visibilizar desigualdades territoriales, sociales y poblacionales, y a reconocer grupos con mayor riesgo, lo que resulta clave para orientar intervenciones oportunas y diferenciales.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de intento de suicidio en niñas, niños y adolescentes, es estratégico porque permite monitorear el impacto de las acciones institucionales en salud mental y protección de la infancia y la adolescencia, y orientar la toma de decisiones basadas en evidencia, facilitando la priorización de recursos y la focalización de intervenciones en territorios y poblaciones de mayor riesgo y evaluar el cumplimiento del enfoque de derechos, teniendo en cuenta la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud mental, a la vida, a la protección y al desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.

La importancia específica del indicador se fundamenta en la comprensión de la conducta suicida. El análisis sistemático permite comprender la conducta suicida como un proceso multicausal, identificar factores de riesgo y de protección, y diseñar estrategias preventivas basadas en el curso de vida. Además, favorece la articulación intersectorial y la evaluación continua de las respuestas institucionales, contribuyendo a reducir la mortalidad evitable y a mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se aborda la tasa de intento de suicidio en niños, niñas y adolescentes (NNA) mediante un enfoque de salud mental comunitaria y el fortalecimiento de redes de apoyo. Se relaciona con la meta estratégica de Reducir la Tasa de Mortalidad por suicidio a 5.7 por 100.000 habitantes

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, especialmente la meta 3.4, que busca promover la salud mental y el bienestar, ODS 10: Reducción de las desigualdades, al permitir identificar brechas sociales y territoriales y ODS 16: Paz, justicia

e instituciones sólidas, en tanto la prevención del suicidio implica fortalecer sistemas de protección, acceso a servicios y entornos seguros para niños, niñas y adolescentes.

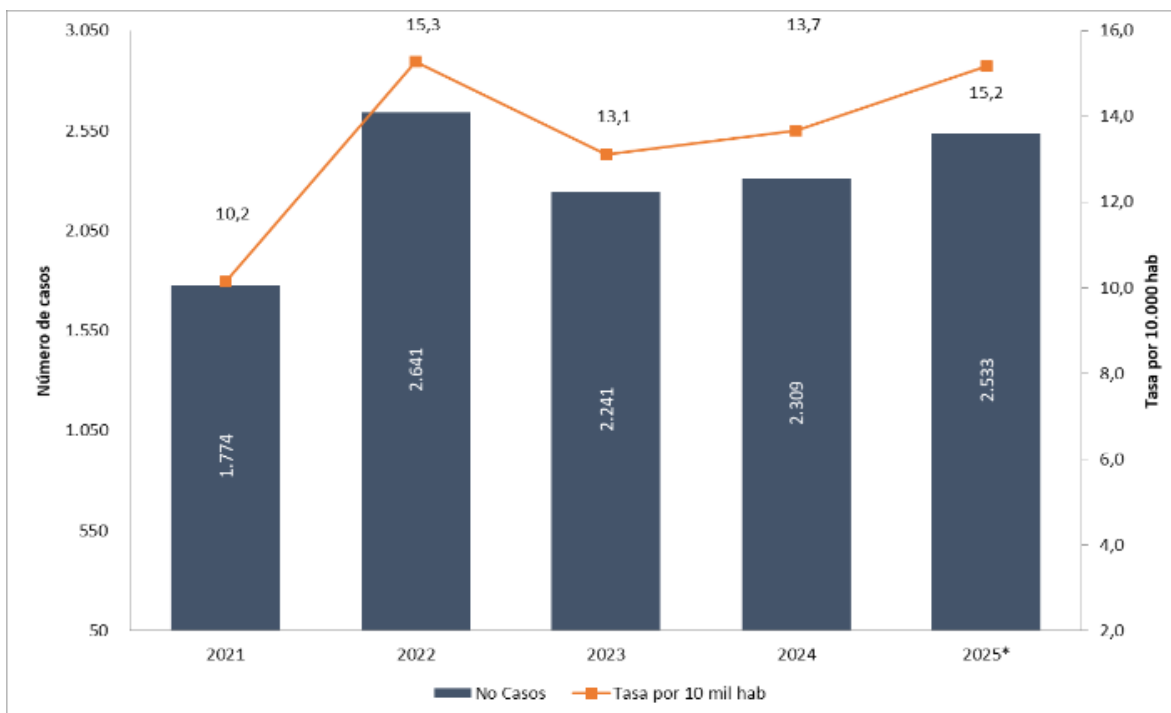
En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.3.2 Estrategia de promoción del bienestar emocional y prevención de las afectaciones en salud mental de niños, niñas y adolescentes en establecimientos educativos priorizados y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Tasa de intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes busca conocer el número de casos de intentos de suicidio por cada 10.000 menores de 18 años que residen en Bogotá D.C. durante un año determinado. Esta medición, que se enmarca en la categoría de derechos de protección, expresa la magnitud de dicha problemática y se calcula dividiendo el número total de intentos de suicidio en menores de 18 años entre el total de la población menor de 18 años para el mismo año, multiplicando el resultado por una constante de 10.000. Los datos se obtienen de la base del Subsistema de Vigilancia de Conductas Suicidas (SISVECOS) y presentan una periodicidad anual con registros disponibles desde el año 2013.

En cuanto a su desagregación, el indicador permite el análisis por sexo, distinguiendo entre hombres y mujeres, y cuenta con cobertura geográfica para todas las localidades de Bogotá, incluyendo las zonas rurales y urbanas. Para la construcción de las tasas se emplean las proyecciones de población del DANE basadas en el censo de 2018, utilizando la serie 2005-2035 para los años previos a 2020 y la actualización post-COVID de las proyecciones 2020-2050 para los periodos más recientes.

### 1.4. Gráfica 52. Tasa de intento de suicidio en menores de 18 años en Bogotá D.C.



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá - Subsecretaria de Salud Pública - Subdirección de Vigilancia Epidemiológica - Subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS). Base de datos años: 2019 - 2025\* (Preliminar). Base de datos: 2025 con corte: 13/01/2026.

### 1.5. Análisis del indicador:

Este indicador mide el número de menores de 18 años de edad, residentes en Bogotá que son notificados al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida y que presentan conducta de intento suicida y que son captados por el subsistema, sobre el total de la población hasta los 17 años de edad por cada 10.000 habitantes del mismo segmento poblacional.

En coherencia con las cifras presentadas a continuación en el Distrito, la Organización Mundial de la Salud, ha amplificado los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de la conducta suicida, como la pérdida de empleo o la situación económica, los traumas o abusos, los trastornos mentales y las barreras de acceso a la atención de salud.

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. Lo más significativo

es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general (1).

A partir de lo expuesto y teniendo en cuenta el incremento en la notificación de los casos de conducta suicida no fatal, el cual se evidencia a partir del año 2021 en el Distrito Capital y atendiendo a que dicho fenómeno es una prioridad en salud pública, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud al referirse a la relación de los efectos derivados de la pandemia, en términos de que más personas experimentan pérdidas, sufrimiento y estrés, además de la exacerbación de síntomas en los individuos con diagnósticos previos de trastornos de salud mental y del comportamiento la Secretaría Distrital de Salud emite la circular 042 del 19 de agosto 2021, dirigida a promulgar las recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la conducta suicida en Bogotá, D.C.

Entre 2021 y 2025\* se observa un comportamiento fluctuante, con una tendencia global al aumento respecto al inicio del periodo, aunque con un descenso intermedio:

El aumento entre 2021 y 2022 ( $\approx 49\%$ ) sugiere un deterioro significativo del bienestar mental, posiblemente asociado a efectos postpandemia, mayor visibilización del evento y fortalecimiento de la notificación. La reducción observada en 2023 no se consolida como una tendencia sostenida, dado que en 2024 y 2025\* los casos vuelven a incrementarse.

Se destaca que, el valor más alto en términos de tasa por 10.000 hb, se registra en el año 2022 (15,3) y en 2025<sup>1</sup> la tasa vuelve a alcanzar niveles cercanos a ese pico, lo que sugiere una reactivación del riesgo poblacional.

Este comportamiento reafirma que los intentos suicidas constituyen un evento persistente y no resuelto, con oscilaciones que requieren seguimiento continuo.

La coherencia entre el aumento de casos y el incremento de la tasa indica que: El los intentos suicidas como un indicador sensible de las condiciones de vida, especialmente en poblaciones vulnerables como niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo con los datos registrados para el periodo anual 2024, se encontró que 2.502 casos corresponden a intento suicida en menores de 18 años presentándose una tasa anual de 14,8 casos por 10.000 niños, niñas y adolescentes. Al comparar los casos por sexo se evidencia que 687 casos (27,46%) corresponde a hombres con una tasa de 8,0 y se registran 1.815 casos (72,54%) en mujeres y tasa de 21,9; esto refleja una razón de 2,6 casos de intento en niñas por cada niño que presenta intento suicida.

El evento muestra un incremento, en la notificación del evento al comparar el año 2024 con el periodo inmediatamente anterior con 261 registros de más y una variación del 11,65 % con el año 2023 y una diferencia en la tasa de 1,7 casos de intento suicida por cada 10.000 menores de 18 años respecto al año anterior. Sin embargo, al comparar el periodo anual 2.023 respecto al año 2.019 se observa una diferencia con tendencia al incremento en la tasa de 8,8 casos por 10.000 Niños, niñas y adolescentes.

El análisis de los intentos de suicidio en menores de 18 años en Bogotá entre 2021 y 2025\* evidencia un incremento sostenido del evento a nivel distrital, así como una concentración territorial persistente en determinadas localidades. A nivel global, el Distrito pasó de 1774 casos en 2021 a 2533 casos en 2025\*, lo que representa un incremento acumulado cercano al 43 %, con un pico relevante en 2022 y una tendencia posterior a la estabilización en niveles elevados, lo que confirma la magnitud y persistencia del problema en población infantil y adolescente.

Desde la perspectiva territorial, se observa que las localidades de Kennedy, Bosa, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Usme concentran de manera reiterada el mayor volumen de casos a lo largo del quinquenio. En particular, Kennedy registra el mayor número absoluto en todos los años analizados, alcanzando 313 casos en 2025\*, seguida de Engativá (414 casos) y Bosa (286 casos), lo que sugiere una relación consistente entre alta densidad poblacional, condiciones de vulnerabilidad social y mayor ocurrencia del evento. Estas localidades configuran territorios prioritarios para la focalización de acciones preventivas y de atención integral.

En contraste, localidades como La Candelaria, Sumapaz, Antonio Nariño y Chapinero presentan cifras comparativamente menores; no obstante, la presencia sostenida de casos incluso en territorios con baja población infantil indica que la conducta suicida en menores no es un fenómeno exclusivo de zonas de alta concentración poblacional, sino un evento transversal que requiere abordajes diferenciales según contexto territorial.

En relación con el sexo, el análisis muestra una mayor frecuencia de intentos de suicidio en mujeres menores de 18 años en todas las localidades y durante todo el periodo evaluado. A nivel distrital, las mujeres representan de forma consistente más del 70 % de los casos, situación que coincide con el patrón epidemiológico descrito en la literatura, donde los intentos son más frecuentes en mujeres, mientras que la mortalidad por suicidio se concentra en hombres. Este hallazgo refuerza la necesidad de incorporar enfoques de género, curso de vida y salud mental escolar en las estrategias de prevención.

Finalmente, el comportamiento observado confirma que el intento de suicidio en menores de edad constituye un evento centinela y trazador de salud mental, altamente sensible a factores familiares, escolares, sociales y comunitarios. La persistencia de cifras elevadas y su concentración territorial subrayan la importancia de fortalecer la detección temprana, la articulación intersectorial (salud, educación, integración social y protección) y el seguimiento oportuno de los casos notificados a través del sistema de vigilancia, como elementos clave para la reducción del riesgo suicida en niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el marco de la Política Pública Distrital de Salud Mental adoptada mediante el CONPES 34 de 2023 uno de los productos del plan de acción corresponde a la implementación del plan de prevención y atención a la conducta suicida que tiene por objeto fortalecer la respuesta intersectorial e integrada para la prevención y atención primaria de la conducta suicida.

Este plan fue construido bajo la metodología de sala situacional en el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental e integra acciones sectoriales e intersectoriales desde cuatro líneas estratégicas.

- Estrategia de comunicación: Permitiendo el desarrollo de una estrategia intersectorial que permita unificar la línea técnica para hablar de prevención de suicidio en la ciudad.
- Desarrollo de capacidades: Estrategia fundamental fortaleciendo al talento humano de distintos sectores para que puedan identificar el riesgo suicida de forma temprana, brindar primeros auxilios psicológicos, activar las rutas de atención y acompañar desde una perspectiva ética, empática y no estigmatizante.
- Atención en salud: Da respuesta a la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta del sistema para detectar y actuar ante el riesgo y contempla el desarrollo de acciones de prevención de la conducta suicida en entornos priorizados, la canalización de personas con riesgo de suicidio a la atención individual, el fortalecimiento de capacidades de las EAPB e IPS para la implementación de la ruta de atención en salud mental donde la conducta suicida es prioritaria; los procesos de atención pre hospitalaria en salud mental para los eventos que se activen con necesidades por riesgo de suicidio a través de la Línea 123 y las orientaciones derivadas de la Línea 106.
- Gestión de la información: Permite orientar la tomar decisiones basadas en datos, focalizar acciones preventivas y hacer seguimiento al impacto del plan de esta



manera se cuenta con el Subsistema SISVECOS a través del cual se genera el monitoreo de los indicadores en sus diferentes expresiones, así como las investigaciones epidemiológicas de campo que posibilitan la caracterización del evento.

Adicionalmente, La Secretaría Distrital de Salud dispone a la comunidad la Línea 106 “El Poder de ser escuchado”, que es una línea de escucha, apoyo en salud mental e intervención en crisis no presencial, que atiende al área del Distrito Capital. Brinda orientación en la temática de salud mental, entre las que se encuentra la conducta suicida, así como cualquier otra inquietud relacionada con el bienestar emocional de las personas.

La Línea 106 inició su operación en 1997 y desde entonces funciona de manera ininterrumpida las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Con el fin de garantizar mayor accesibilidad, actualmente cuenta con diferentes canales de contacto:

- Chat de WhatsApp: 3007548933.
- Llamada gratuita al número 106 desde un teléfono fijo o celular en Bogotá.
- Facebook: @linea106.
- Correo electrónico: [linea106@saludcapital.gov.co](mailto:linea106@saludcapital.gov.co).
- Plataforma LiteralMente: <https://literalmente.saludcapital.gov.co/salud-mental/salud-mental-y-bienestar/>.

En este sentido, desde la Línea 106 entre los años 2021 a 2025 se realizaron un total de 485.026 intervenciones, de las cuales 79.777 (16,44%) se realizaron a situaciones relacionadas con niños, niñas y adolescentes y de ellas, 6751 (8,46%) tuvieron como motivo de atención la conducta suicida, ante los cuales se realizó orientación psicológica; notificación al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida- SISVECOS; Canalización al Sistema de Información de la Referencia y Contrarreferencia - SIRC para atención en salud por parte de los respectivos aseguradores en Salud y activación de la atención prehospitalaria en salud informando el caso a la Línea 123 de Urgencias y Emergencias.

Específicamente, desde la Línea 106 durante el año 2025 se realizaron un total de 159.779 intervenciones, de las cuales 21.677 (13,56%) se realizaron a situaciones relacionadas con niños, niñas y adolescentes y de ellas, 2.326 (10,7%) tuvieron como

motivo de atención la conducta suicida, ante los cuales se realizaron las intervenciones previamente señaladas para este tipo de situaciones.

El comportamiento suicida en niñas, niños y adolescentes en Bogotá constituye un evento no esperado y de alta sensibilidad al afectar de manera directa el derecho a la vida, la salud mental y el desarrollo integral de una población reconocida como sujeto de especial protección. En este marco, el indicador de intento de suicidio es una señal temprana de alerta para focalizar acciones intersectoriales, con énfasis en la identificación oportuna, el acompañamiento psicosocial y la generación de entornos protectores que mitiguen su impacto y prevengan desenlaces fatales en la infancia y adolescencia.

Teniendo en cuenta el Plan de Prevención y Atención a la conducta suicida con sus cuatro líneas estratégicas para dar respuesta al indicador de intento de suicidio las distintas actividades formuladas y en ejecución están siendo impulsadas desde la mesa de promoción y prevención del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental articulando estos procesos con los consejeros y consejeras que participan por parte de las entidades del distrito (educación, integración social, mujer y cultura), la academia y los demás actores que lo conforman como el Colegio colombiano de psicología y trabajo social, asociaciones de distintas facultades y representantes de organizaciones sociales y comunitarias y se complementa con el fortalecimiento de los procesos de atención que tienen presente orientaciones técnicas en promoción de la salud mental y atención a situaciones de riesgo priorizando aquellas relacionadas con las señales de alerta en conducta suicida en las niñas, niños y adolescentes.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **42. Tasa de violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra niños, niñas y adolescentes**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

A partir del incremento en la notificación de los casos de violencia intrafamiliar y de género, el cual se evidencia a partir del año 2022 en el Distrito Capital y en el marco de las competencias señaladas en el Decreto 780 de 2016; la Secretaría Distrital de Salud emitió la Circular 019 de 2024 dirigida a promulgar las recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la violencia intrafamiliar y de género en Bogotá, D.C.

Este indicador mide el número de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar en las tipologías definidas por la Secretaría Distrital de Salud (emocional, física,

sexual, económica, negligencia y abandono) de casos notificados al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM).

Para los indicadores de violencia intrafamiliar y de género en general y de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes se realizó la actualización de datos con base cerrada del periodo anual 2024 y publicada en el observatorio de salud (SaluData).

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra niños, niñas y adolescentes, permite comprender la magnitud y las características de este problema ya que proporciona datos sobre la prevalencia en diferentes grupos poblacionales y los lugares de mayor frecuencia (localidad y UPZ), convirtiéndolo en un insumo para la formulación de programas, estrategias y políticas de prevención y respuesta sectorial e intersectorial.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 prioriza la reducción de la violencia intrafamiliar y sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) a través de metas e indicadores específicos integrados en sus ejes de bienestar y seguridad relacionados con la implementación de un plan integral con su respectiva línea de política pública para la prevención del abuso sexual de NNA y el reporte único de presuntos casos de abuso sexual para mejorar la respuesta institucional y evitar la fragmentación de la información. Se relaciona con la meta estratégica de Reducir la Tasa de Mortalidad por suicidio a 5.7 por 100.000 habitantes

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, especialmente la meta 3.4, que busca promover la salud mental y el bienestar, ODS 10: Reducción de las desigualdades, al permitir identificar brechas sociales y territoriales y ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas, en tanto la prevención del suicidio implica fortalecer sistemas de protección, acceso a servicios y entornos seguros para niños, niñas y adolescentes.

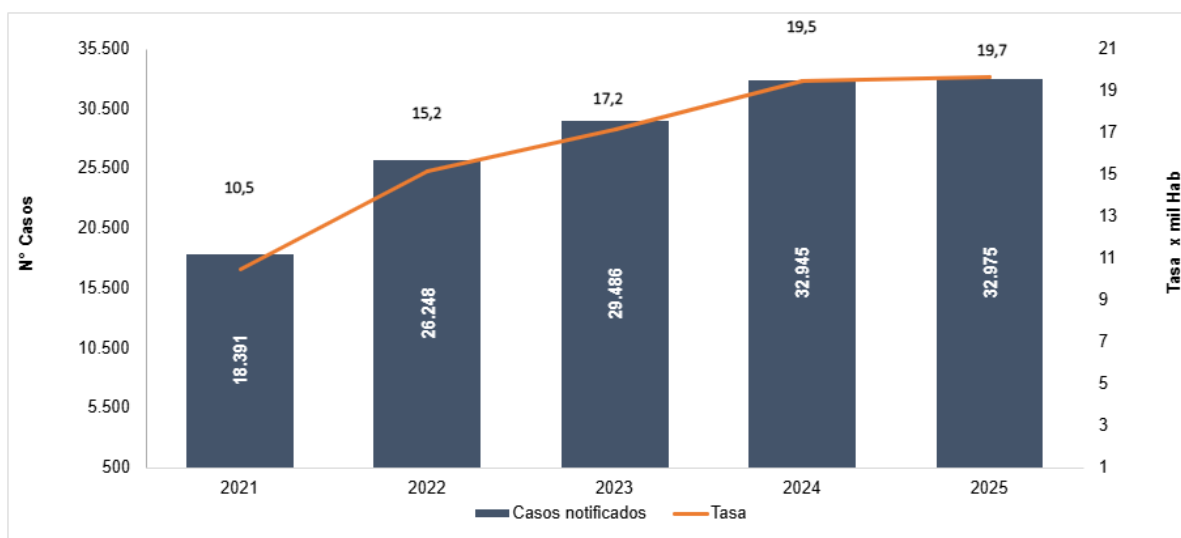
En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.3.2 Estrategia de promoción del bienestar emocional y prevención de las afectaciones en salud mental de niños, niñas y adolescentes en establecimientos educativos priorizados y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Tasa de violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes tiene como propósito identificar el número de casos de violencia reportados por cada 1.000 menores de 18 años que habitan en Bogotá D.C. Esta medición, que se sitúa en la categoría de derechos de protección y el componente de maltrato y violencia sexual, permite interpretar la magnitud de estos eventos de forma anual. El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{No. Total de casos de violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes} \div \text{No. Total de población menor de 18 años para el mismo año}) \times 1.000$ . La información se consolida a partir del Subsistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y de género (SIVIM) de la Secretaría de Salud, con datos disponibles desde el año 2013 que muestran una tendencia variable.

A diferencia de otros indicadores del sector, este no cuenta con un valor de meta o descripción de meta específica registrada en la ficha. En cuanto a su capacidad de análisis, el indicador permite la desagregación por sexo, incluyendo registros de hombres, mujeres e intersexuales, y posee cobertura geográfica para todas las localidades de Bogotá, además del consolidado distrital. Los datos utilizados para el denominador corresponden a las proyecciones poblacionales del DANE. Cabe señalar que la información más reciente, con corte a enero de 2025 para el periodo 2024, tiene carácter preliminar y puede ser objeto de ajustes conforme avance el proceso de vigilancia epidemiológica.

### 1.4. Gráfica 53. Casos y tasas (1.000 hab.) de violencia intrafamiliar y de género en niños, niñas y adolescentes según sexo de la víctima. Bogotá D.C. 2021 a 2025p1



**Fuente:** SDS - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema SIVIM. Bases de datos SIVIM 2021 a 2025\* Información preliminar con corte de la base el 22/01/2025.

#### 1.5. Análisis del indicador:

El indicador mide el número de niños, niñas y adolescentes residentes en Bogotá D.C. que son notificados (casos sospechosos) al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM) sobre el total de niños, niñas y adolescentes por cada 1.000 habitantes según localidad de residencia y de un periodo anual determinado.

El conteo de casos únicos se toma a partir de la violencia emocional, ya que esta se encuentra presente en todas las tipologías de violencia. Dado que, una víctima puede sufrir uno o más tipos de violencia en una situación determinada, e incluso por el mismo o diferente agresor y los casos ingresan como sospechosos como lo establece el protocolo del Instituto nacional de Salud (INS).

Proyecciones de población por localidad Convenio Interadministrativo 095 de 2020 DANE-FONDANE y SDP con base en CNPV DANE 2018. Actualización Post COVID-19. Proyecciones de población a nivel departamental periodo 2020 - 2050. DANE 2025.

La tasa de violencia intrafamiliar y de género en el año 2025<sup>2</sup> se encuentra 19,7 casos por cada 1.000<sup>3</sup> niños, niñas y adolescentes. El comportamiento del evento muestra una variación porcentual con un incremento del 0,1% (n=30) en los casos notificados al SIVIM para el año 2025 (N=32.975) comparado con el año inmediatamente anterior (N=32.945) con un aumento de 0,2 casos en la tasa de violencia intrafamiliar y de género por cada 1.000 niños, niñas y adolescentes en comparación al año 2024.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Desde SIVIM se realizan las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) para la caracterización, orientación y acompañamiento a la activación de la ruta intersectorial de tres componentes: restitución y protección de los derechos de las víctimas, atención integral en salud y el acceso a la justicia (Resolución 0459 de 2012). Pero, es necesario señalar que la responsabilidad de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud frente a los casos identificados con violencia sexual, deben contar previamente con la remisión a las entidades de protección y su respectiva denuncia al sector justicia como lo establece la Resolución 0459 de 2012 en el paso N° 12 "Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: de manera simultánea, el sector salud debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto,

informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia” y el paso N° 13 “Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan”. Lo anterior, acorde a las competencias de la vigilancia en salud pública que se encuentran descritas en el Decreto 0780 de 2016.

Desde el equipo funcional de la Ruta Integral de Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencias (RIA AATV) liderado por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública se trabajó en la construcción y publicación de la Circular 019 de 2024 con el objetivo de dar directrices a los diferentes actores del sistema para el abordaje y atención de las víctimas de violencia intrafamiliar y de género.

Una vez se activa la ruta de atención por el SIVIM o los servicios de salud, se abren oportunidades para el acompañamiento psicosocial integral de las niñas, niños y adolescentes. Estos casos pueden ser derivados a profesionales en los territorios, quienes realizan intervenciones en el contexto familiar, incluyendo visitas domiciliarias en situaciones de maltrato reiterado, con el fin de abordar a madres, padres o cuidadores. Este acompañamiento busca fortalecer las capacidades de cuidado, promover prácticas de crianza protectoras y garantizar la protección y restitución de los derechos de niñas y niños, reconociendo que las violencias que afectan su bienestar muchas veces se originan o perpetúan en el contexto familiar.

Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Salud dispone a la comunidad la Línea 106 “El Poder de ser escuchado”, que es una línea de escucha, apoyo en salud mental e intervención en crisis no presencial, que atiende al área del Distrito Capital. Brinda orientación en la temática de salud mental, entre las que se encuentra la violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, así como cualquier otra inquietud relacionada con el bienestar emocional de las personas.

La Línea 106 inició su operación en 1997 y desde entonces funciona de manera ininterrumpida las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Con el fin de garantizar mayor accesibilidad, actualmente cuenta con diferentes canales de contacto:

- Chat de WhatsApp: 3007548933.

- Llamada gratuita al número 106 desde un teléfono fijo o celular en Bogotá.
- Facebook: @linea106.
- Correo electrónico: [linea106@saludcapital.gov.co](mailto:linea106@saludcapital.gov.co).
- Plataforma LiteralMente: <https://literalmente.saludcapital.gov.co/salud-mental/salud-mental-y-bienestar/>.

Es así como, entre los años 2021 a 2025 se realizaron 2551 intervenciones a situaciones relacionadas con diferentes tipos de violencia, exceptuando la sexual, contra niños, niñas y adolescentes y se realizaron 793 remisiones sectoriales e intersectoriales a dichos casos.

En este sentido, específicamente durante el año 2025 se realizaron 21.677 intervenciones a niños, niñas y adolescentes para todos los motivos de atención, de las cuales 750 (3,45%) fueron clasificadas como situaciones relacionadas con diferentes tipos de violencia, exceptuando la sexual, y se realizaron 757 remisiones sectoriales e intersectoriales a dichos casos.

Por otra parte, a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, un total de 50.634 personas han participado en actividades de educación en salud orientadas a la promoción de la convivencia y prevención del maltrato intrafamiliar.

Con la finalidad de fortalecer las acciones del sector salud para la prevención y atención a las diferentes formas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual y de género, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desarrolla un plan de acción sectorial que incluye actividades de sensibilización y educación en salud a las personas para el fomento de la convivencia y prevención de la violencia, fortalecimiento de la capacidad técnica al talento humano en salud para la detección, la vigilancia y la atención de las diferentes formas de violencia; gestionar la activación de la Ruta Integral de Atención en Salud de Agresiones, accidentes, Traumas y Violencias y gestionar y atender incidentes relacionados con maltrato y violencia sexual que ingresan por la activación de la Línea 123 al CRUE en el marco de la atención prehospitalaria del Sistema de Emergencias Médicas. Este plan está dirigido a toda la población del Distrito capital, por lo que también beneficia a niños, niñas y adolescentes.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **43. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no.**

1.2. Párrafo introductorio:



El indicador número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades remuneradas o no remuneradas es fundamental para el análisis de las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia en Bogotá, ya que permite dimensionar la magnitud del trabajo infantil en sus diferentes modalidades y comprender cómo estas actividades inciden en el ejercicio pleno de derechos como la educación, la salud, el descanso, el juego y el desarrollo integral. La participación temprana en actividades laborales, aun cuando no sea remunerada, puede generar riesgos físicos, emocionales y sociales, así como limitar las oportunidades de aprendizaje y desarrollo propias de la edad, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica.

En el marco de la política pública, el indicador Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no, es clave porque orienta la formulación, seguimiento y evaluación de acciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil, así como al fortalecimiento de entornos protectores y al acompañamiento integral de niños, niñas, adolescentes y sus familias. Su seguimiento permite identificar poblaciones en riesgo, focalizar intervenciones intersectoriales y evaluar el impacto de las estrategias implementadas por el Distrito en el marco de la garantía de derechos.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se articula con los artículos, programas y proyectos orientados a la protección integral, la permanencia escolar, la erradicación del trabajo infantil y la promoción de condiciones de vida dignas para la infancia y la adolescencia. Su inclusión en el análisis contribuye al seguimiento de los compromisos distritales en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo la toma de decisiones basada en evidencia y la articulación entre sectores para la implementación de acciones preventivas y de intervención oportuna.

Este indicador se relaciona con el ODS 8 Trabajo Decente y Crecimiento Económico, Meta 8.7 Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso y poner fin a las formas modernas de esclavitud; ODS1 Fin de la Pobreza, teniendo en cuenta muchas familias dependen del ingreso de los menores para subsistir, perpetuando el ciclo de pobreza intergeneracional; OSD 4. Educación de Calidad, teniendo en cuenta se compite con el tiempo de estudio, aumentando la deserción escolar y disminuyendo el rendimiento académico; ODS 5 Igualdad de Género, ya que las niñas suelen realizar más actividades económicas no remuneradas (trabajo doméstico y de cuidados), que a menudo son invisibilizadas en las estadísticas oficiales y ODS 10 Reducción de Desigualdades, porque el trabajo infantil se concentra en las poblaciones más vulnerables, profundizando la brecha de oportunidades futuras.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.9 Estrategia para la desvinculación y prevención del trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes.

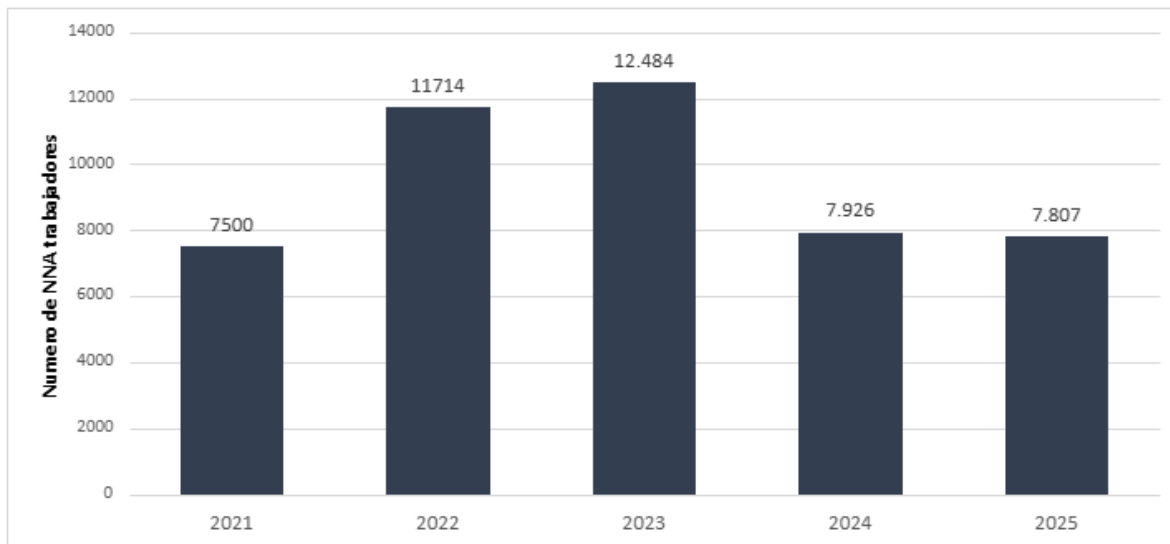
### 1.3. Descripción del indicador:

Para el año 2025, el indicador número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no remuneradas registró un total de 7.807 niños, niñas y adolescentes identificados y caracterizados en el Distrito Capital, quienes se encontraban vinculados a diferentes actividades económicas.

El resultado del indicador se obtiene a partir de un conteo absoluto, cuyo numerador corresponde a la sumatoria de niños y niñas entre 5 y 17 años que realizan actividades económicas en Bogotá, identificados a través de los procesos de búsqueda activa, caracterización e intervención adelantados por el sector Salud. Este indicador no cuenta con denominador, dado que su finalidad es medir el volumen de casos identificados y atendidos en el período de análisis, lo que permite dimensionar la magnitud del fenómeno y orientar la planeación de acciones institucionales.

En cuanto a la interpretación del indicador, el comportamiento observado en los últimos tres años muestra una tendencia decreciente en el número de niños, niñas y adolescentes identificados en actividades económicas. En 2023 se reportaron 12.484 casos, en 2024 la cifra disminuyó a 7.926, y en 2025 se registraron 7.807 casos, evidenciando una reducción progresiva. Esta tendencia puede estar asociada tanto a avances en las estrategias de prevención y desvinculación del trabajo infantil como a ajustes en los procesos de identificación y focalización de casos. En este sentido, el indicador continúa siendo una herramienta clave para el seguimiento del fenómeno y la orientación de acciones intersectoriales que garanticen la protección integral y el ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes.

### 1.4. Gráfica 54. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Equipo GESI Aplicativo Entorno Laboral 2025

#### 1.5. Análisis del indicador:

El resultado del indicador número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no remuneradas contribuye de manera directa al análisis del cumplimiento de los derechos a la protección integral, la educación, la salud, el descanso y el desarrollo integral, en tanto permite dimensionar la magnitud del trabajo infantil y adolescente en el Distrito Capital. La identificación de niños, niñas y adolescentes vinculados a actividades económicas constituye un insumo fundamental para activar rutas de atención, prevenir riesgos asociados al trabajo infantil y orientar acciones de desvinculación y restablecimiento de derechos.

El trabajo infantil se presenta como una alternativa en los hogares con situaciones económicas sociales y culturales específicas, para atender a las condiciones de vida en términos de satisfacer necesidades básicas. Es importante mencionar que, dentro de las principales causas del trabajo infantil, se encuentra el desempleo y empleo precarizado, falta de oportunidades que se traducen en actividades económicas informales en las familias que hacen que vinculen a los niños y adolescentes al trabajo, empresas familiares que requieren mantener la tradición, cultura de trabajo, entre otros.

A continuación, se describen condiciones que perpetúan el trabajo infantil en la ciudad:

- Apoyo a la actividad productiva de la familia que generalmente se da en el sector de la economía informal y que puede darse en un establecimiento o actividades en

calle, con punto estacionario o ambulante, que se constituyen en fuentes de peligro para el desarrollo integral, afectando la salud física y mental, seguridad, moralidad y su educación para la construcción de su proyecto de vida de los niños, niñas y adolescentes.

- Frágiles redes de apoyo para las familias vulnerables, que conllevan a que los niños, niñas y adolescentes sean vinculados prematuramente al trabajo con el fin de aportar al sustento económico, exponiéndose a factores de riesgo y peligros que afectan su desarrollo integral.
- Cambio de roles al interior de las familias, involucrando a los niños y niñas en la actividad productiva o economía de la familia.
- Encierro parentalizado representado en el cuidado de otras personas como niñas o niños pequeños, personas adultas enfermas o en condición de discapacidad y de cuidado de otros y desarrollo de actividades propias del hogar.

Para el año 2023 se presenta un mayor número de niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores identificados, probablemente está asociado al aumento de población migrante en la ciudad, donde las familias utilizan a sus NNA para realizar trabajo infantil y mendicidad, es importante resaltar que adicionalmente se presentan picos del trabajo infantil asociados con el cese de actividades escolares como (Semana Santa, vacaciones de mitad de año, la semana de receso escolar y la temporada decembrina), donde desarrollan actividades laborales para aportar a la economía familiar. Para el año 2025 es importante mencionar que se identificaron y caracterizaron en total 7.807 individuos únicos (niños, niñas y adolescentes).

En cuanto al comportamiento del indicador, se observa una mejora progresiva, reflejada en una disminución sostenida del número de casos identificados en los últimos años con información disponible. En 2023 se registraron 12.484 niños, niñas y adolescentes, cifra que descendió a 7.926 en 2024 y a 7.807 en 2025, lo que evidencia una tendencia decreciente en el volumen de niños vinculados a actividades económicas.

Las posibles razones que explican este comportamiento incluyen el fortalecimiento de las estrategias distritales para la prevención y erradicación del trabajo infantil, la articulación intersectorial para la atención de casos, el acompañamiento a familias en situación de vulnerabilidad y las acciones de sensibilización orientadas a la corresponsabilidad del cuidado y la permanencia escolar.

Este indicador se encuentra estrechamente relacionado con otros indicadores, como el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que realizan más de 15 horas semanales en

oficios del hogar. Su análisis conjunto permite una comprensión más integral de las condiciones de vida y de los riesgos a los que se enfrenta la infancia y la adolescencia.

Si bien el indicador no se encuentra en una alerta crítica inmediata, el volumen de casos identificados en 2025 evidencia un riesgo persistente para la garantía plena de derechos, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Entre las principales brechas se identifican: una brecha socioeconómica, asociada a hogares con ingresos insuficientes; una brecha de género, dado que ciertas actividades no remuneradas recaen con mayor frecuencia en niñas y adolescentes; una brecha de visibilización, relacionada con la normalización social del trabajo infantil; y una brecha territorial, vinculada a diferencias en la capacidad de identificación y respuesta institucional. Estas brechas plantean la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de prevención, seguimiento y articulación intersectorial para avanzar de manera sostenida en la erradicación del trabajo infantil en el Distrito Capital.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) define trabajo infantil a partir del concepto de ocupación que surge de las recomendaciones de la XIII Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo (CIET) de 1982 de la Organización Internacional del trabajo (OIT): “ Todos los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de edad que durante la semana de referencia participaron en el proceso de producción de bienes y servicios, en una de las siguientes situaciones: Trabajaron al menos 1 hora a cambio de ingresos monetarios o en especie, o al menos una hora sin recibir pago en calidad de trabajador familiar sin remuneración o trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. No trabajaron en la semana de referencia por vacaciones, licencias, etc., pero tenían un empleo negocio, o estaban vinculados laboralmente”.

En este sentido, La Secretaría Distrital de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), desde la interacción integral e integrada denominada “planes de cuidado para la salud a través de la desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes del trabajo infantil”, se desarrollaron acciones integrales de educación para el cuidado y bienestar de la salud como aporte del sector para el restablecimiento de los derechos de los niños y adolescentes trabajadores.

1. Identificación de niños, niñas y adolescentes trabajadores por medio de búsqueda activa en los territorios, identificando en los espacios característicos del trabajo infantil, situaciones de trabajo y de acompañamiento al trabajo de los padres o acudientes de los niños y adolescentes, incluyendo primera infancia que se encontraban en situación de

acompañamiento a la ocupación de sus padres principalmente en calle, identificando algunas condiciones de salud que afectan su desarrollo integral, entre ellas bajo peso, enfermedades respiratorias, esquema de vacunación incompleto, alteraciones en la piel, falta de juego y recreación, adicionalmente se realiza la recepción de canalizaciones sectoriales o intersectoriales.

2. Caracterización de condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes, para el reconocimiento socio demográfico, factores de riesgo en salud, socioeconómico, cultural y psicológico que determinaban las actitudes y comportamientos en las familias relacionados con la incorporación de los niños, niñas y adolescentes en el trabajo.

3. Asesorías, acompañamiento y orientación a las familias para promover la adopción de prácticas de cuidado, autocuidado, bienestar en la salud y desarrollo integral a través de la implementación de la estrategia de habilidades para la vida, con el fin de aportar desde el sector salud con la desvinculación del trabajo infantil.

4. Monitoreo de la desvinculación, mediante la cual se realiza seguimiento al plan de trabajo frente al cumplimiento de compromisos definidos conjuntamente y que favorecieron la desvinculación y la modificación de prácticas de protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes identificados a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

5. Se avanza en la gestión intersectorial y alianzas estratégicas con sectores como la Secretaría Distrital de Educación, para la asignación de cupos escolares, Secretaría Distrital de Integración Social para cupos de jardines y acceder a proyectos sociales como Centros Amar, además de otras instituciones que presentan su oferta de recreación, deporte, refuerzo escolar, uso adecuado del tiempo en contra jornada escolar y que permiten que éstos no reincidan en el trabajo infantil.

6. En el Distrito, se han consolidado espacios especializados en la actividad económica y administrativa; para el caso de trabajo infantil se evidencian espacios característicos como las calles, plazas de mercado que tienen a su alrededor comercio callejero, pasajes comerciales, y parques principales de la localidades, en los que se incrementa el trabajo de niños, niñas y adolescentes en temporadas de estrategia comercial como fechas especiales y vacaciones escolares; además de los establecimientos dedicados a diversas actividades económicas. Las principales actividades económicas en las que fueron identificados los niños, niñas y adolescentes trabajadores son: comercio de diversos productos, manufactura, otras asociadas a la supervivencia como venta informal y reciclaje; y trabajos no calificados como oficios en el hogar y cuidadores

## 1. Categoría de Derechos: Protección

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **44. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan en oficios del hogar superior a 15 horas.**

### 1.2. Párrafo introductorio:

El indicador porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que realizan más de 15 horas semanales en oficios del hogar resulta fundamental para el análisis de las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia en Bogotá, en tanto permite visibilizar formas de trabajo infantil no remunerado que, aunque socialmente naturalizadas, pueden afectar de manera significativa el ejercicio pleno de derechos como la educación, el descanso, el juego y el desarrollo integral. Este indicador reconoce que la sobrecarga de tareas domésticas constituye una modalidad de trabajo infantil que incide en las desigualdades de género, limita el tiempo disponible para actividades formativas y recreativas, y puede generar riesgos físicos y emocionales, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Desde la perspectiva de la política pública, su inclusión es relevante porque orienta la toma de decisiones hacia acciones de prevención, corresponsabilidad familiar y fortalecimiento de los sistemas de cuidado, permitiendo identificar brechas y poblaciones en riesgo. Es importante resaltar que esta modalidad de trabajo infantil que en ocasiones es oculta puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de los niños y niñas involucrados, resaltando efectos relacionados con lesiones musculoesqueléticas debido a la carga y el esfuerzo físico excesivo, exposición a sustancias tóxicas y peligrosas que pueden causar daños a la salud, riesgo de accidentes y lesiones debido a el manejo de herramientas y equipos, problemas emocionales entre otros.

El indicador se construye a partir de la proporción de niños, niñas y adolescentes que superan las 15 horas semanales en oficios del hogar, alineándose con los estándares nacionales e internacionales para la medición del trabajo infantil. Asimismo, se articula con los enfoques de derechos, género y curso de vida del Plan de Desarrollo Distrital y con la Política Pública de Infancia y Adolescencia, en particular con los artículos y programas orientados a la erradicación del trabajo infantil, la garantía del derecho a una vida libre de violencias, la promoción del cuidado corresponsable y la generación de entornos protectores que favorezcan el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

En el marco de la política pública, el indicador Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan en oficios del hogar superior a 15 horas, orienta la formulación, seguimiento y



evaluación de acciones dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil, así como al fortalecimiento de entornos protectores y al acompañamiento integral de niños, niñas, adolescentes y sus familias. Su seguimiento permite identificar poblaciones en riesgo, focalizar intervenciones intersectoriales y evaluar el impacto de las estrategias implementadas por el Distrito en el marco de la garantía de derechos.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se articula con los artículos, programas y proyectos orientados a la protección integral, la permanencia escolar, la erradicación del trabajo infantil y la promoción de condiciones de vida dignas para la infancia y la adolescencia. Su inclusión en el análisis contribuye al seguimiento de los compromisos distritales en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo la toma de decisiones basada en evidencia y la articulación entre sectores para la implementación de acciones preventivas y de intervención oportuna.

Este indicador se relaciona con el ODS 8 Trabajo Decente y Crecimiento Económico, Meta 8.7 Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso y poner fin a las formas modernas de esclavitud; ODS1 Fin de la Pobreza, teniendo en cuenta muchas familias dependen del ingreso de los menores para subsistir, perpetuando el ciclo de pobreza intergeneracional; OSD 4. Educación de Calidad, teniendo en cuenta se compite con el tiempo de estudio, aumentando la deserción escolar y disminuyendo el rendimiento académico; ODS 5 Igualdad de Género, ya que las niñas suelen realizar más actividades económicas no remuneradas (trabajo doméstico y de cuidados), que a menudo son invisibilizadas en las estadísticas oficiales y ODS 10 Reducción de Desigualdades, porque el trabajo infantil se concentra en las poblaciones más vulnerables, profundizando la brecha de oportunidades futuras.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.9 Estrategia para la desvinculación y prevención del trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes.

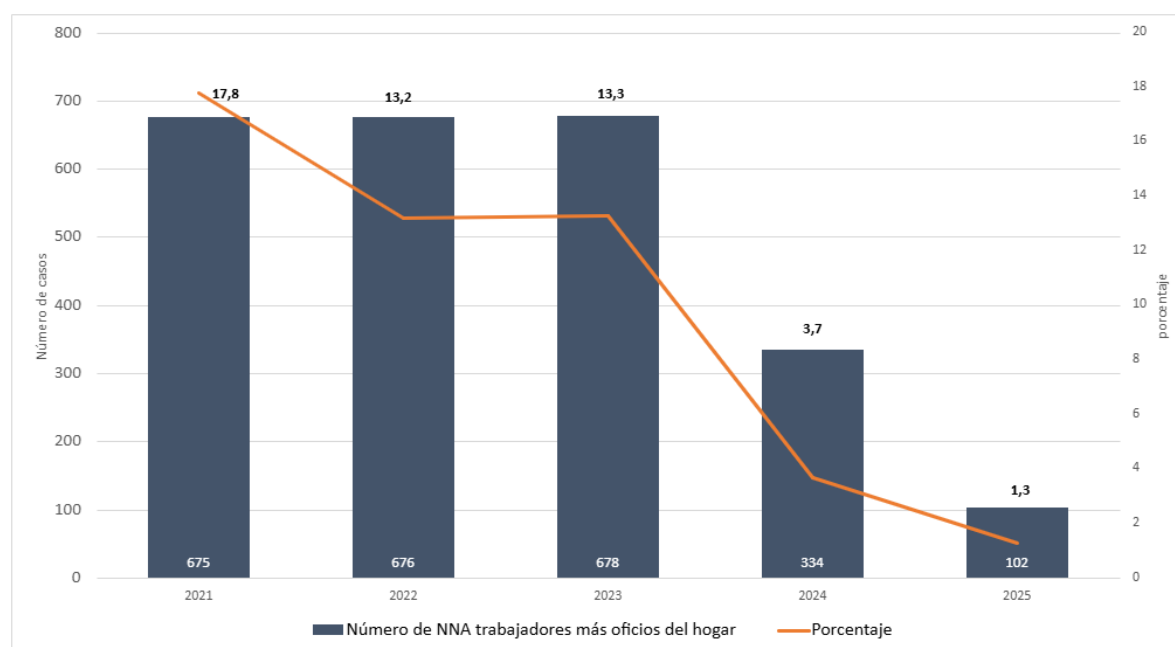
### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan en oficios del hogar superior a 15 horas tiene como objetivo conocer la proporción de menores trabajadores en Bogotá D.C. que, durante los procesos de caracterización y activación de rutas para la desvinculación del trabajo infantil, reportan realizar labores domésticas por

una carga horaria mayor a 15 horas semanales. Esta medición, vinculada a la categoría de derechos de protección y al componente de trabajo infantil, se interpreta como el peso de las tareas del hogar dentro del fenómeno del trabajo infantil y su cálculo se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{No. Total de niñas, niños y adolescentes trabajadores que reportan oficios en el hogar superiores a 15 horas} \div \text{No. Total de niños niñas y adolescentes trabajadores identificados e intervenidos}) \times 100$ . La información se captura a través del Aplicativo entorno laboral de Salud Pública - GESI y el indicador cuenta con datos históricos desde el año 2015.

A pesar de registrar una tendencia decreciente, la meta establecida para el año 2024 busca que el 50% de los trabajadores informales intervenidos por el sector salud logren mejorar sus condiciones de salud y trabajo. El indicador cuenta con una desagregación de carácter geográfico que abarca todas las localidades de Bogotá, incluyendo las zonas rurales y el consolidado distrital, aunque no reporta aperturas por sexo, edad, discapacidad o etnia. Los datos provienen directamente de las intervenciones sectoriales e intersectoriales realizadas en el marco de la vigilancia en salud pública para la protección de la infancia y la adolescencia en la ciudad.

#### 1.4. Gráfica 55. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan más de 15 horas en oficios del hogar. Bogotá DC años 2021-2025



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Equipo GESI Aplicativo Entorno Cuidador Laboral 2025

### 1.5. Análisis del indicador:

Para el año 2025, el indicador porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que realizan más de 15 horas semanales en oficios del hogar presentó un resultado de 1,3%, correspondiente a 102 casos de niños, niñas y adolescentes que realizan oficios del hogar, de un total de 7.807 niños trabajadores identificados e intervenidos en el Distrito Capital. Este resultado evidencia una proporción baja de participación en oficios del hogar frente al total de niños y adolescentes trabajadores atendidos durante la vigencia analizada.

El resultado del indicador se obtiene a partir de la siguiente fórmula de cálculo: el numerador corresponde al número de niños, niñas y adolescentes trabajadores que se reportan realizando oficios del hogar por más de 15 horas semanales, y el denominador corresponde al total de niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados e intervenidos en el período de análisis. El cociente de esta relación se expresa en porcentaje, permitiendo dimensionar la magnitud de esta modalidad de trabajo infantil dentro del universo de casos atendidos.

El comportamiento del indicador muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos tres años. En 2023 se registraron 676 casos, equivalentes al 13% del total de niños trabajadores identificados; en 2024 se reportaron 334 casos, correspondientes al 3,7%; y para 2025 la cifra se redujo a 102 casos, representando el 1,3%. Esta disminución progresiva sugiere avances en las acciones de prevención, identificación o intervención frente al trabajo infantil en oficios del hogar. No obstante, el indicador continúa siendo relevante desde el enfoque de género, dado que este tipo de trabajo no remunerado tiende a afectar en mayor proporción a las niñas y adolescentes, por lo cual su seguimiento resulta clave para identificar posibles brechas, orientar acciones afirmativas y fortalecer estrategias de corresponsabilidad del cuidado en el ámbito familiar y comunitario.

El resultado del indicador porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que realizan más de 15 horas semanales en oficios del hogar contribuye de manera directa al análisis del cumplimiento de los derechos al desarrollo integral, la educación, el descanso, el juego y la protección contra el trabajo infantil, en tanto permite identificar situaciones en las que la carga excesiva de labores domésticas puede interferir con el ejercicio pleno de estos derechos. Una disminución en este indicador representa un avance en la garantía de condiciones de vida adecuadas y en la prevención de formas de trabajo infantil no remunerado que suelen permanecer invisibilizadas en el ámbito familiar.

Dentro de los principales factores que conllevan al desarrollo de trabajos no calificados como oficios en el hogar por parte de niños, niñas y adolescentes se tienen aspectos

fundamentales, relacionados con la pobreza; la exclusión social; la falta de educación, la discriminación étnica y de género; la violencia de la cual son víctima los niños, niñas y adolescentes en sus hogares; los desplazamientos; la migración. Según la Organización Mundial del Trabajo OIT, “los niños, en particular las niñas, además del riesgo de trabajo infantil, pueden verse abrumados por el aumento de las tareas domésticas y las responsabilidades de cuidado”.

De acuerdo a lo anterior, el comportamiento de este indicador, probablemente está asociado a que los niños, niñas y adolescentes en Bogotá, asumieron actividades domésticas como lavar, cocinar, limpieza y mantenimiento del hogar, cuidar a niñas o niños pequeños, personas adultas enfermas o en condición de discapacidad y de cuidado de otros, viéndose un incremento significativo durante el año 2020 asociado a la pérdida de ingresos principalmente entre los jóvenes, las mujeres, los autónomos o independientes, empresas pequeñas y las que tenían acceso limitado al crédito formal, así como los trabajadores ocasionales con niveles bajos de educación formal siendo los sectores más afectados por los confinamientos y por las medidas de distanciamiento social, viéndose afectados con las pérdidas de ingresos que generó la pandemia, motivo por el cual los padres tuvieron que reinventar sus trabajos buscando la reactivación económica, generando carga en las actividades del hogar en NNA; igualmente el fenómeno migratorio aportó en comportamiento del indicador.

Este tipo de trabajo infantil es invisible ya que se da al interior de los hogares, y se reconoce que es una vulneración de derechos: Niñas y niños no pueden ir al colegio por realizar actividades en el hogar, asumen roles de cuidado que corresponden a las personas adultas del hogar, se ven abrumados por las tareas domésticas que deben realizar y no pueden jugar o recrearse, realizan actividades en el hogar con herramientas que pueden lastimarles, realizan actividades que ponen en riesgo su integridad y salud.

La tendencia general del indicador muestra una disminución significativa sin embargo es importante tener en cuenta que los datos pueden estar influenciados por varios factores, como políticas públicas implementadas durante los años de reporte, metodologías utilizadas para el seguimiento del indicador, seguimiento de casos entre otros. Se resalta los procesos de identificación y las actividades promocionales y de sensibilización que se han realizado para favorecer espacios de bienestar en la población infantil y disminuir el riesgo de vinculación a actividades laborales.

En el año 2025 se identificaron 102 Niños, niñas y adolescentes que trabajan más de 15 horas en oficios del hogar en las siguientes localidades encontrando para la localidad de Kennedy un 50,98% (n= 52), Bosa un 27,45 (n=28), Ciudad Bolívar un 9,80% (n=10),

Fontibón un 4,90% (n= 5), Puente Aranda un 4,90 % (n= 5), Tunjuelito un 1,9% (n=2), del total de niños y niñas trabajadores (n=3.386) identificados en las localidades relacionadas desarrollando oficios en el hogar.

En cuanto al comportamiento del indicador, se evidencia una mejora sostenida durante los últimos tres años. En 2023 se registró un 13% (676 casos), en 2024 el indicador descendió al 3,7% (334 casos) y para 2025 alcanzó el 1,3% (102 casos), lo que refleja una tendencia claramente decreciente. Una de las razones de disminución en el indicador, constituye un avance en el cumplimiento de los compromisos distritales en materia de erradicación del trabajo infantil y garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, la persistencia de casos, aunque en menor proporción, evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de prevención con enfoque de derechos, género y curso de vida, especialmente en los entornos familiares donde el trabajo doméstico sigue siendo asumido como una responsabilidad infantil. Otra de las razones puede obedecer a las dificultades en la identificación de adolescentes que realizan oficios en el hogar, esta actividad suele estar invisibilizada, lo que hace necesario un mayor conocimiento y articulación intersectorial para su adecuada captación. Así mismo es fundamental desarrollar estrategias junto con diferentes actores para fortalecer la identificación de niños, niñas y adolescentes en esta situación y garantizar su protección y bienestar.

A pesar de la disminución sostenida del indicador en los últimos tres años, persisten brechas estructurales y operativas que limitan el pleno ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes que realizan oficios del hogar. En primer lugar, se identifica una brecha de género, dado que este tipo de trabajo no remunerado tiende a recaer principalmente en niñas y adolescentes mujeres, reforzando roles tradicionales de cuidado y generando desigualdades en el uso del tiempo, el acceso a espacios educativos, recreativos y de participación.

En segundo lugar, se evidencia una brecha socioeconómica, ya que los casos identificados suelen concentrarse en hogares con mayores niveles de vulnerabilidad, donde la sobrecarga de oficios del hogar responde a la ausencia de redes de apoyo, limitaciones en el acceso a servicios de cuidado y condiciones laborales precarias de los adultos responsables. Esta situación incrementa el riesgo de normalización del trabajo infantil doméstico.

Asimismo, persiste una brecha de visibilización y registro, dado que los oficios del hogar se desarrollan en el entorno familiar y suelen ser percibidos como prácticas culturales o de apoyo cotidiano, lo que dificulta su identificación oportuna. Esto limita la capacidad

institucional para dimensionar la magnitud real del fenómeno y orientar acciones focalizadas.

Finalmente, se identifica una brecha en corresponsabilidad del cuidado, asociada a la persistencia de prácticas familiares que asignan responsabilidades domésticas excesivas a niños, niñas y adolescentes, sin una distribución equitativa de las tareas entre los miembros del hogar. Esta brecha evidencia la necesidad de fortalecer acciones pedagógicas, comunitarias e intersectoriales que promuevan una cultura del cuidado compartido y la garantía de derechos en el entorno familiar.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Desde el sector salud, los resultados y el comportamiento del indicador se explican por la implementación de acciones orientadas a la identificación, caracterización, asesorías y seguimiento de niños, niñas y adolescentes trabajadores, lo que ha permitido reconocer las actividades que desarrollan en el entorno donde se encuentran y los riesgos asociados a los oficios del hogar. A partir de este proceso, se han implementado acciones de educación para el cuidado de la salud y el bienestar, en el marco del Plan Integral de Respuesta para la Desvinculación del Trabajo Infantil, mediante asesorías familiares enfocadas en el fortalecimiento de habilidades para la vida, la comprensión de las implicaciones del trabajo infantil en la salud física y mental, y la identificación de riesgos y peligros a los que se exponen niños, niñas y adolescentes en la realización de oficios en el hogar.

Las actividades promocionales con las familias y cuidadores desde el sector salud han permitido un proceso de sensibilización y concientización sobre la importancia que los niños, y niñas realicen actividades propias de su curso de vida con el fin de disminuir el riesgo de vinculación a actividades laborales, se ha logrado abordar temáticas a través de la estrategia de habilidades para la vida y otros temas transversales que permiten generar herramientas en las familias que aportan al proceso de desvinculación de la población infantil, se resalta temáticas como proyecto de vida, pautas de crianza, comunicación asertiva, empatía, toma de decisiones entre otros.

Estas acciones han promovido el autocuidado, el desarrollo integral y la toma de conciencia sobre la necesidad de desvinculación del trabajo infantil, tanto en los niños, niñas y adolescentes como en sus familias y cuidadores. De manera complementaria, se ha realizado seguimiento a los compromisos adquiridos durante la intervención, orientados al fortalecimiento de las condiciones familiares y sociales que posibilitaron la desvinculación del trabajo infantil, así como a la modificación de prácticas de cuidado que inciden en la protección de la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes trabajadores.

Finalmente, se han desarrollado procesos de canalización sectorial e intersectorial de los casos identificados, garantizando el acceso a la oferta institucional pertinente y fortaleciendo la respuesta integral que aporte a la prevención y erradicación del trabajo infantil en el Distrito Capital.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **45. Porcentaje de niñas y niños trabajando incluyendo oficios del hogar**

NOTA: No se da respuesta al indicador Porcentaje de niñas y niños trabajando, incluyendo oficios del hogar – SDS, teniendo en cuenta que la información de este ya está contenida en el indicador Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no - SDS y en el análisis. La unidad de medida de un indicador está en número absoluto y el otro con porcentaje.

### 1.7 Aportes a la garantía de los derechos de ciudadanía y participación de niñas, niños y adolescentes.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), promovió la participación social en salud de niños, niñas y adolescentes, socializando en los diferentes espacios intersectoriales a nivel distrital y locales como los Consejos Consultivos de Niños, Niñas y Adolescentes (CCNNA) las acciones de promoción, prevención y atención que desde la gestación y hasta la adolescencia tienen derecho como ciudadanos, sustentado en los principios de equidad territorial, justicia social y atención centrada en las personas, reconociendo las múltiples realidades sociales, culturales y económicas que atraviesan los niños y niñas en la ciudad.

A través del Modelo de Salud Mas Bienestar y la estrategia de Atención Primaria Social (APS) se posibilitó la participación social transformadora, incidente y efectiva en la construcción de ciudadanías empoderadas, contribuyendo a mejorar la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes en los territorios como sujetos de derechos, para lo cual priorizó garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar con una atención desde la gestación y hasta la adolescencia recibiendo atención integral en salud, nutrición, vacunación y bienestar, promoviendo la equidad territorial y social.

Las acciones desarrolladas se orientaron a promover una participación social transformadora, vinculando activamente a NNA, sus familias, cuidadores, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y redes locales en procesos de diálogo, concertación y toma de decisiones relacionadas con su bienestar integral entre las cuales se destacan:



Adicionalmente, la SDS implementó estrategias intersectoriales y comunitarias que reforzaron el cuidado de la salud mental, el fortalecimiento de capacidades socioemocionales, la promoción del juego como herramienta de desarrollo y la generación de espacios protectores para el ejercicio pleno de sus derechos.

En la vigencia del 2025, en el marco de la conmemoración distrital del Acuerdo 887 de 2023, centrado en la participación integral e incidente de niñas, niños y adolescentes se desarrollaron acciones que permitieron escuchar, valorar y ser consideradas sus voces dentro de los procesos institucionales, reconociéndolos como agentes sociales con capacidad de decisión sobre asuntos que afectan su bienestar.

Las actividades desarrolladas por la SDS en la jornada promovieron la reflexión sobre el autocuidado, la salud emocional, la corresponsabilidad y el bienestar colectivo, para lo cual se utilizaron metodologías lúdicas, creativas y de animación sociocultural que fortalecieron los vínculos comunitarios y la inclusión.

Como parte de las estrategias pedagógicas y participativas, la SDS diseñó, desarrolló y produjo el audiolibro: “Luna, la niña unicornio y la misión Más Bienestar”, considerada una herramienta innovadora que surgió como una iniciativa creativa para promover el bienestar emocional, la autorreflexión y el autocuidado a través del juego y la narrativa, permitiendo la participación destacada de niños y niñas líderes, quienes aportaron ideas, personajes y reflexiones desde su experiencia garantizando que el contenido fuera cercano, representativo y significativo para otros niños y niñas.

La implementación del audio libro permitió la identificación y expresión de emociones además de promover prácticas de autocuidado y hábitos saludables, reconociendo el valor de la empatía, la solidaridad y la convivencia pacífica e incentivar la creatividad y la imaginación como herramientas de bienestar y visibilizar la voz infantil como parte central de los procesos pedagógicos y comunitarios.

El resultado fue un recurso accesible, adaptado para diferentes edades y contextos culturales, que permitió trabajar temáticas de salud y la participación de manera dinámica y cercana, integrando acciones relacionadas con:

Desarrollo de conversatorios guiados sobre bienestar emocional, autocuidado y participación

- Participación en juegos cooperativos orientados a fortalecer habilidades comunicativas y relacionales.

- Desarrollo de dinámicas de construcción colectiva, donde los niños y niñas expresaron ideas sobre cómo mejorar su entorno.
- Participación en actividades creativas, como ilustración de personajes, representación de escenas y creación de mensajes de bienestar en salud.

La participación activa de los niños, niñas y adolescentes evidenció la importancia de generar espacios en los cuales puedan expresarse sin restricciones, fortalecer su autoestima, y comprender que son actores fundamentales en la construcción de una ciudad más justa y equitativa. La estrategia pedagógica implementada de animación sociocultural, permitió promover la participación desde el juego y la creatividad, logrando potencializar la autonomía y la toma de decisiones en la niñez y favoreciendo la transformación social desde una construcción colectiva, reafirmando el derecho a la participación como un ejercicio permanente y no meramente de consulta.

La secretaria Distrital de Salud replicó durante el 2025 la estrategia pedagógica del audiolibro: “Luna, la niña unicornio y la misión Más Bienestar” por los equipos territoriales de la SDS en jornadas locales y distritales de salud, actividades comunitarias dirigidas a primera infancia, infancia y adolescencia, encuentros de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, espacios educativos en centros comunitarios, colegios y parques, ferias y eventos distritales orientados a la salud y el desarrollo infantil, lo que permitió ampliar el impacto de la estrategia, garantizando el acceso a un recurso educativo de alta calidad y fortaleciendo los procesos participativos con niños, niñas y adolescentes en diferentes territorios, permitiendo un acercamiento comunitario y de trabajo territorial.

La creación e implementación del audiolibro “Luna, la niña unicornio y la misión Más Bienestar” representa un avance significativo en la incorporación de herramientas pedagógicas innovadoras dentro de las acciones de promoción de la salud y participación infantil lideradas por la Secretaría Distrital de Salud, permitiendo visibilizar la voz y liderazgo infantil en procesos institucionales, fortalecer espacios de participación donde los niños y niñas expresan necesidades, ideas y sentimientos, impulsar el bienestar emocional como eje central de la salud pública infantil, fomentar comunidades más democráticas, equitativas y solidarias y consolidar metodologías basadas en el juego y la creatividad como herramientas de transformación social logrando pasar de la recepción de servicios a convertirse en sujetos activos de decisiones, expresiones y propuestas.

Los logros obtenidos estuvieron orientados en 6 ejes estratégicos, primero la innovación pedagógica y metodológica, segundo la participación incidente de niñas, niños y adolescentes, tercero el fortalecimiento de la salud emocional y del autocuidado en la infancia, cuarto la articulación estratégica con el Modelo de Salud de Bogotá – MAS

Bienestar, quinto el impacto territorial y ampliación de cobertura y sexto el aporte a la política de primera infancia, infancia y adolescencia del Distrito.

academia y abordaje comunitario, buscando fortalecimiento técnico del personal en salud.

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **46. Número de niñas, niños y adolescentes trabajadores que se afilian al Régimen Subsidiado a partir de la intervención de salud**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El indicador número de niñas y adolescentes entre 5 y 17 años afiliadas al régimen subsidiado a partir de la intervención en salud es relevante para el análisis de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, en la medida en que permite evidenciar el acceso efectivo al derecho fundamental a la salud, especialmente en poblaciones que presentan mayores niveles de vulnerabilidad social y económica. La afiliación al régimen subsidiado no solo garantiza la atención oportuna y continua en los servicios de salud, sino que también incide de manera directa en la prevención de enfermedades, la detección temprana de riesgos y la promoción del desarrollo integral, aspectos esenciales para el bienestar y la protección de la infancia y la adolescencia.

En el marco de la política pública, el indicador Número de niñas, niños y adolescentes trabajadores que se afilian al Régimen Subsidiado a partir de la intervención de salud, resulta estratégico porque permite medir la capacidad institucional del sector salud para identificar barreras de acceso al aseguramiento en salud, gestionar la afiliación y reducir brechas de inequidad en salud, en concordancia con el enfoque de derechos, género y curso de vida. Su seguimiento aporta evidencia para la toma de decisiones orientadas al aseguramiento universal y al fortalecimiento de las acciones de protección social dirigidas a niñas y adolescentes no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se articula con los artículos, programas y proyectos orientados particularmente a la garantía del derecho a la salud, la atención integral, la reducción de desigualdades y la protección especial de la niñez y la adolescencia.

Este indicador se relaciona con el ODS 8 Trabajo Decente, Meta 8.7 busca erradicar el trabajo infantil en todas sus formas. La afiliación a salud asegura que, en los casos permitidos, el trabajo sea “protegido” y no comprometa el desarrollo del menor.; ODS 1 Fin de la Pobreza, porque al integrar a los jóvenes al sistema formal de seguridad social, se

previene que accidentes o enfermedades laborales empujen a las familias hacia la pobreza extrema; y ODS 3 Salud y Bienestar, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, teniendo en cuenta que el acceso equitativo al sistema de salud para jóvenes trabajadores reduce las brechas de desigualdad.

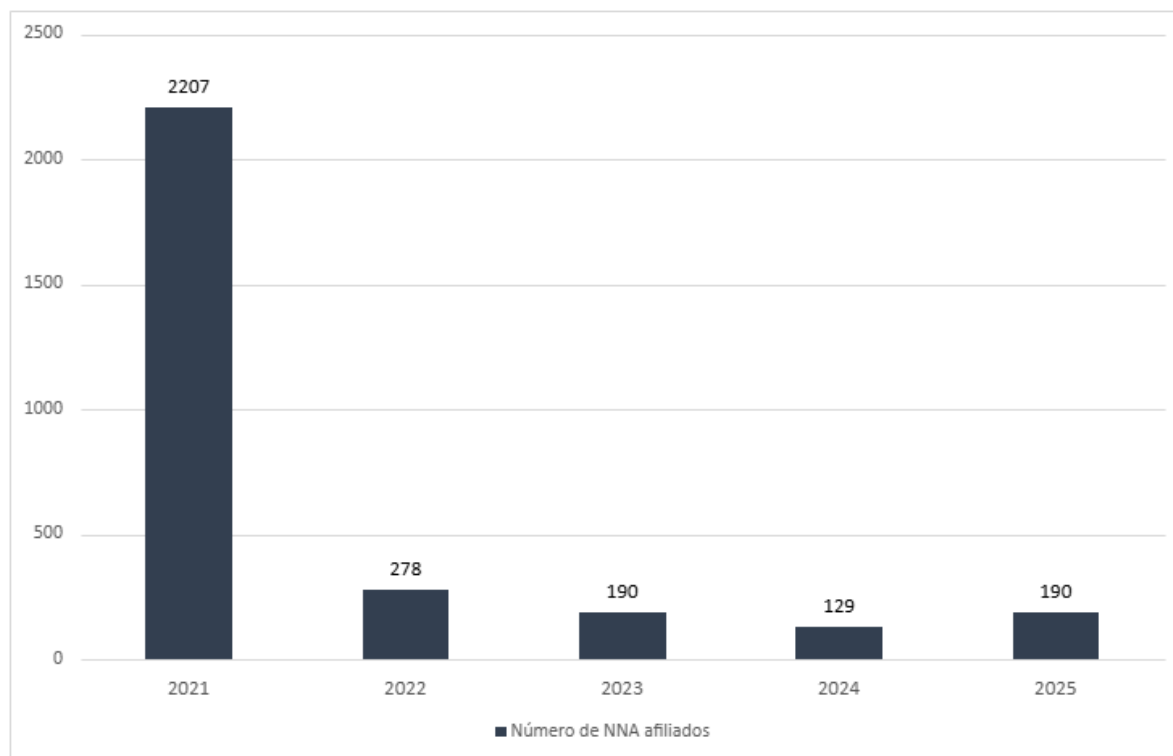
En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.9 Estrategia para la desvinculación y prevención del trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes.

### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador denominado Número de niñas, niños y adolescentes trabajadores entre 5 y 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado a partir de la intervención en salud tiene como objetivo contabilizar a los menores que, tras ser identificados sin cobertura durante los procesos de intervención institucional en Bogotá D.C., logran ser asegurados efectivamente en el sistema de salud. Esta medición se clasifica en la categoría de derechos de protección y forma parte del componente de trabajo infantil, interpretándose como el resultado directo de la gestión para garantizar el derecho a la salud de esta población vulnerable. El cálculo del indicador se define de forma absoluta como el Número de niños, niñas y adolescentes trabajadores que se aseguran al Régimen Subsidiado a partir de la intervención de salud. Los datos se consolidan mediante el cruce de información entre el Aplicativo GESI de entorno laboral de Salud Pública y la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), gestionada por la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

Este indicador, cuya unidad de medida es la frecuencia, cuenta con registros disponibles desde el año 2018 y presenta una tendencia variable en su comportamiento anual. La meta establecida para 2024 busca que el 50% de los trabajadores informales intervenidos por el sector salud logren mejorar sus condiciones de salud y trabajo. En cuanto a su desagregación, el indicador permite un análisis geográfico detallado por todas las localidades de Bogotá, el total distrital y las zonas rurales o urbanas, aunque no reporta aperturas por sexo, grupos específicos de edad, discapacidad o pertenencia étnica. Como observación técnica, el reporte se apoya en la caracterización realizada con padres o cuidadores en el entorno laboral, validando posteriormente la afiliación efectiva mediante los cruces de bases de datos oficiales de la Secretaría Distrital de Salud.

1.4. Gráfica 56. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, con afiliación al Régimen Subsidiado a partir de la intervención en salud.



Fuente: Dirección de aseguramiento y garantía del derecho a la salud - Base de Datos Única de Afiliados BDUA 2025

1.5. Análisis del indicador:

El resultado del indicador se obtiene mediante la aplicación de la fórmula de cálculo definida en su hoja de vida, cuyo numerador corresponde al número de niños, niñas y adolescentes que son asegurados al régimen subsidiado a partir de la intervención del sector salud, identificados durante los procesos de atención, caracterización y acompañamiento. Este indicador se expresa como un valor absoluto, dado que no contempla denominador, y su finalidad es medir la capacidad de gestión del sector salud para facilitar el acceso al aseguramiento de la población infantil y adolescente no afiliada.

En cuanto a la interpretación del indicador, el comportamiento observado en los últimos años muestra una variación en el número de afiliaciones logradas. En 2023 se registraron 190 afiliaciones, en 2024 la cifra descendió a 129, y en 2025 se evidenció un incremento nuevamente a 190 afiliaciones, alcanzando el mismo nivel del año 2023. Este comportamiento sugiere un fortalecimiento de las acciones de identificación y gestión del

aseguramiento en salud durante 2025, así como la persistencia de brechas de acceso al sistema que requieren seguimiento continuo y articulación intersectorial para garantizar el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

El resultado del indicador número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años afiliados al régimen subsidiado a partir de la intervención en salud contribuye de manera directa al cumplimiento de la categoría de derechos a la salud y a la protección social, al garantizar el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud de niños, niñas y adolescentes que previamente se encontraban sin afiliación. La afiliación al régimen subsidiado permite la atención oportuna, continua e integral, la prevención de enfermedades, la detección temprana de riesgos y el acceso a acciones de promoción de la salud, elementos fundamentales para el desarrollo integral y la protección de la infancia y la adolescencia, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Entre 2021 y 2024, el reporte del indicador tomó como fuente la base de datos de niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores identificados y caracterizados desde el entorno cuidador laboral registrados en los sistemas de información del PSPIC sin afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, según lo referido por los padres o cuidadores al momento de la caracterización, y que recibieron información, orientación sobre el proceso de afiliación. Adicionalmente, para los NNA identificados durante el 2022, 2023, 2024 y 2025 se realizó el cruce de datos con la BDUA con el fin de validar la afiliación efectiva al sistema.

Con base en lo anterior, para el 2021 se identificó el mayor número de NNA que refirieron no tener afiliación al sistema de salud, siendo 2.207 los que se lograron canalizar luego de la intervención en salud; entre ellos, 1397 de nacionalidad venezolana, 799 de nacionalidad colombiana, 8 de nacionalidad ecuatoriana, uno de nacionalidad peruana, uno de nacionalidad panameña y uno de nacionalidad argentina. Este resultado puede relacionarse con el aumento de la población migrante identificada en la ciudad, que desarrolla actividades de trabajo infantil y mendicidad, que pertenece a un bajo nivel socioeconómico y que tiene baja capacidad de pago por desempleo.

En cuanto al 2022, se identificaron 2.353 niños, niñas y adolescentes trabajadores que refirieron no tener afiliación a salud, de los que a 2.126 se les logró realizar el proceso de verificación de esta información dado que contaban con el documento de identidad en el momento de la caracterización; tomando como fuente la base de datos de NNA trabajadores identificados y caracterizados desde el entorno cuidador laboral (aplicativo GESI), junto con el cruce de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA 2022, se encontró un total de 485 NNA afiliados al sistema de salud, siendo 278 al régimen subsidiado, 123 al régimen

contributivo, 13 al régimen de excepción y 71 afiliados desde años anteriores a la intervención.

En cuanto al 2023, se identificaron 1445 niños, niñas y adolescentes trabajadores que refirieron no tener afiliación a salud, tomando como fuente la base de datos de NNA trabajadores identificados y caracterizados desde el entorno cuidador laboral (aplicativo GESI), junto con el cruce de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA 2023, se encontró un total de 190 NNA afiliados al sistema de salud, siendo 140 al régimen subsidiado y 50 al régimen contributivo.

Por otra parte, se presentaron situaciones que dificultaron el proceso de afiliación de los 1255 niños, niñas y adolescentes restantes; una de ellas se atribuye a que el 88% (N=1110) eran de nacionalidad extranjera y no contaban con el documento requerido para surtir el proceso de afiliación según lo establecido en el decreto 780 de 2016 parte 1, título 5 “afiliación al régimen subsidiado” cabe resaltar que para estos niños, niñas y adolescentes se desarrollaron acciones de orientación desde el equipo a los padres o acudientes para tramitar su regularización en el país y así acceder a la afiliación. Además de lo expuesto, hubo incompatibilidad entre el número de identificación y el nombre de los niños, niñas y adolescentes; proporción insuficiente de datos; incorrecto suministro de datos de identificación por parte de los acudientes o padres; e imposibilidad de cruzar los datos por errores en validación. Además, se resalta el continuo aumento de población migrante en la ciudad y sus dinámicas de desplazamiento.

En el año 2024, se identificaron 1103 niños, niñas y adolescentes trabajadores que refirieron no tener afiliación a salud, tomando como fuente la base de datos de NNA trabajadores identificados y caracterizados desde el entorno cuidador laboral (aplicativo GESI), junto con el cruce de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA 2023, se encontró un total de 206 NNA afiliados al sistema de salud, siendo 129 al régimen subsidiado y 77 al régimen contributivo en Bogotá. Adicionalmente se encontraron afiliados 10 al régimen subsidiado y 7 al régimen contributivo fuera de Bogotá.

Es importante mencionar que se presentaron situaciones que dificultaron el proceso de afiliación de los niños, niñas y adolescentes restantes; una de ellas se atribuye a que el 62,46% (N=689) eran de nacionalidad extranjera y no contaban con el documento requerido para surtir el proceso de afiliación según lo establecido en el decreto 780 de 2016 parte 1, título 5 “afiliación al régimen subsidiado” cabe resaltar que para estos niños, niñas y adolescentes se desarrollaron acciones de orientación desde el equipo del entorno cuidador laboral a los padres, acudientes cuidadores para tramitar su regularización en el país y así acceder a la afiliación. Además de lo expuesto, se encontraron 9 casos con régimen de



excepción, 182 con incompatibilidad entre el número de identificación y el nombre de los niños, niñas y adolescentes; proporción insuficiente de datos; incorrecto suministro de datos de identificación por parte de los acudientes o padres; e imposibilidad de cruzar los datos por errores en validación.

En el año 2025, se identificaron 971 niños, niñas y adolescentes trabajadores que refirieron no tener afiliación a salud, tomando como fuente la base de datos de NNA trabajadores identificados y caracterizados desde el entorno cuidador laboral (aplicativo GESI), junto con el cruce de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA 2025, se encontró un total de 258 NNA afiliados al sistema de salud, siendo 190 al régimen subsidiado y 68 al régimen contributivo en Bogotá. Se identificaron 713 NNA no cruza la base con Bogotá, de los cuales 599 son extranjeros (Venezuela, Ecuador, Argentina, Chile, Paraguay, Panamá y Perú) y 112 de Colombia. Es importante mencionar que para estos niños, niñas y adolescentes se desarrollaron acciones de orientación desde el equipo del entorno cuidador laboral a los padres, acudientes cuidadores para tramitar su regularización en el país y así acceder a la afiliación.

En cuanto a la interpretación del indicador, el comportamiento observado en los últimos años muestra una variación en el número de afiliaciones logradas. En 2023 se registraron 190 afiliaciones, en 2024 la cifra descendió a 129, y en 2025 se evidenció un incremento nuevamente a 190 afiliaciones, alcanzando el mismo nivel del año 2023. Este comportamiento sugiere un fortalecimiento de las acciones de identificación y gestión del aseguramiento en salud durante 2025, así como la persistencia de brechas de acceso al sistema que requieren seguimiento continuo y articulación intersectorial para garantizar el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

En cuanto al comportamiento del indicador, se observa una mejora en el año 2025, al registrarse 190 afiliaciones, cifra que iguala el resultado alcanzado en 2023 y supera el valor reportado en 2024, cuando se registraron 129 afiliaciones. Este comportamiento indica una recuperación y fortalecimiento de las acciones de gestión del aseguramiento en salud durante 2025, luego de la disminución observada en 2024, evidenciando una capacidad institucional sostenida para identificar y vincular a la población infantil y adolescente no afiliada al sistema de salud.

Finalmente, persisten brechas que limitan el alcance del indicador, entre las que se destacan una brecha de acceso, relacionada con barreras administrativas, documentales o de información que dificultan la afiliación; una brecha socioeconómica, asociada a condiciones de pobreza y precariedad laboral de los hogares; y una brecha territorial, vinculada a diferencias en la capacidad de identificación y gestión del aseguramiento entre

entornos y localidades. Estas brechas evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de orientación, canalización y articulación intersectorial para avanzar de manera sostenida en la garantía del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Los resultados alcanzados en el indicador número de niños, niñas y adolescentes afiliados al régimen subsidiado a partir de la intervención en salud son producto de la gestión integral adelantada por el sector salud, orientada a la identificación, orientación, canalización y seguimiento de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad. En este marco, se precisa que el 100% de los niños, niñas y adolescentes identificados y caracterizados desde el entorno cuidador, independientemente de su condición migratoria, recibieron orientación en aseguramiento en salud y canalización sectorial en los casos en los que se identificó ausencia de afiliación o la necesidad de atención específica por parte de los servicios de salud, lo que permitió avanzar en la afiliación efectiva al régimen subsidiado.

De manera complementaria, se desarrollaron procesos de canalización intersectorial, orientados a dar respuesta a las particularidades de los niños, niñas y adolescentes trabajadores y de sus familias, articulando la oferta institucional disponible para la atención integral, la protección de derechos y la promoción de la desvinculación del trabajo infantil. Estas acciones se implementaron a través de estrategias y proyectos distritales enmarcados en la gestión del aseguramiento en salud, la atención primaria y la protección integral de la infancia y la adolescencia, fortaleciendo la articulación entre sectores y contribuyendo a la reducción de barreras de acceso al sistema de salud.

Asimismo, la gestión desarrollada incluyó el seguimiento a los casos canalizados, con el fin de verificar la afiliación, el acceso efectivo a los servicios de salud y la continuidad en la atención, lo cual incidió positivamente en el comportamiento del indicador y en la garantía del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. En conjunto, estas acciones evidencian el aporte del sector salud a la solución de la problemática de exclusión del aseguramiento y a la consolidación de entornos protectores para la infancia y la adolescencia en el Distrito Capital.

#### 1. Categoría de Derechos: Existencia

##### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **47. Prevalencia de desnutrición aguda (bajo peso para la talla) en menores de 5 años**

##### 1.2. Párrafo introductorio:

Carrera 32 No. 12 - 81  
Teléfono: 3649090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)



CO-SC-CER155793



CO-SC-CER155793

La desnutrición aguda (bajo peso para la talla) es un evento de alta sensibilidad para comprender condiciones de vida en la primera infancia, porque expresa un déficit nutricional reciente o una pérdida acelerada de peso que puede reflejar enfermedad, inseguridad alimentaria o fallas en el cuidado y la atención. Su seguimiento permite identificar de manera temprana situaciones que amenazan la vida, la salud y el bienestar de niños y niñas, y orientar respuestas inmediatas en el territorio.

En el marco de la política pública, el indicador de Prevalencia de desnutrición aguda (bajo peso para la talla) en menores de 5 años, es clave porque orienta acciones de prevención, detección temprana, canalización y manejo oportuno, así como la focalización territorial de intervenciones para reducir mortalidad evitable y complicaciones asociadas. En Bogotá, la respuesta sectorial articula vigilancia, intervención colectiva y gestión de rutas para reducir la carga de desnutrición aguda y, de manera preventiva, intervenir el riesgo de desnutrición aguda como prioridad programática y operativa.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 este indicador se relaciona con la agenda distrital de garantía de derechos en primera infancia y con acciones orientadas a reducir eventos de malnutrición en menores de 5 años. Se relaciona con la meta estratégica de reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Este indicador se relaciona con los ODS 2 (Hambre Cero) y ODS 3 (Salud y Bienestar), al monitorear un resultado asociado a condiciones de alimentación, cuidado y acceso a atención que inciden en la salud y el desarrollo desde el inicio de la vida. Adicionalmente, se articula con los compromisos del Distrito en primera infancia y en seguridad alimentaria y nutricional mediante la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPSAN) – CONPES Distrital 09 de 2019–2031 y su operativización en salud a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), sumado a la vigilancia en salud pública.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.1.8 Estrategia de información, educación y comunicación para la promoción de la alimentación adecuada dirigidas a la población gestante y lactante, niños, niñas y adolescentes; 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- y 3.2.9 Ruta integral de atención en salud para niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda.

### 1.3. Descripción del indicador:

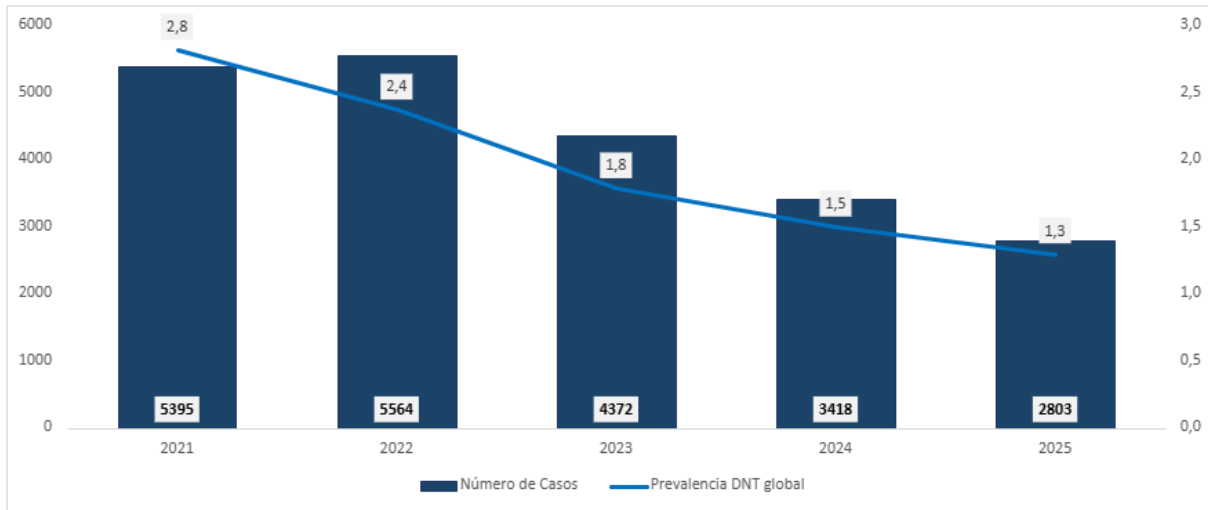
El indicador Prevalencia de desnutrición aguda (bajo peso para la talla) en menores de 5 años tiene como objetivo conocer la proporción de menores de 5 años que presentan desnutrición aguda en Bogotá D.C. Su interpretación corresponde al porcentaje de niños menores de 5 años cuyo peso para la talla se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS, respecto al total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

El cálculo se realiza mediante la fórmula:  $(\text{Número de niños menores de 5 años con peso para la talla inferior a -2 desviaciones estándar} \div \text{Total de menores de 5 años captados por el SISVAN}) \times 100$ . La fuente de la información para el cálculo es el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN D.C.

Este indicador pertenece a la categoría de derechos de existencia y al componente de malnutrición. Su periodicidad es anual, se encuentra disponible desde 2013, presenta una tendencia variable y se expresa en porcentaje. La meta para 2024 es disminuir al 17% la proporción de niñas y niños menores de 5 años con estado nutricional inadecuado según el indicador peso para la talla.

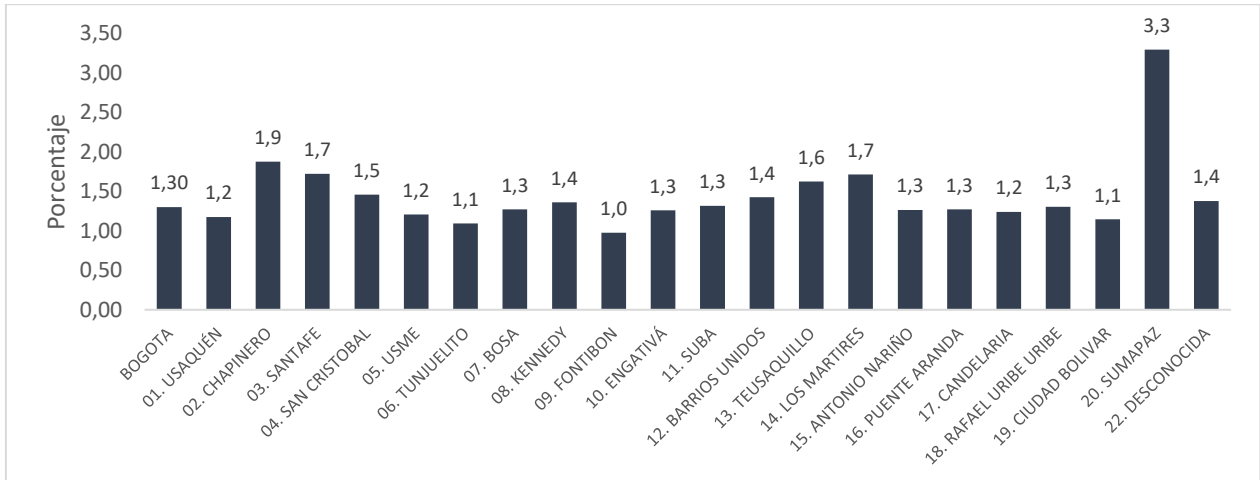
En cuanto a la desagregación, se presenta por localidad para todas las localidades del Distrito Capital, por sexo para hombres y mujeres, y por edad considerando el rango de 0 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años, sin desagregación por discapacidad, etnia ni zona.

1.4. Gráfica 57. Distribución de clasificación nutricional, según indicador peso para la talla en menores de 5 años, Bogotá 2021- 2025



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2021-2025 (p)

#### 1.4 Gráfica 58. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, Comparativo por localidad, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS, 2025 (p)

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años corresponde a la proporción de niñas y niños con emaciación (según referencia OMS) entre quienes fueron captados por el sistema; en Bogotá se situó en 1,30% en 2025, con una distribución territorial concentrada entre 1,2% y 1,5%. Se observó un extremo alto en Sumapaz (3,3%), que

duplica el promedio de ciudad y constituye un foco claro de priorización, y un mínimo en Fontibón (1,0%). Estuvieron por encima del promedio distrital: Chapinero (1,9%), Santa Fe (1,7%), Los Mártires (1,7%), Teusaquillo (1,6%), San Cristóbal (1,5%), Kennedy (1,4%), Barrios Unidos (1,4%), Desconocida (1,4%) y Sumapaz (3,3%); mientras que por debajo se ubicaron Usaquén (1,2%), Usme (1,2%), Candelaria (1,2%), Tunjuelito (1,1%), Ciudad Bolívar (1,1%) y Fontibón (1,0%). Seis localidades igualaron el valor de ciudad (1,3%: Bosa, Engativá, Suba, Antonio Nariño, Puente Aranda y Rafael Uribe Uribe). En conjunto, el rango entre extremos fue de 2,3 p.p., lo que sugiere un riesgo generalmente bajo y homogéneo, con excepciones puntuales (especialmente Sumapaz) que requieren abordajes diferenciales y revisión de cobertura/calidad de captación para interpretar adecuadamente las diferencias.

#### 1.5. Análisis del indicador:

En 2025, adicionalmente, el sector salud reporta y gestiona de manera programática la Meta 26 enfocada en reducir la proporción de riesgo por desnutrición aguda, por lo cual las acciones preventivas se concentran en la intervención del riesgo para evitar progresión a desnutrición aguda.

El reporte se realiza con corte a Diciembre de 2025 con datos preliminares. El rezago se explica por la consolidación, depuración y procesamiento de la base anual del SISVAN posterior al cierre del año. Como referencia de procesamiento en la hoja de vida, se registra que para un corte anual (p. ej., diciembre) el procesamiento puede realizarse en el mes siguiente (ejemplo: procesada a finales de enero del año siguiente), lo cual refleja el tiempo requerido para consolidación técnica y validación de la información.

A partir de 2021, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años mostró una reducción sostenida, pasando de 2,8% en 2021 a 1,3% en 2025, lo que representa una disminución acumulada de -1,5 puntos porcentuales (-53,6% respecto a 2021). No obstante, el ritmo de descenso fue progresivamente menor: -0,4 p.p. entre 2021 y 2022, -0,6 p.p. entre 2022 y 2023, -0,3 p.p. entre 2023 y 2024 y -0,2 p.p. entre 2024 y 2025. En paralelo, el número de casos presentó una tendencia general a la baja, pasando de 5.395 en 2021 a 2.803 en 2025 (-48,0%). Sin embargo, se observó un incremento transitorio en 2022 (5.395→5.564) pese a la reducción de la prevalencia (2,8%→2,4%), lo que sugiere posibles variaciones en la captación de casos o en el tamaño y composición de la población evaluada.

En conjunto, desde 2021 el indicador consolidó una tendencia descendente continua, durante 2023 y 2024, la prevalencia continuó descendiendo de forma moderada, lo que

sugiere persistencia de condiciones estructurales que mantienen a ciertos grupos en situación de vulnerabilidad. En 2025, el indicador registró un nuevo descenso, manteniendo la tendencia de descenso, y aunque la tendencia es favorable, la prevalencia sigue mostrando un nivel que requiere atención sostenida para consolidar mejoras de forma intersectorial y evitar retrocesos. Este comportamiento indica que Bogotá aún enfrenta retos importantes para reducir la desnutrición aguda, especialmente en niños y niñas residentes en territorios con mayores barreras sociales y económicas.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En 2025, la SDS fortaleció la Ruta Integral de Atención al riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años (incluida la Circular 014 de 2023 y la ruta intersectorial), combinando detección temprana, verificación de la atención en salud y gestión de casos para mejorar la respuesta oportuna en el territorio y aportar al logro de la meta de reducción del riesgo (en 2025 el riesgo distrital se ubicó en 11,4%, el valor más bajo del periodo 2020–2025). La ejecución se concentró en el despliegue operativo del PSPIC y el fortalecimiento de capacidades técnicas en los entornos Hogar, Educativo, Institucional y Laboral, junto con la articulación con EAPB, IPS y sectores del Distrito.

Como resultado, se realizaron 8108 atenciones de tamizaje/valoración y orientación a niños y niñas menores de 5 años: 1931 tamizajes y clasificación nutricional en entorno educativo, 5366 tomas de medidas antropométricas en unidades de atención a la primera infancia (entorno institucional) y 811 tamizajes/orientaciones en entorno cuidador laboral. En el entorno educativo se identificaron 12 casos de desnutrición aguda, 123 de riesgo de desnutrición aguda y 409 con exceso de peso; además, 695 niños y niñas con alteraciones nutricionales fueron canalizados para la gestión sectorial de la atención en salud. En el entorno hogar, los Equipos Básicos Extramurales realizaron intervención y seguimiento a 4782 niños y niñas (2098 con desnutrición aguda y 2684 en riesgo), activando la gestión de rutas cuando se requirió (252 gestiones/activaciones sectoriales y 21 intersectoriales reportadas). Complementariamente, en el entorno institucional se desarrollaron 627 acciones educativas sobre signos de identificación y manejo del evento, con participación acumulada de 1919 niños y niñas, y se efectuó la verificación de la atención integral en salud de 644 casos para asegurar oportunidad, continuidad y adherencia a la atención.

Dichas intervenciones beneficiaron de manera directa a niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda o en riesgo, y a sus familias/cuidadoras mediante orientación y gestión de acceso a servicios; y fortaleció capacidades del talento humano del PSPIC y equipos técnicos en medición antropométrica, clasificación nutricional, canalización y seguimiento. De forma indirecta, mejoró la capacidad de respuesta de jardines, unidades



de atención y espacios laborales para identificar tempranamente y activar rutas, especialmente en territorios con mayores barreras de acceso, mediante la articulación con EAPB, IPS y sectores como SDIS, ICBF y SED para una atención más coordinada.

Los principales instrumentos implementados incluyen: (i) la Ruta Integral para el riesgo de desnutrición aguda, con soporte normativo/técnico (Circular 014 de 2023 y articulación intersectorial), (ii) la gestión de casos a partir de SISVAN con canalización y seguimiento, (iii) la asistencia técnica a EAPB e IPS para fortalecer adherencia a lineamientos y mejorar calidad del manejo y seguimiento, y (iv) la articulación intersectorial para abordar determinantes, incluyendo vinculación a programas de apoyo alimentario (con SDIS/ICBF) y rutas complementarias (p. ej., empleabilidad/emprendimiento con SDDE) cuando se identifican necesidades sociales que incrementan el riesgo nutricional.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **48. Tasa de accidentes domésticos registrados en niñas y niños menores de 11 años.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador de Tasa de accidentes domésticos registrados en niñas y niños menores de 11 años permite describir y monitorear la ocurrencia de eventos no intencionales que generan lesiones en niñas y niños dentro del entorno del hogar, a partir de los casos notificados a los sistemas de información en salud. Este indicador constituye una herramienta clave para la vigilancia epidemiológica, al facilitar la identificación de patrones de riesgo, la caracterización de los mecanismos de lesión y la orientación de acciones de prevención dirigidas a la protección de la infancia, en concordancia con el enfoque de entornos seguros y la reducción de eventos prevenibles en la población menor de edad

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se busca implementar acciones de prevención primaria, enfocándose en la adecuación de espacios y el fortalecimiento de la supervisión adulta para reducir estos eventos, teniendo en cuenta una alta prevalencia de lesiones por caídas, quemaduras y elementos contundentes, riesgos ligados al entorno físico del hogar.

Este indicador se relaciona con ODS 3 Salud y Bienestar, buscando reducir las tasas de mortalidad y lesiones. Los accidentes domésticos (caídas, quemaduras, intoxicaciones, asfixia) teniendo en cuenta son las causas de mayor de morbilidad infantil prevenibles y con

ODS 11 Comunidades Sostenibles, promoviendo entornos seguros a través del diseño del hogar, la seguridad de los productos y la infraestructura inciden en la frecuencia de asociados a los accidentes.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes.

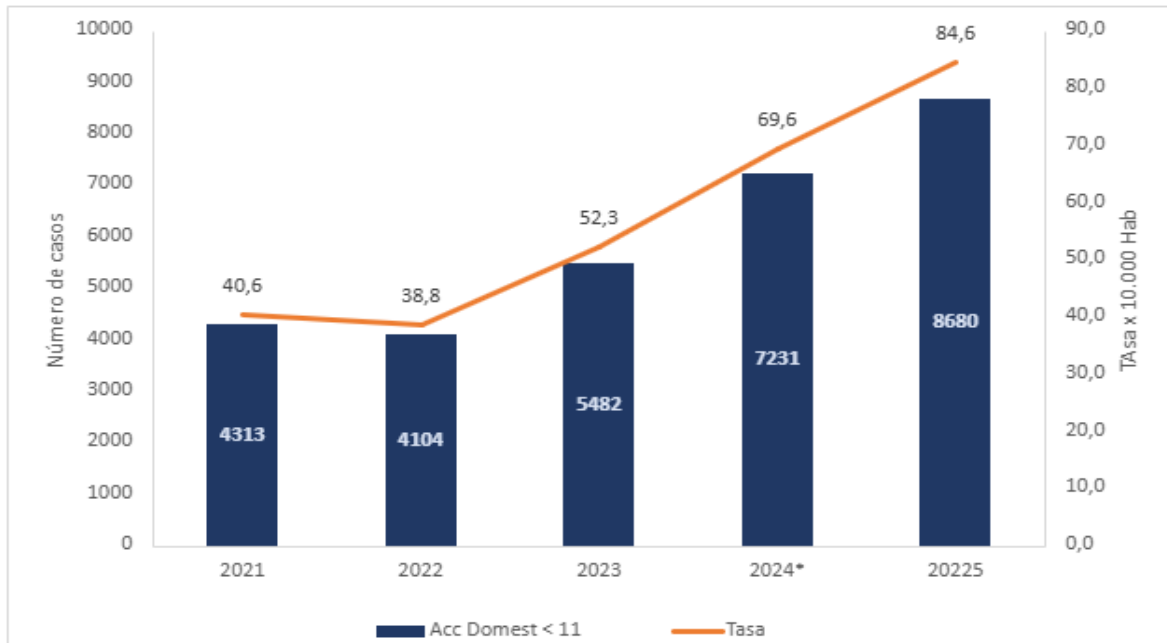
### 1.3. Descripción del indicador:

El indicador Tasa de accidentes domésticos registrados en niñas y niños menores de 11 años tiene como propósito conocer la frecuencia de estos eventos por cada 10.000 habitantes menores de 11 años que residen en Bogotá D.C. durante un año específico. Esta medición, clasificada en la categoría de derechos de protección y el componente de otras violencias, se interpreta como la magnitud de los accidentes ocurridos en el hogar dentro de esta población infantil.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{No. Total de accidentes domésticos registrados en niñas y niños menores de 11 años} \div \text{No. Total de población menor de 11 años para el mismo año}) \times 10.000$ . La fuente de información principal es el Subsistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) y el indicador cuenta con registros históricos disponibles desde el año 2015.

Aunque la tendencia actual se reporta como creciente, la meta a 2024 se enfoca en mejorar los niveles de habilidades y competencias protectoras en los entornos de vida cotidiana para 301.405 niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores. El indicador permite una desagregación detallada por sexo (hombres y mujeres), por grupos de edad (de 0 a 5 años y de 6 a 11 años) y por ubicación geográfica, cubriendo la totalidad de las localidades de Bogotá y el consolidado distrital. Para los denominadores de población, se utilizan las proyecciones del DANE bajo el censo 2018, aplicando la serie 2005-2035 para los periodos hasta 2019 y la actualización post-COVID de las proyecciones 2020-2050 para los años siguientes.

### 1.4. Gráfica 59. Tasa de accidentes domésticos en niñas y niños menores de 11 años – Bogotá, D.C – Años 2021 a 2025.



Fuente: Secretaria Distrital de Salud de Bogotá - Subsecretaría de Salud Pública - Subdirección de Vigilancia Epidemiológica - Subsistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa (SIVELCE). Base de datos, 2015 - 2025\* Preliminar. Base de datos con corte: 03/01/2025

### 1.5. Análisis del indicador:

Para 2021 se observa un incremento marcado del 63,6 % en el número de casos, alcanzando 4313 notificaciones y una tasa de 40,6, comportamiento que puede asociarse al retorno progresivo a actividades cotidianas y a una mayor captación del evento tras las restricciones sanitarias del periodo previo.

En 2022 se presenta una leve disminución del 4,8 % en los casos notificados (4104), con una tasa de 38,8; sin embargo, esta reducción no se mantiene en los años posteriores. En 2023 los casos aumentan nuevamente a 5482, con una tasa de 52,3 y una variación del 33,6 %, consolidando la tendencia ascendente del evento.

Para 2024\* se reportan 7231 casos y una tasa de 69,6 por 100.000 menores de 11 años, lo que representa un incremento del 31,9 % frente al año anterior. Finalmente, en 2025 se registra el mayor valor del periodo analizado, con 8680 casos y una tasa de 84,6, a pesar de una población menor de 11 años estimada en 1.026.592, reflejando un aumento del 20,0 %.

El comportamiento ascendente del indicador, evidenciado por el aumento sostenido de casos y tasas entre 2021 y 2025, sugiere que las acciones implementadas no han sido

suficientes para reducir la ocurrencia del evento. Entre las posibles razones se encuentran la persistencia de condiciones inseguras en el hogar, la supervisión inadecuada de los menores, cambios en los patrones de cuidado asociados a la dinámica familiar y social, y un mayor tiempo de permanencia de los niños en el entorno domiciliario. Adicionalmente, el fortalecimiento de la vigilancia puede haber generado un incremento en la detección y notificación de casos, sin que ello represente necesariamente una reducción real del riesgo.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

El sector salud del Distrito Capital fortaleció la vigilancia epidemiológica de los accidentes domésticos en menores de 11 años, garantizando la notificación oportuna de los casos desde los servicios de urgencias y su consolidación a través de los sistemas de información en salud. El análisis periódico de la información permitió visibilizar la magnitud del evento, identificar grupos etarios y territorios de mayor riesgo y orientar acciones de promoción de la salud y prevención del riesgo dirigidas a cuidadores y familias. Estas acciones contribuyeron a una mejor captación y registro de los casos, lo que se refleja en el incremento progresivo del número de eventos notificados y de la tasa de incidencia.

De igual manera, desde la educación para la salud enmarcada en la prevención de accidentes en el hogar se desarrollaron espacios pedagógicos orientados al reconocimiento de riesgos presentes en la vida cotidiana, tales como caídas, quemaduras, intoxicaciones y otros eventos prevenibles. Estas acciones permitieron fortalecer conocimientos y prácticas de autocuidado y cuidado colectivo, promoviendo la identificación temprana de situaciones de riesgo y la adopción de comportamientos protectores en el entorno hogar, educativo y laboral con énfasis en la protección de niñas, niños, personas mayores y cuidadores.

Se generaron espacios de diálogo y reflexión con cuidadores, familias y adultos responsables en distintos entornos de la vida cotidiana, incluyendo el hogar, el entorno educativo y el comunitario. A través de estos intercambios se abordaron experiencias, saberes y dinámicas propias de cada contexto, favoreciendo la corresponsabilidad en el cuidado, la comunicación asertiva y el fortalecimiento de prácticas protectoras. Estas acciones contribuyeron a consolidar entornos más seguros y a promover el bienestar integral desde una perspectiva familiar y comunitaria.

#### 1. Categoría de Derechos: Existencia

1.1 Nombre del indicador por Resolución: **49. Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA.**

1.2. Párrafo introductorio:

En el marco de la política pública, el indicador Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA, se enmarca en la meta estratégica del Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027, que establece para la ciudad una meta del 92 % en la cascada de atención del VIH, estructurada en sus tres pilares. Si bien esta meta se define para la población general, la mortalidad asociada a VIH/SIDA en menores de 18 años constituye un resultado desfavorable que refleja fallas en el desempeño integral de los pilares de la cascada, (diagnóstico temprano, acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral, y supresión de la carga viral), el cumplimiento de la meta en la cascada de atención permite precisamente el aumento de la sobrevivencia y el manejo adecuado de la enfermedad.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, integrando la distribución de tratamiento antirretroviral como parte de sus estrategias de equidad, seguridad sanitaria y el acceso oportuno a medicamentos como derecho fundamental. Se relaciona con la meta estratégica de Cascada de atención en VIH: El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, meta 3.3 que busca poner fin a la epidemia del SIDA para 2030; ODS 5: Igualdad de Género, abordando la vulnerabilidad de las niñas, niños y adolescentes frente al VIH, promoviendo el acceso a servicios de salud sexual sin discriminación. y al ODS 10: Reducción de las Desigualdades, buscando garantizar que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso oportuno a antirretrovirales.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.2.7 Estrategia de información, educación y comunicación en los entornos de vida cotidiana para la promoción, reconocimiento, protección, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos,

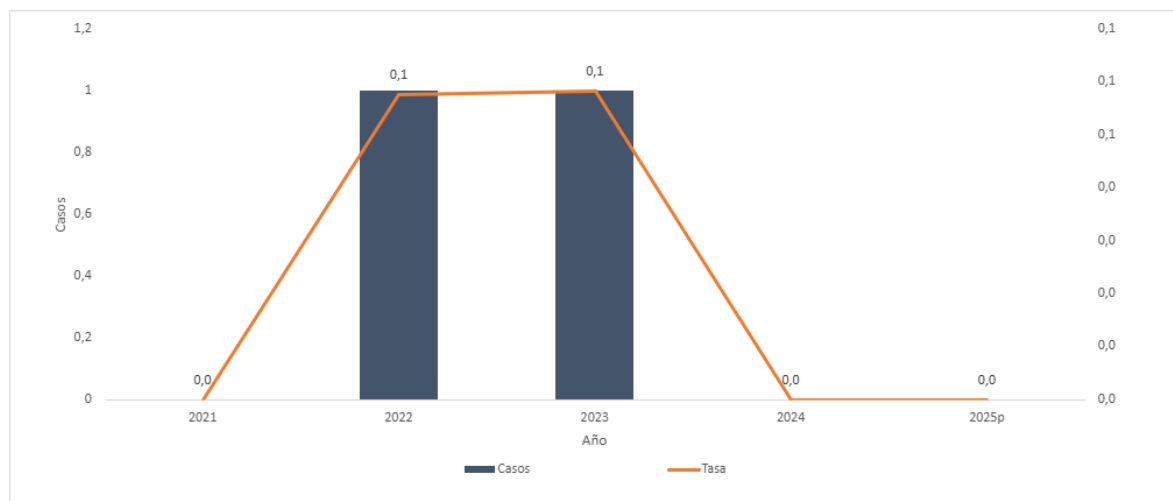
dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y cuidadores y 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-.

### 1.3. Descripción del indicador:

La tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA mide el riesgo de muerte atribuible al VIH/SIDA en la población menor de 18 años, expresado como el número de defunciones por esta causa por cada 100.000 menores de 18 años en un periodo.

Este indicador permite evaluar la gravedad del evento y la efectividad de la atención integral en salud dirigida a niños, niñas y adolescentes que viven con VIH, incluyendo el diagnóstico oportuno, el acceso y continuidad del tratamiento antirretroviral, el seguimiento clínico, la prevención y manejo de infecciones oportunistas y la atención integral del binomio madre-hijo. Asimismo, constituye un trazador sensible de inequidades en el acceso a los servicios de salud y un insumo clave para el monitoreo del impacto de las intervenciones orientadas a la reducción de la mortalidad asociada al VIH/SIDA en este grupo poblacional.

### 1.4. Gráfica 60. Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA. Años 2021 - 2025p



Fuente Numerador 2021-2024 Bases de datos DANE-Aplicativo RUAF-ND sistema de estadísticas vitales FINALES. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 16-01-2026. Fuente: Denominador: 2019 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) & Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá (SDP). (2021, noviembre). Proyecciones de población desagregadas por localidades 2018–2035 y UPZ 2018–2024. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota> 2020-2023

Población DANE 2018 actualización post COVID 2019- 2023. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

#### 1.5. Análisis del indicador:

Entre los años 2021 y 2025\* (dato preliminar) se registraron dos defunciones asociadas a VIH/SIDA en menores de 18 años, lo que corresponde a una tasa promedio de mortalidad de 0,1 muertes por cada 100.000 menores de 18 años. Es importante resaltar que, en los años 2021, 2024 y 2025\* no se notificaron casos de mortalidad por esta causa, lo que refleja un bajo número de eventos letales durante el periodo analizado.

Las defunciones se concentraron en los años 2022 y 2023, con un caso en cada año, evidenciando un comportamiento esporádico y de baja frecuencia, sin una tendencia sostenida al incremento. En cuanto a la distribución por grupo etario, la mortalidad se presentó en el grupo de 10 a 17 años, lo que sugiere posibles brechas en el diagnóstico oportuno, la continuidad del tratamiento antirretroviral o el seguimiento clínico en población adolescente. Las localidades de Santa Fe y Ciudad Bolívar registraron las tasas de mortalidad más elevadas, lo que podría estar asociado a condiciones de vulnerabilidad social, barreras de acceso a los servicios de salud o diagnóstico tardío.

En conjunto, el comportamiento del indicador evidencia una mortalidad baja y poco frecuente en menores de 18 años, lo cual es consistente con los avances en el acceso al tratamiento antirretroviral pediátrico y adolescente. No obstante, la ocurrencia de muertes en adolescentes resalta la necesidad de fortalecer la captación temprana, la adherencia al tratamiento y el seguimiento integral, con especial énfasis en poblaciones y territorios con mayor vulnerabilidad.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

En el año 2025, posterior a la firma de la adhesión de Bogotá a la Declaración de París sobre el VIH/SIDA “Ciudades Solidarias y comprometidas contra el estigma y la discriminación”, con representación del Gobierno, Agencias de Naciones Unidas (OPS, UNFPA y ONUSIDA) y representante de la sociedad civil, se dio continuidad al comité FAST TRACK CITIES, en este espacio la Secretaría Distrital de Salud lidera la línea técnica para el desarrollo de acciones en torno a la respuesta del VIH, que permita el impacto en los indicadores de la población general, buscando una identificación oportuna de casos, acceso a tratamiento e impactar de esta forma la mortalidad a causa o asociada a VIH.



Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son, acciones de tamizaje de VIH, dirigidas a población general con énfasis en poblaciones vulnerables.

Desde los diferentes entornos de vida cotidiana del PSPIC se desarrollaron acciones de promoción y prevención en torno a salud sexual y reproductiva, como lo son las acciones de tamizaje para VIH, dirigidas a población general, de forma acumulada en 2025 con corte al 29 de diciembre de acuerdo al reporte en el aplicativo SISCO, se aplicaron 68.682 pruebas rápidas de tamizaje de VIH (aumentó en 5,2% respecto al año anterior), de estas se identificaron 297 casos positivos, los cuales fueron canalizados a los diferentes prestadores de servicio de salud para garantizar el ingreso al programa integral de atención.

Adicionalmente se desarrollan acciones educativas en torno a promoción y prevención de ITS y entrega de más de 900.000 condones masculinos y 17.000 femeninos, desarrollo de 9 asistencias técnica a los equipos SSSR, servicios de acogida y de los entornos de vida cotidiana que realizan seguimiento a instrumentos de diligenciamiento de pruebas rápidas y salud sexual y reproductiva.

De forma conjunta con laboratorio de salud pública, se desarrollaron 11 cursos en pruebas rápidas, de acuerdo con lo definido por la resolución 1314 de 2020, dirigidas a instituciones públicas y privadas. Desarrollo de actividades de formación y fortalecimiento al talento humano en torno a prevención combinada del VIH. Finalmente se llevó a cabo la conmemoración del día mundial del VIH de forma articulada con prestadores de salud,

## 1. Categoría de Derechos: Protección

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **50. Tasa violencia sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes.**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

A partir del incremento en la notificación de los casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes a partir del año 2022 en el Distrito Capital y en el marco de las competencias señaladas en el Decreto 780 de 2016; la Secretaría Distrital de Salud emitió la Circular 019 de 2024 dirigida a promulgar las recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la violencia intrafamiliar y de género en Bogotá, D.C.

En el marco de la política pública, el indicador Tasa violencia sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes, permite comprender la magnitud y las características de este

problema ya que proporciona datos sobre la prevalencia en diferentes grupos poblacionales y los lugares de mayor frecuencia (localidad y UPZ), convirtiéndolo en un insumo para la formulación de programas, estrategias y políticas de prevención y respuesta sectorial e intersectorial.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 prioriza la reducción de la violencia y ejercida sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) a través de metas e indicadores específicos integrados en sus ejes de bienestar y seguridad relacionados con la implementación de un plan integral con su respectiva línea de política pública para la prevención del abuso sexual de NNA y el reporte único de presuntos casos de abuso sexual para mejorar la respuesta institucional y evitar la fragmentación de la información. Se relaciona con la meta estratégica de Reducir la Tasa de Mortalidad por suicidio a 5.7 por 100.000 habitantes

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, especialmente la meta 3.4, que busca promover la salud mental y el bienestar, ODS 10: Reducción de las desigualdades, al permitir identificar brechas sociales y territoriales y ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas, en tanto la prevención del suicidio implica fortalecer sistemas de protección, acceso a servicios y entornos seguros para niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 1.3.2 Estrategia de promoción del bienestar emocional y prevención de las afectaciones en salud mental de niños, niñas y adolescentes en establecimientos educativos priorizados y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia.

### 1.3. Descripción del indicador:

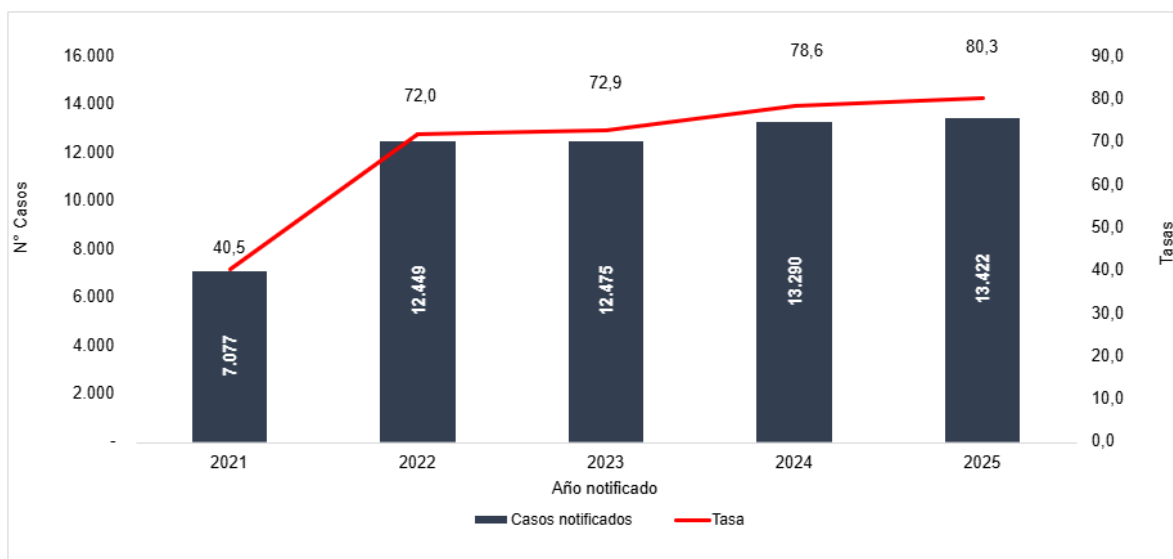
El indicador Tasa de violencia sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes tiene como objetivo conocer el número de casos de violencia sexual por cada 10.000 habitantes menores de 18 años residentes en Bogotá D.C. durante un periodo anual. Esta medición, perteneciente a la categoría de derechos de protección y al componente de maltrato y violencia sexual, permite interpretar la magnitud de esta problemática en la ciudad.

El cálculo del indicador se realiza mediante la siguiente fórmula:  $(\text{No. Total de casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes} \div \text{No. Total de población menor de 18})$

años para el mismo año) x 10.000. Los datos provienen del Subsistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y de género (SIVIM) de la Secretaría de Salud y se encuentran disponibles desde el año 2013, mostrando una tendencia variable en su comportamiento histórico.

La meta establecida busca aumentar en un 40% las intervenciones a través de líneas, plataformas y canales de prevención y atención a las violencias para el año 2024. En cuanto a su desagregación, el indicador reporta información por sexo (hombres, mujeres e intersexual) y por localidad, cubriendo las 20 unidades territoriales de Bogotá y el total distrital. Para la construcción de la tasa, el denominador se basa en las proyecciones poblacionales del DANE. Según las cifras reportadas, el indicador ha pasado de una tasa de 17,0 en 2013 a 72,9 en 2023, con un dato preliminar de 78,8 para el corte más reciente de 2024, reflejando el alcance de la vigilancia epidemiológica en la ciudad.

#### 1.4. Gráfica 61. Casos notificados y tasa de violencia sexual ejercida contra en niñas, niños y adolescentes, Bogotá, D.C., D.C 2021 a 2025<sup>1</sup>



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y de género. Base de datos 2024 (Información preliminar y susceptible de ajustes con corte al 15/01/2026).

#### 1.5. Análisis del indicador:

El indicador mide el número de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual residentes en Bogotá D.C. que son notificados (casos sospechosos) al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM) sobre el

total de niños, niñas y adolescentes por cada 1.000 habitantes según localidad de residencia y de un periodo anual determinado.

La tendencia de la tasa de violencia sexual ejercido contra niños, niñas y adolescentes ha venido aumentando desde el año 2021 pasando de una tasa de 78,6 casos por cada 10.000 niños, niñas y adolescentes a 80,3 para el año 2025<sup>2</sup>. Por su parte, la razón de sexo se encuentra que, por cada niño víctima de violencia sexual se presentan aproximadamente 2 casos en niñas. De otro lado, la tasa por sexos para el año 2025 en las niñas se encuentra en 111,8 casos por cada 10.000 niñas y el de los niños está en 50,1 casos por 10.000 niños.

Para el año 2025 se han presentaron 13.422 casos de violencia sexual distribuidos en un 68,2% (n=9.156) en niñas y un 31,8% (n=4.266) en niños. De otro lado, el comportamiento de este evento muestra una variación porcentual al aumento de 1% (n=132) en los casos notificados al SIVIM para el año 2025 comparado con el año inmediatamente anterior con un aumento en la tasa de 1,7 casos de maltrato infantil por cada 10.000 niños, niñas y adolescentes en comparación al 2025.

#### 1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

Desde SIVIM se realizan las investigaciones epidemiológicas de campo para la caracterización, orientación y acompañamiento a la activación de la ruta intersectorial de tres componentes: restitución y protección de los derechos de las víctimas, atención integral en salud y el acceso a la justicia (Resolución 0459 de 2012). Pero, es necesario señalar que la responsabilidad de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud frente a los casos identificados con violencia sexual, deben contar previamente con la remisión a las entidades de protección y su respectiva denuncia al sector justicia como lo establece la Resolución 0459 de 2012 en el paso N° 12 *“Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: de manera simultánea, el sector salud debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia”* y el paso N° 13 *“Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan”*. Lo anterior, acorde a las competencias de la vigilancia en salud pública que se encuentran descritas en el Decreto 0780 de 2016.

Desde el equipo funcional de la Ruta Integral de Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencias (RIA AATV) liderado por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública se trabajó en la construcción y publicación de la Circular 019 de 2024 con el objetivo de dar directrices a los diferentes actores del sistema para el abordaje y atención de las víctimas de violencia intrafamiliar y de género.

Adicionalmente, La Secretaría Distrital de Salud dispone a la comunidad la Línea 106 “El Poder de ser escuchado”, que es una línea de escucha, apoyo en salud mental e intervención en crisis no presencial, que atiende al área del Distrito Capital. Brinda orientación en la temática de salud mental, entre las que se encuentra la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, así como cualquier otra inquietud relacionada con el bienestar emocional de las personas.

La Línea 106 inició su operación en 1997 y desde entonces funciona de manera ininterrumpida las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Con el fin de garantizar mayor accesibilidad, actualmente cuenta con diferentes canales de contacto:

- Chat de WhatsApp: 3007548933.
- Llamada gratuita al número 106 desde un teléfono fijo o celular en Bogotá.
- Facebook: @linea106.
- Correo electrónico: [linea106@saludcapital.gov.co](mailto:linea106@saludcapital.gov.co).
- Plataforma LiteralMente: <https://literalmente.saludcapital.gov.co/salud-mental/salud-mental-y-bienestar/>.

Es así como, entre los años 2021 a 2025 se realizaron 1685 intervenciones relacionadas con la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes incluyendo la explotación sexual comercial, donde se brindó información respecto a este tipo de eventos, orientación psicológica y la notificación al Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y de Género - SIVIM y se realizó la correspondiente activación de rutas sectoriales e Intersectoriales. Así mismo, durante ese periodo de tiempo se realizaron 1780 remisiones sectoriales e intersectoriales de esos casos para gestionar la intervención de estos.

En este sentido, específicamente durante el año 2025 se realizaron 21.677 intervenciones a niños, niñas y adolescentes para todos los motivos de atención, de las cuales 719 (3,16%) fueron clasificadas como situaciones relacionadas con violencia, sexual, incluyendo la explotación sexual y comercial, y se realizaron 515 remisiones sectoriales e intersectoriales a dichos casos.

Con la finalidad de fortalecer las acciones del sector salud para la prevención y atención a las diferentes formas de violencia, incluyendo la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, la Secretaría distrital de Salud de Bogotá desarrolla un plan de acción sectorial que incluye actividades de sensibilización y educación en salud a las personas para el fomento de la convivencia y prevención de la violencia, fortalecimiento de la capacidad técnica al talento humano en salud para la detección, la vigilancia y la atención de las diferentes formas de violencia; gestionar la activación de la Ruta Integral de Atención en Salud de Agresiones, accidentes, Traumas y Violencias y gestionar y atender incidentes relacionados con maltrato y violencia sexual que ingresan por la activación de la Línea 123 al CRUE en el marco de la atención prehospitalaria del Sistema de Emergencias Médicas. Este plan está dirigido a toda la población del Distrito capital, por lo que también beneficia a niños, niñas y adolescentes.

## 1. Categoría de Derechos: Existencia

### 1.1 Nombre del indicador por Resolución: **51. Cobertura de vacunación con segundo refuerzo de DPT en niñas y niños de 5 años**

#### 1.2. Párrafo introductorio:

El inmunobiológico denominado DPT por sus siglas que identifican la protección con antígenos para las enfermedades de difteria, tosferina (corresponde a la P por la bacteria Bordetella Pertussis) y tétanos. En el esquema nacional todos los niños y niñas deben tener un esquema primario con tres dosis y dos refuerzos, el primero a los 18 meses de edad y el segundo refuerzo a los cinco años. Dado el cambio en el esquema nacional de vacunación a partir de enero de 2023, se determina por el MSPS que la medición de cobertura en cinco años se hace a partir del 2023 con el segundo refuerzo de DPT, es decir que antes del 2023 la medición es con el refuerzo de la vacuna triple viral.

En el marco de la política pública, el indicador Cobertura de vacunación con segundo refuerzo de DPT en niñas y niños de 5 años, es un indicador para garantizar la seguridad sanitaria y control de brotes, así como el mantenimiento de la inmunidad teniendo en cuenta a esta edad, la inmunidad de las dosis iniciales comienza a declinar. Es importante lograr alcanzar coberturas superiores al 95% con el fin de interrumpir la circulación de bacterias, protegiendo indirectamente a poblaciones vulnerables que no pueden vacunarse.

En el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” 2024-2027 se relaciona con el eje Confía en su Bien-estar, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios de salud

y mejorar la calidad de vida desde la infancia. Se relaciona con la meta estratégica de Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil

Este indicador se relaciona con el ODS 3 de Salud y Bienestar, con la meta 3.2 de reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

En cuanto a la Política Pública Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (PPPIA) 2023-2033 este indicador se relaciona con el objetivo 1. Reducir las situaciones de amenaza, inobservancia, y vulneración de los derechos de personas gestantes, niñas, niños y adolescentes para lo cual, desde el plan de acción de la PPPIA, el sector salud implementa los productos de política: 3.2.7 Mantenimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-; y 3.2.10. Atención integral en salud para la valoración en la primera infancia, infancia y adolescencia

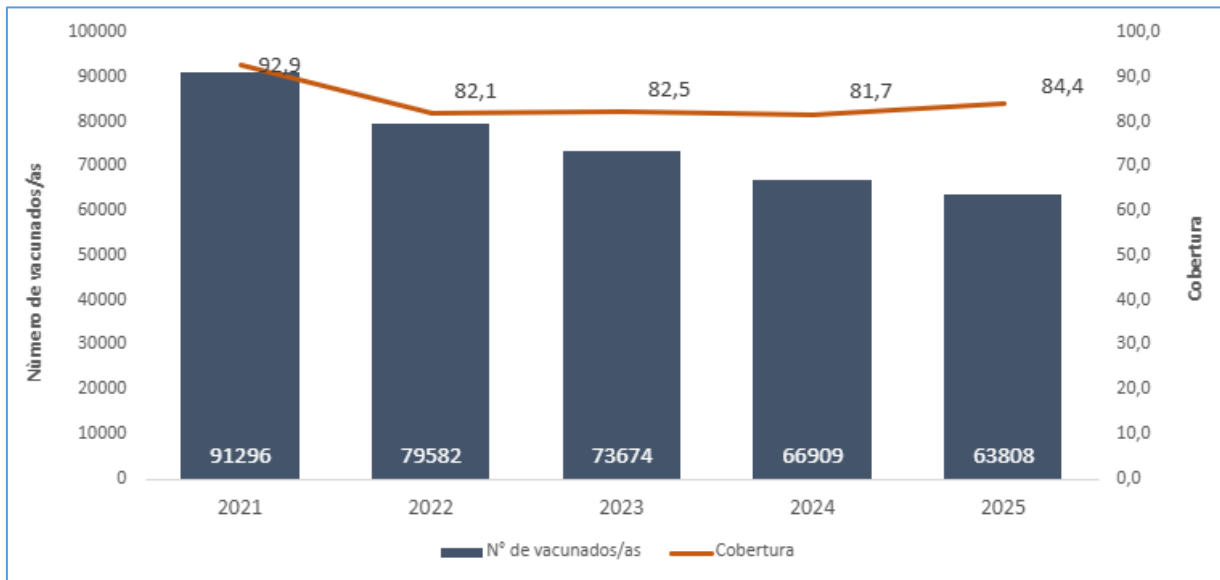
### 1.3. Descripción del indicador:

Para 2025, con corte a 31 de diciembre (preliminar) se presenta una cobertura de vacunación contra neumococo en niños y niñas de un año del 84.4%. Este indicador hace referencia al porcentaje de niños y niñas de cinco años vacunados con el segundo refuerzo de DPT en el periodo en la ciudad en Bogotá.

La fuente corresponde al resumen mensual de vacunación, del sistema de información del PAI, de la Secretaría Distrital de Salud, 2021 a 2025. El reporte de 2025 se presenta con corte a 31 de diciembre, con bases de datos preliminares del aplicativo PAI 2.5 de 2025 que se validan y de ser necesario se ajustan durante el mes de enero de 2026, para luego ser reportadas en la plantilla de resumen mensual de vacunación del MSPS y coberturas de vacunación de la Secretaría Distrital de Salud -SDS

### 1.4. Gráfica 62. Cobertura de vacunación con segundo refuerzo de DPT en niñas y niños de 5 años





Fuente: Resumen mensual de vacunación. Sistema de información PAI. Secretaría Distrital de Salud. 2021 a 2025 (preliminar 2025). Bogotá

#### 1.5. Análisis del indicador:

En el periodo de 2021 a 2025 la cobertura de vacunación con el segundo refuerzo de DPT en el Distrito, es heterogénea, con valores que oscilan entre el 92.9% en 2021 y el 84.4% en 2025. Para el año 2024, se observa un descenso del indicador siendo el valor más bajo en los cinco años.

A diferencia de otros trazadores, que muestran una tendencia hacia la recuperación, este indicador de la población de cinco años presenta una caída. Las razones que pueden estar generando este efecto son diversas y multifactoriales. En primer lugar, la desinformación y los movimientos antivacunas han tenido un impacto significativo, alimentando dudas y temores sobre la seguridad y eficacia de las vacunas, además de desconfianza en la población, especialmente en algunos grupos que se muestran reacios a vacunar a sus hijos e hijas.

Otro factor clave es la baja percepción de riesgo por parte de las familias, que, aunque ha habido un aumento en casos de tosferina, en 2025, y esto hizo que el resultado en 2025 fuera mejor, persiste en algunas familias la subestimación de la importancia de vacunar a sus hijos. Al no ver de manera directa los efectos de estas enfermedades, algunas personas pueden no percibir la urgencia de mantener al día el esquema de vacunación. Este escenario requiere una respuesta integral y coordinada entre sectores y actores que aborde

tanto la información y sensibilización adecuada de las familias en el tema, así como el fortalecimiento de las modalidades de vacunación para revertir esta tendencia.

1.6. Acciones y resultados de la gestión que aportan al cumplimiento de los indicadores:

La Secretaría Distrital de Salud, firme en su compromiso de revitalizar la inmunización como un bien público esencial para la salud universal, continuó desarrollando e implementando estrategias innovadoras para fortalecer los procesos de vacunación en la ciudad, toda vez que, la vacunación es una de las herramientas más efectivas para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, favoreciendo como referente del sector salud y en conjunto con las aseguradoras, prestadores de servicios de salud, los demás sectores distritales y aliados estratégicos, las acciones para el acceso oportuno y eficaz de las vacunas dirigidas a toda la población.

Se realizó el ajuste al esquema nacional de vacunación en marzo de 2025, que incluyó la aplicación de la vacuna Tdap (tétanos, difteria y tosferina) en gestantes y la vacuna pentavalente en niños y niñas menores de un año, como respuesta al brote de tosferina registrado en la ciudad durante 2025, por lo cual Bogotá mediante mesa de expertos, como práctica del programa, fue el precursor en adelantar el esquema a semana 20 en gestantes y en niños/as menores de un año desde la semana 6 de nacimiento. Acciones que permitieron un impacto positivo en las coberturas de vacunación en población lactante y han contribuido significativamente a la contención del brote.

Durante el año 2025, la entidad intensificó sus esfuerzos para fortalecer el PAI, con el objetivo de asegurar la protección de los niños, niñas y adolescentes frente a enfermedades prevenibles especialmente con la vacuna contra el VPH, y completar los esquemas de vacunación en niños/as menores de un año, un año y cinco años. Dentro de ellas se destacan las siguientes:

- Seguimientos técnicos a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) para monitorear el cumplimiento de los módulos del programa de vacunación, así como la validación de los reportes mensuales que abarcan las dosis aplicadas, el movimiento de inmunobiológicos y los dispositivos médicos.
- Seguimientos técnicos a las 16 EAPB de acuerdo con las acciones establecidas en los planes de acción de cierre 2024 y de ejecución del 2025, orientados en el cumplimiento de las coberturas de vacunación.
- Cumplimiento al 100% de las asistencias técnicas mensuales distritales programadas, donde se presentó el avance de coberturas por localidad y EAPB, las acciones de intensificación a desarrollar, además de socializar temas de interés para

el programa como son la epidemiología de los eventos inmunoprevenibles, las alertas epidemiológicas de sarampión, tosferina, fiebre amarilla e influenza, los eventos adversos asociados a la vacunación, farmacovigilancia, tecnovigilancia, resultados y avances en vacunación COVID-19 e influenza, conciliación para pagos de vacunas COVID-19, actualización en esquema de vacunación infantil y de adulto, actualización en esquemas atrasados, habilitación de servicios de vacunación según resolución 3100 de 2019, resoluciones para vacunación COVID-19, sistema de información y aplicativo PAI 2.5 de SDS, red de frío y estrategias de vacunación, entre otros.

- Operación y funcionamiento de la Mesa Técnica Distrital de Vacunación, la cual se consolida como un espacio clave para la articulación, para crear nuevas estrategias que mejoren el cumplimiento de los biológicos trazadores del programa. Donde participan las gerencias de las aseguradoras, los sectores estratégicos de Secretaría Distrital de Educación -SDE-, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS-, así como con aliados del sector privado, entre ellos ACEMI, Acecolombia, Colsubsidio, Colparques, la Liga Colombiana contra el Cáncer, Asocoldro y Unilago, entre otros. Esta mesa tiene la visión de promover la innovación y asegurar que las estrategias de vacunación sean más efectivas, inclusivas y accesibles para todos los ciudadanos/as. Ha permitido mejorar la visibilidad del programa, gestionar incentivos para la población a vacunar, expandir el alcance de las campañas comunicativas y el fortalecimiento técnico de equipos de salud, beneficiando a un mayor número de personas.
- Articulación con otros actores como la academia y las EAPB, quienes participan activamente en mesas de trabajo, alianzas estratégicas y espacios de seguimiento, complementando los escenarios propios de gestión y monitoreo liderados desde el PAI del Distrito.
- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo de cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Articulación con las EAPB; IPS y Subredes Integradas de servicios de Salud ESE para realización de jornadas locales de atención primaria en salud más bienestar, que incluye la vacunación, y mensajes dirigidos a madres gestantes y cuidadore/as de niños/as menores de 6 años, para incentivar su práctica.
- Realización de las Jornadas nacionales de vacunación y de intensificación en los meses de abril, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Con el apoyo de diferentes sectores, que incluyen la ubicación de puntos de vacunación en zonas de difícil acceso, y alianzas con entidades para la vacunación de personas

en instituciones que concentran niños/as menores de 6 años, así como en poblaciones indígenas y vulnerables. Y ampliación de horarios de atención a través de los vacunatones nocturnos realizados el viernes anterior a la jornada central de vacunación, en conjunto con las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE - SISS-, EAPB, el sector educativo, los entornos cuidadores, los equipos de más Bienestar y los programas y procesos transversales.

- Seguimiento nominal de población sin vacunar, mediante el módulo Cohorte del aplicativo PAI 2.5 de la Secretaría Distrital de Salud, herramienta que posibilita la búsqueda activa en terreno de personas susceptibles y el monitoreo continuo del cumplimiento de los esquemas de vacunación.
- Estrategias de movilización comunitaria, incluyendo la entrega de incentivos y actividades de sensibilización, con el fin de motivar la vacunación en la población.
- Actualización del reporte interactivo de coberturas de vacunación, publicado en datos abiertos en la página web de Saludata de la Secretaría Distrital de Salud. Que permite a las instituciones educativas y de protección infantil identificar y verificar si la población matriculada o inscrita presenta coberturas de vacunación idóneas, y hacer así el seguimiento respectivo, el análisis y favorecer la toma de decisiones oportunas para mejorar el cumplimiento de las metas establecidas.
- Fortalecimiento de capacidades, dirigidas a los equipos que se vienen apalancando desde el proceso de gestión de salud pública de esta Secretaría con la disposición de más de 137 equipos de vacunación y 24 profesionales en la modalidad extramural, que realizan actividades en las diferentes localidades del Distrito.
- Establecimiento de espacios permanentes de socialización y actualización del conocimiento a través de webinars, con el apoyo de sociedades científicas como la Sociedad Colombiana de Pediatría y la Asociación Colombiana de Infectología; también con el apoyo de expertos distritales y nacionales. Estas actividades fueron dirigidas tanto al talento humano profesional (medicina y enfermería) como al talento humano técnico (vacunadores/as, apoyo a la gestión de insumos y cadena de frío), con el fin de garantizar la actualización permanente de competencias frente a los avances del PAI.
- Aplicación de la vacuna contra VPH en más de 200 instituciones educativas llevando a cabo un proceso de sensibilización dirigido a la comunidad educativa, padres, madres y cuidadores, resaltando la importancia de la vacunación.
- Adaptación de los servicios de vacunación para atender la demanda por la alerta de vacunación contra fiebre amarilla y garantizar la vacunación en los más de 200 puntos de vacunación de la ciudad la administración de la vacuna a todas las personas entre 9 meses y 59 años, así como la adaptación de los terminales para atender la alta demanda de la población viajera a las zonas de brote activo de la enfermedad durante todo el año 2025.

En el componente de comunicaciones se implementó:

- Publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación, publicados en las redes sociales de Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud y de las aseguradoras. También en la página de la alcaldía mayor, se cuenta con publicaciones orientadas a aclarar dudas sobre el proceso y la importancia de la vacunación. Llamados públicos y boletines de la Secretaría informando sobre el aumento de casos y la importancia de completar esquemas (incluye información de puntos habilitados).
- Difusión de información práctica sobre puntos de vacunación y priorización (vacunar gestantes con Tdap y adelantar el esquema en lactantes y disminuir intervalos entre dosis de pentavalente), difusión en medios y redes municipales.
- Difusión a través de mensajes de comunicación desde esta Secretaría en el plan de medios bajo la campaña: “Ponle el brazo a la vacunación”. Con publicación permanente de mensajes orientados a promover la vacunación. Estos mensajes se publican en las emisoras, televisión, redes sociales: Facebook, Twitter e Instagram de la Secretaría Distrital de Salud.
- Acciones de interoperabilidad entre los aplicativos de vacunación del Distrito y del MSPS, a fin de mejorar la trazabilidad en el seguimiento y completitud de los esquema de vacunación de las personas que residen en el país y en Bogotá.

## 1.8 Conclusiones y Recomendaciones

### Mortalidad en la primera Infancia:

El comportamiento de la mortalidad infantil evidencia una reducción en el 2025 con relación a los años anteriores (2021-2024) pasando de una tasa de mortalidad infantil de 8,5 con 572 casos a una tasa de 8,0 con 448 casos (datos preliminares); sin embargo, persisten alertas tempranas concentradas en menores de un año asociadas a causas de muertes relacionadas con malformaciones congénitas, enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas y parasitarias. Se reflejan brechas territoriales y sociales vinculadas a pobreza, barreras de acceso a servicios de salud materno-infantil y condiciones diferenciales como la migración, lo que afecta el cumplimiento del derecho a la vida y la salud en la primera infancia.

Se recomienda seguir fortaleciendo la atención preconcepcional, haciendo énfasis en la identificación del riesgo pregestacional en mujeres en edad fértil con patologías crónicas, y en edades extremas, con el fin de orientar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Es necesario captar tempranamente a personas y familias gestantes para intervenir riesgos, consolidar redes de apoyo para su acogida y acompañamiento, fortalecer diagnóstico y manejo prenatal de niños con defectos congénitos. Durante el nacimiento y la atención inicial del recién nacido es necesario seguir promoviendo el parto humanizado e evaluar las estrategias sectoriales e intersectoriales para la atención integral e integrada de recién nacidos y menores de un año con riesgos específicos.

Se recomienda intensificar las acciones definidas en el plan de acción 2026 del sector salud para la reducción de la mortalidad en la primera infancia relacionada con:

- Acompañamiento técnico a las IPS que atienden partos, prestación de servicios de ecografía obstétrica para fortalecer la detección y notificación de los defectos congénitos de forma antenatal.
- Seguimiento a la implementación y sostenibilidad de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII) en el Distrito, a través de la asistencia técnica, evaluación externa y certificación de IPS.
- 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 (AIEPI)
- Seguimiento a IPS priorizadas en la implementación y adherencia a la consulta de valoración integral de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud con énfasis en el momento de curso de vida primera infancia según Resolución 3280 de 2018.

- Certificación del talento humano en salud que realizan la consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna, valoración integral de la escala abreviada del desarrollo EAD-3 y Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Primera Infancia (AIEPI) comunitario en modalidad presencial y virtual.
- Seguimiento a 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.
- Desarrollo de acciones promocionales para la salud infantil definidas en la gestión de la salud pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – GSP-PSPIC.
- Implementación de acciones estratégicas a nivel distrital y local en las instancias de política Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia (CODIA) y Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia (RIAPI) para posicionamiento de las prioridades de salud relacionadas con salud materno infantil, Vacunación, Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y Salud Mental.

### **Trabajo Infantil:**

Aunque los indicadores relacionados con trabajo infantil mostraron cifras favorables para el 2025 debido a la intensificación de acciones de identificación, intervención y articulación intersectorial, especialmente con el sector educación; su análisis detallado evidencia dificultades de los equipos de salud para el ingreso a los hogares con el fin de identificar la participación de niños, niñas y adolescentes en oficios del hogar y actividades económicas remuneradas o no. Persiste una normalización social del trabajo infantil, especialmente en el ámbito doméstico, lo cual dificulta su detección oportuna.

En relación a la afiliación al régimen subsidiado de niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores, se tuvo un aumento en el número de casos en 2025 llegando a 190 casos que con relación al 2024 fue de 129 casos, lo anterior evidencia la persistencia de brechas de acceso al sistema de afiliación en salud, relacionado con barreras administrativas, documentales o de información que dificultan la afiliación, agudizado por las condiciones de pobreza, precariedad laboral de los hogares e incapacidad para contar con documentos de identificación de la población migrante. Estas brechas evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de orientación, canalización y articulación intersectorial para avanzar de manera sostenida en la garantía del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital.

### **Seguridad Alimentaria y Nutricional:**



La Secretaría Distrital de Salud consolidó un conjunto de acciones integrales y multipropósito orientadas a proteger la nutrición en la primera infancia desde el inicio de la vida, articulando promoción, prevención, detección temprana, canalización y seguimiento, con énfasis en la reducción de riesgos y en la garantía de atención integral. Estas acciones se operativizaron principalmente a través de la GSP-PSPIC, donde se realizaron tamizajes antropométricos, acompañamiento familiar, educación alimentaria y nutricional basada en mensajes clave, y fortalecimiento de prácticas protectoras (alimentación infantil saludable, lactancia materna, reconocimiento de signos de alarma y autocuidado), así como acciones desde la vigilancia en salud pública y comunitaria.

De manera complementaria, se reforzó la gestión de casos relacionados con desnutrición aguda, global, crónica, bajo peso al nacer y lactancia materna mediante el uso de sistemas de información para identificar situaciones prioritarias, verificar la oportunidad y continuidad de la atención en la red (incluida la revisión de historia clínica y la identificación de barreras), y activar acciones sectoriales e intersectoriales cuando se requirió, especialmente en hogares con mayor vulnerabilidad social y económica. En este mismo sentido, se impulsó la articulación con entidades distritales para facilitar la vinculación a oferta social y apoyos alimentarios, reconociendo que la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional excede el ámbito exclusivo del sector salud.

Asimismo, se fortalecieron capacidades institucionales y territoriales a través de estrategias como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) y se avanzó en la consolidación de instrumentos estructurales como el Plan Distrital de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) 2024–2031, que orienta intervenciones sostenidas para promover hábitos saludables, decisiones informadas y prácticas de alimentación más naturales y seguras, adaptadas a los contextos sociales y económicos de los hogares. En conjunto, estas acciones buscan reducir brechas, mejorar la respuesta territorial y sostener entornos protectores que favorezcan el crecimiento y el desarrollo de niñas y niños en Bogotá.

La persistencia del bajo peso al nacer implica un riesgo de mayor vulnerabilidad frente a enfermedad y de coexistencia con otras alteraciones nutricionales. Se debe señalar la presencia de brechas territoriales, para lo cual se recomienda la intensificación territorial e intersectorial de acciones de prevención y activación de rutas de atención sectoriales e intersectoriales.

Adicionalmente se recomienda fortalecer la identificación temprana de alteraciones nutricionales mediante medidas antropométricas y seguimiento en los entornos de vida cotidiana, fortalecer la continuidad del cuidado y la verificación de atención integral para niños, niñas y adolescentes, robustecer la articulación intersectorial para mitigar

inseguridad alimentaria en hogares vulnerables económicamente y asegurar acceso a apoyos alimentarios y de transferencias monetarias.

Ampliar y sostener la implementación del Plan Distrital de EAN 2024–2031 con focalización territorial y priorizar intervenciones en localidades con mayores prevalencias, asegurando respuesta integrada entre las acciones de la gestión de salud pública, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y la Red de Prestación de Servicios de las EAPB a las cuales se encuentren afiliados los niños, niñas y adolescentes.

El comportamiento de la malnutrición (sobrepeso) en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años evidencia una alerta temprana sobre las condiciones de vida en la etapa escolar: persisten entornos y prácticas que favorecen un exceso de peso, lo que incrementa el riesgo de afectaciones en el crecimiento y el bienestar psicosocial, dificultades en el desempeño y la permanencia escolar, y la aparición temprana de enfermedades crónicas a lo largo del curso de vida; además, la distribución generalizada del fenómeno sugiere que se trata de un reto estructural que puede profundizar desigualdades si no se interviene de manera sostenida.

En consecuencia, las recomendaciones están encaminadas a intensificar y sostener intervenciones integrales centradas en la escuela y el hogar, fortalecer la gestión del riesgo en salud (tamizaje oportuno, consejería, canalización y seguimiento con enfoque diferencial y territorial, robustecer la educación alimentaria y nutricional y las habilidades para la vida en niños, niñas y adolescentes, articulada con el trabajo activo con madres, padres, familias y cuidadores para asegurar cambios en prácticas del hogar; acelerar la transformación de entornos escolares para facilitar decisiones saludables (oferta más saludable, entornos protectores y promoción de actividad física, consolidar compromisos intersectoriales con capacidad operativa que aborden determinantes que exceden al sector salud y mejorar la calidad y completitud del registro para una caracterización precisa que permita focalizar, priorizar y monitorear la efectividad de las acciones sobre el indicador

Con relación al comportamiento del indicador de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses constituye una señal relevante sobre las condiciones de vida de la primera infancia en el Distrito, en tanto refleja la capacidad real de las familias para sostener una práctica protectora del derecho a la salud y a la alimentación adecuada. El cierre preliminar 2025 (SISVAN: 59,8%) evidencia un nivel inferior a la meta sectorial (75%), lo que configura una alerta temprana por el riesgo de mayor exposición de niñas y niños a enfermedades prevenibles, dificultades de crecimiento y aumento de desigualdades en salud entre territorios y grupos poblacionales. Esta brecha sugiere que persisten barreras estructurales para la continuidad de la lactancia (condiciones laborales/educativas, apoyo familiar y

comunitario, y acceso oportuno a consejería efectiva y seguimiento), con potencial impacto en el bienestar integral desde el inicio de la vida.

Además se recomienda:

- Reforzar el acompañamiento continuo a las familias: fortalecer consejería efectiva prenatal y posparto, seguimiento temprano en el primer mes de vida, apoyo en dificultades frecuentes y rutas claras de remisión a apoyo especializado, para reducir abandono precoz de la LME.
- Fortalecer los entornos protectores y condiciones habilitantes: ampliar y asegurar calidad/uso real de IAMII y Salas Amigas, e impulsar acuerdos con sectores educación y trabajo para disminuir barreras de reincorporación a estudio/empleo (tiempos, espacios y cultura institucional).
- Mantener la coordinación intersectorial del Comité Distrital de Lactancia Materna para consolidar compromisos medibles, seguimiento a acciones y decisiones basadas en evidencia, integrando respuestas que aborden determinantes sociales y reduzcan inequidades.
- Mejorar la información para decisiones oportunas: fortalecer calidad, oportunidad y análisis del registro (SISVAN y fuentes complementarias) y retroalimentar a redes e IPS para ajustar intervenciones en tiempo real, evitando rezagos en la gestión del riesgo.
- Ampliar grupos y redes comunitarias de apoyo a la lactancia, estrategias de comunicación culturalmente pertinentes y mecanismos de escucha a familias, como vía para identificar barreras, activar apoyos y fortalecer el ejercicio de derechos en la vida cotidiana.
- Sustener e intensificar: (i) búsqueda activa y tamizaje nutricional con énfasis en primera infancia; (ii) intervención del riesgo de desnutrición aguda y continuidad del cuidado para evitar progresión a estados severos; (iii) verificación de atención integral y resolución oportuna de barreras (incluida fórmula terapéutica cuando aplique); (iv) articulación intersectorial efectiva para seguridad alimentaria en hogares vulnerables; (v) fortalecimiento del componente educativo y comunitario (PDEAN 2024–2031, grupos de apoyo, huertas, acciones en entornos educativos e institucionales) con focalización territorial.

### **Mortalidad Materna:**

El análisis de la razón de mortalidad materna en Bogotá evidencia una mejora sostenida en el periodo reciente, reflejada en la reducción del número de muertes maternas. Este comportamiento tiene un impacto directo en las condiciones de vida de niñas, niños y

adolescentes, al disminuir el riesgo de mortalidad neonatal y vulneraciones sociales asociadas a la pérdida materna. No obstante, persisten riesgos diferenciales relacionados con desigualdades territoriales, barreras de acceso a los servicios de salud y condiciones socioeconómicas adversas que afectan de manera particular a familias en situación de vulnerabilidad, lo cual puede incidir negativamente en el bienestar y desarrollo integral de la infancia y la adolescencia.

Se identifican necesidades de fortalecimiento en localidades con concentración de casos, en muertes por causas indirectas y en poblaciones específicas como mujeres migrantes y gestantes adolescentes. Lo anterior exige mantener vigilancia activa y respuesta oportuna para evitar retrocesos y garantizar la protección desde la gestación. Se recomienda:

- Fortalecer la atención integral en salud durante la gestación, el parto y el puerperio, con énfasis en acciones resolutorias (Atención Primaria Social), priorizando localidades y poblaciones con mayores barreras de acceso a servicios de salud institucionales.
- Incorporar un análisis sistemático del indicador de mortalidad materna en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PDD 2024–2027, articulándolo con otros indicadores de salud materna, neonatal y de primera infancia para una lectura integral del curso de vida.
- Promover acciones intersectoriales entre salud, integración social, educación y cultura, orientadas a reducir desigualdades territoriales y sociales que afectan el acceso a la atención institucional del parto.
- Fortalecer los sistemas de información y el registro oportuno de los eventos vitales, garantizando la calidad del dato y su uso para la toma de decisiones en política pública y el seguimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Incorporar enfoques diferenciales y de participación social, fomentando la vinculación de comunidades, familias y actores locales en la identificación de barreras y en la construcción de respuestas institucionales que garanticen nacimientos seguros y dignos.
- Fortalecer la captación temprana de gestantes en el primer trimestre del embarazo, mediante estrategias comunitarias y territoriales de Atención Primaria Social, priorizando localidades con menor cobertura de controles prenatales.
- Mejorar la continuidad y oportunidad de la atención prenatal, asegurando la realización de los controles mínimos recomendados y la calidad de las intervenciones preventivas, educativas y de detección de riesgos.
- Incorporar enfoques diferenciales y de participación comunitaria, que aborden barreras sociales, económicas y culturales que limitan el acceso de las gestantes a

- los controles prenatales y promoviendo la corresponsabilidad de familias y comunidades en el cuidado prenatal y la protección de la salud materna y neonatal.
- Fortalecer las acciones intersectoriales de prevención de muertes evitables, articulando salud, educación, movilidad, seguridad y protección social, con enfoque territorial.
  - Priorizar intervenciones en localidades con mayores tasas de mortalidad infantil, mediante estrategias focalizadas de promoción de la salud, prevención de violencias y reducción de riesgos ambientales y viales.

### **Vacunación:**

A pesar de haber logrado avances importantes en algunos de los trazadores del programa, los porcentajes de cumplimiento de metas aún no alcanzan el 95% de coberturas útiles, y en algunos casos particulares como el refuerzo de la DPT años 5 años, la tendencia muestra una disminución, por lo anterior se recomienda:

- Aumentar la disponibilidad de oferta de servicios de vacunación, tanto en la modalidad intramural como extramural, por las aseguradoras que tienen la población afiliada en Bogotá y cercano al lugar de residencia en las 20 localidades de la ciudad.
- Intensificar el seguimiento oportuno de las aseguradoras a su red prestadora para el cumplimiento de las coberturas de vacunación con respecto a la población asignada.
- Mantener y ampliar los horarios extendidos de los servicios de vacunación de la red prestadora de las aseguradoras.
- Promover la adherencia de los y las cuidadores de la población infantil para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación, debido al desconocimiento de los riesgos a morir por enfermedades inmunoprevenibles.
- Definir una estrategia de comunicación nacional, masiva y mantenida en el tiempo que motive a la ciudadanía a acceder a los servicios de vacunación y conocer el impacto de la no vacunación de las enfermedades prevenibles por vacunas.
- Continuar fortaleciendo las estrategias de trabajo intersectorial y gobernanza en el territorio.
- Sigue siendo un reto mejorar las coberturas de vacunación en niños y niñas de cinco años y de nueve años, lo cual exige implementar acciones innovadoras que promuevan la vacunación entre grupos de pares y favorezcan grandemente su participación en los espacios de vida cotidiana donde se desarrollan como las instituciones educativas, los sitios de juego y diversión, entre otros.
- Compromiso decisivo de las aseguradoras y prestadores con el favorecimiento de la vacunación de la población, su identificación del riesgo y el seguimiento estricto nominal y actualización real de los datos de identificación y georreferenciación de la población, así como la actualización en el aplicativo PAI 2.5 de SDS.
- Falta de mensajes efectivos en medios masivos de comunicación, que sensibilicen en el riesgo de las enfermedades inmunoprevenibles, las ventajas de la vacunación, y la vacunación segura.

## Salud Mental, Violencias y Accidentes en el Hogar:

En el Distrito en los últimos 5 años se ha experimentado un incremento sostenido en los indicadores de riesgo que afectan a niños, niñas y adolescentes (NNA), relacionados con afectaciones de la salud mental, consumo de SPA, maltrato infantil, violencia intrafamiliar y accidentes en el hogar. Este fenómeno es multicausal y refleja debilidades en las acciones preventivas y de atención oportunas y de calidad en los servicios de salud, asociado a deficiencias estructurales en las redes de cuidado y de apoyo familiar, sumado a los impactos y rezago que dejó la Pandemia del COVID 19 interrumpiendo los hitos del desarrollo social, aumentando cuadros de ansiedad y depresión, evidenciando una alta tasa de necesidades de salud mental por parte de adolescentes, agudizado desde el entorno digital por la exposición a contenidos nocivos y el ciberacoso que han exacerbado la fragilidad emocional.

Las acciones de promoción de la salud mental y educación para la salud desarrolladas desde el sector salud, en articulación intersectorial con énfasis en el entorno educativo, han permitido generar espacios de escucha activa, diálogo y acompañamiento contribuyendo a la identificación temprana de señales de riesgo y a la mitigación de conductas como el intento suicida y las autolesiones.

El intento suicida en niñas, niños y adolescentes en Bogotá expresa la interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y territoriales y su prevención requiere intervenciones integrales que favorezcan la participación activa de la niñez y la adolescencia en los distintos entornos donde transcurre su vida cotidiana.

La prevención del abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes es una acción sostenida del gobierno nacional y distrital que este orientado al fortalecimiento de capacidades institucionales, la promoción de entornos protectores y el desarrollo de acciones preventivas que reconozcan la agencia y autonomía progresiva. De manera complementaria, la comunidad cumple un rol clave en la detección oportuna, la ruptura del silencio y la corresponsabilidad en la protección, mediante prácticas de cuidado, escucha activa y rechazo social a toda forma de abuso ejercido contra las niñas, niños y adolescentes.

La efectividad de los procesos judiciales resulta determinante para la prevención, en la medida en que la investigación oportuna, la protección de las víctimas, la sanción de los responsables y la garantía de no repetición contribuyen a generar confianza institucional y a desincentivar la impunidad. La articulación entre prevención, atención integral y

justicia permite fortalecer la protección de derechos y consolidar una respuesta integral frente al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.

La prevención de la violencia intrafamiliar en la ciudad es fundamental para proteger el bienestar, la salud mental y el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, dado que sus efectos trascienden el contexto o entorno familiar y se reflejan en los entornos educativos, comunitarios y sociales. Abordar estas violencias de manera preventiva contribuye a reducir su reproducción intergeneracional y a fortalecer entornos protectores basados en el cuidado, el respeto y la garantía de derechos.

Prevenir la violencia intrafamiliar requiere acciones articuladas, territoriales y sostenidas que fortalezcan las capacidades de las familias y promuevan prácticas de crianza protectoras, así como el acompañamiento psicosocial oportuno. Lo anterior, permite avanzar en la construcción de una ciudad más equitativa, con mejores condiciones de convivencia y mayor protección integral para niñas, niños y adolescentes.

Adelantar acciones integrales e innovadoras de prevención con otros sectores del distrito dirigidas a padres, madres y cuidadores para evitar los accidentes domésticos en el hogar, reconociendo que son situaciones prevenibles pero que persisten debido a factores estructurales de riesgo en el entorno domiciliario, relacionados con la supervisión inadecuada, condiciones inseguras en la vivienda y prácticas de cuidado insuficientes.

Impulsar estrategias preventivas intersectoriales orientadas a la identificación temprana y atención oportuna de señales de riesgo psicosocial, integrando la corresponsabilidad de familias, comunidades, instituciones y actores territoriales.

Promover la creación y sostenibilidad de entornos protectores que favorezcan el desarrollo psicológico y social, más allá del ámbito escolar, garantizando espacios seguros y de cuidado en la comunidad y el territorio.

Realizar focalización territorial y poblacional: priorizar localidades y grupos con mayores brechas, con planes operativos que definan metas intermedias, seguimiento periódico y acciones diferenciadas según barreras identificadas.

Promover acciones preventivas tempranas para fortalecer los factores protectores en niñas, niños y adolescentes, como la autonomía, el autocuidado y la capacidad de resistir presiones sociales, además de reducir desigualdades en salud y prevenir problemáticas asociadas como el fracaso escolar, la violencia y otros riesgos psicosociales a lo largo del curso de vida.



Fortalecer estrategias de intervención predictiva y preventiva dirigidas a madres, padres o cuidadores que presentan patrones reiterados de comportamientos agresivos, identificados tempranamente a través de los entornos educativos, comunitarios y de salud. Estas acciones deben priorizar el acompañamiento psicosocial oportuno, el fortalecimiento de habilidades parentales, la regulación emocional y la gestión del estrés, con el fin de mitigar los riesgos de daño físico y afectaciones a la salud mental de niñas y niños dado que un abordaje anticipado y territorial permite reducir la escalada de las violencias, prevenir desenlaces graves y salvaguardar de manera efectiva la vida, el bienestar y los derechos en la primera infancia, infancia y adolescencia.

Fortalecer de manera prioritaria las estrategias de prevención primaria, orientadas a la reducción de riesgos en el hogar, mediante programas de educación continua a padres, madres y cuidadores sobre supervisión efectiva, adecuación de viviendas y prácticas de cuidado seguro.

Intensificar la focalización territorial de las intervenciones, priorizando localidades y grupos poblacionales con mayores tasas y aumentos sostenidos, apoyándose en el análisis de la información epidemiológica para orientar acciones diferenciales y oportunas.

Reforzar la articulación intersectorial con las entidades del Sistema Distrital de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, para la activación de rutas de protección en casos reiterados o de mayor gravedad, así como para el seguimiento social de los hogares con mayor riesgo identificado.

Finalmente, se sugiere mantener y fortalecer la vigilancia en salud pública, asegurando la calidad, oportunidad y uso efectivo de la información para la toma de decisiones, con el fin de contribuir a la reducción sostenida de los accidentes domésticos y a la garantía de entornos seguros para niñas y niños en Bogotá D.C.

#### **SPA:**

El incremento del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital, junto con la emergencia de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), el uso de vapeadores y la circulación de mezclas como el “tusi”, configura un escenario de alto riesgo para la salud pública y la garantía de derechos. Entre las principales alertas tempranas se destacan el inicio cada vez más temprano del consumo, la percepción de bajo riesgo asociada a los vapeadores —muchos de ellos con nicotina, cannabinoides u otras sustancias psicoactiva y el consumo de tusi como una sustancia erróneamente considerada “controlada” o “segura”, pese a su composición variable e impredecible. Estas

prácticas incrementan el riesgo de intoxicaciones, eventos adversos graves, dependencia temprana, afectaciones en el desarrollo neurológico y deterioro de la salud mental, así como la normalización del poli consumo y la exposición de los menores a redes de microtráfico y economías ilegales en entornos escolares, recreativos y digitales.

Para mejorar el comportamiento del indicador, se recomienda fortalecer acciones integrales de prevención temprana, selectiva e indicada, con énfasis en el consumo de alcohol, uso de vapeadores y tusi, desde un enfoque territorial, diferencial y de ciclo vital. Es prioritario robustecer la vigilancia epidemiológica y los sistemas de alertas tempranas frente a NSP, vapeadores y mezclas sintéticas, así como fortalecer la capacidad de detección, orientación y respuesta en servicios de salud, instituciones educativas y entornos comunitarios.

Se recomienda el desarrollo de procesos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y vapeadores desde edades tempranas siendo una prioridad ya que los niños, niñas y adolescentes se encuentran en una etapa crítica del desarrollo cerebral, emocional y social. El inicio precoz del consumo de SPA aumenta el riesgo de dependencia, afecta la salud mental y física, y limita el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y la construcción de proyectos de vida saludables.

De igual forma, se deben intensificar estrategias de comunicación del riesgo basadas en evidencia, formación a familias, docentes y cuidadores, y el desarrollo de habilidades para la vida en niños, niñas y adolescentes. Finalmente, es clave ampliar la oferta de atención integral en salud mental y consumo problemático, garantizar rutas claras de atención y promover entornos protectores, seguros y libres de oferta, especialmente en los territorios del Distrito Capital con mayor vulnerabilidad social y epidemiológica.

### **Sífilis Congénita y tasa de transmisión materna infantil de VIH.**

Dentro de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, se incluye una serie de actividades dirigidas a las gestantes, entre las que destaca la detección temprana de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como la sífilis, VIH y hepatitis B. A través de tamizajes realizados en los distintos trimestres de gestación, se busca identificar el riesgo de alguna ITS y proporcionar tratamiento adecuado para reducir o eliminar la transmisión materno-infantil, especialmente en el caso de la sífilis congénita y VIH. Se recomienda fortalecer las acciones de información, educación y comunicación en relación con los derechos sexuales y reproductivos, así como en la prevención de ITS. Esto incluye promover el uso del condón como método de protección adicional durante la gestación y el período posterior al parto, ya que se ha observado que muchas de las transmisiones ocurren en este último momento.

Además, es fundamental reforzar las actividades de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, través de los tamizajes en los diferentes momentos de curso de vida que permitirá la identificación de los riesgos de ITS. Por lo tanto, se recomienda ampliar la tamización en los mayores de 15 años, fortaleciendo las acciones de información, educación y comunicación derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional). Adicionalmente fortalecer los diálogos en los diferentes espacios permitiría conocer la percepción y el concepto que tiene de la sexualidad, percepción del riesgo, para mejorar la atención integral en salud.

Fortalecer la oferta de tamizajes oportunos y acciones de promoción y prevención en los distintos espacios de la vida cotidiana, así como continuar con los espacios de seguimiento desarrollados para la mejora de estos indicadores, como el comité materno perinatal y el comité fast track cities que busca una respuesta intersectorial ante la problemática del VIH en población general con énfasis en población migrantes y de manera conjunta con cooperación internacional.

## **2. Consideraciones generales**

El análisis del conjunto de indicadores permite organizar las consideraciones en función de las categorías de derecho, identificando riesgos o alertas tempranas y las acciones recomendadas para mejorar su comportamiento y orientaciones de política sectorial, sin incorporar elementos distintos a los ya señalados.

En relación con el derecho a la vida y a la existencia, los indicadores de mortalidad infantil y en menores de cinco años evidencian como principal alerta la persistencia de muertes evitables concentradas en menores de un año, reflejando vulnerabilidades en la atención prenatal, neonatal y en las condiciones de vida de la primera infancia. Estas situaciones se agudizan en localidades con mayor vulnerabilidad socioeconómica, donde confluyen pobreza, barreras de acceso a servicios de salud, edades extremas de la madre y condiciones diferenciales como la migración, ampliando brechas territoriales. En el caso de la mortalidad por infección respiratoria aguda, aunque se observa una reducción posterior al pico de 2022, persisten brechas territoriales en el sur y suroccidente de la ciudad, así como riesgos asociados a la circulación sostenida de virus respiratorios y picos estacionales, especialmente en menores de seis meses. Los análisis de mortalidad han identificado como alerta la ausencia de una valoración integral del riesgo en algunos escenarios clínicos, donde no siempre se incorporan antecedentes, hospitalizaciones

previas, persistencia de síntomas, automedicación, signos de alarma referidos por cuidadores ni factores psicosociales y contextuales como migración, ausencia de vivienda o redes de apoyo insuficientes. Frente a la mortalidad por enfermedad diarreica aguda, las alertas se concentran en contextos de alta vulnerabilidad social, comunidades indígenas o población en alojamiento temporal, con limitaciones en agua segura y saneamiento, así como en la necesidad de revisiones epidemiológicas rigurosas para una adecuada interpretación de los casos. De igual forma, las lesiones por pólvora constituyen una alerta temprana por la persistencia de exposición en entornos familiares y comunitarios, la ocurrencia de lesiones graves en extremidades, cara y órganos de los sentidos, la supervisión inadecuada, la circulación de pólvora ilegal y la reincidencia en algunos hogares y territorios.

Para mejorar el comportamiento de este grupo de indicadores, se recomienda fortalecer acciones intersectoriales focalizadas en los territorios con mayores tasas, garantizando acceso oportuno y sin barreras a controles prenatales, atención neonatal especializada, programas de nutrición, vacunación y seguimiento integral a recién nacidos. Se plantea reforzar el cumplimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud para la Primera Infancia, la adherencia a esquemas de vacunación —incluyendo Tdap materna y adelanto del esquema infantil frente a tos ferina—, consolidar estrategias resolutorias como Salas ERA, ampliar la vigilancia epidemiológica y virológica, e intensificar la educación comunitaria sobre signos de alarma, hidratación oral, manipulación de alimentos y autocuidado. En lesiones por pólvora, se recomienda fortalecer la prevención primaria mediante estrategias pedagógicas continuas dirigidas a padres, madres y cuidadores, intensificar la vigilancia epidemiológica activa, asegurar la notificación oportuna y el análisis territorial, y garantizar la activación de rutas de protección y seguimiento social en eventos graves o reincidentes. Desde la política sectorial, se resalta la necesidad de consolidar estrategias de prevención de muertes evitables y reducción de desigualdades, fortalecer la aplicación del Decreto 598 de 2025 frente a la fabricación, comercialización y uso de pólvora, integrar estos eventos en las políticas de infancia, salud pública y convivencia ciudadana, reforzar la articulación con el Sistema Distrital de Protección Integral y el ICBF, y promover políticas orientadas al mejoramiento de vivienda segura, acceso a agua potable y saneamiento básico.

En cuanto al derecho al desarrollo integral y a la protección, los indicadores relacionados con trabajo infantil y accidentes domésticos evidencian riesgos asociados a contextos familiares vulnerables, sobrecarga de tareas domésticas asignadas a niños, niñas y adolescentes, entornos domiciliarios inseguros y supervisión inadecuada de personas adultas responsables. La exposición a caídas, quemaduras, intoxicaciones, electrocuciones y lesiones por objetos cortopunzantes, así como la recurrencia de eventos en un mismo

hogar y la ocurrencia de lesiones graves o repetitivas, constituyen señales de alerta que requieren intervención oportuna e intersectorial. Para mejorar el comportamiento de estos indicadores se recomienda fortalecer las estrategias de búsqueda activa, caracterización y seguimiento de niños, niñas y adolescentes en riesgo de trabajo infantil, profundizar acciones pedagógicas dirigidas a familias y cuidadores sobre corresponsabilidad y redistribución equitativa de tareas domésticas, desarrollar estrategias educativas para la identificación de riesgos en el hogar y promoción de entornos protectores, e intensificar la vigilancia epidemiológica y el análisis territorial para focalizar intervenciones. Desde la política pública se plantea fortalecer la articulación intersectorial entre salud, educación, integración social, cultura y desarrollo económico, avanzar en el fortalecimiento de los sistemas de cuidado ampliando la oferta de servicios de apoyo a las familias, priorizar la prevención de lesiones no intencionales como eje estratégico en planes y programas del sector salud, y garantizar la activación de rutas de atención y protección cuando se evidencien situaciones de negligencia o vulneración de derechos.

En relación con el derecho a la salud mental y al bienestar emocional, los indicadores asociados al intento suicida señalan como riesgos la persistencia de violencias intrafamiliares, afectaciones a la salud mental, bajo acceso a apoyos psicosociales y entornos familiares con limitadas capacidades de cuidado. La identificación tardía de señales de malestar emocional constituye una alerta que requiere atención oportuna. Para mejorar el comportamiento de estos indicadores se recomienda fortalecer la promoción continua de la salud mental desde la primera infancia, favorecer la expresión emocional, la escucha activa y el desarrollo de habilidades socioemocionales en entornos familiares, educativos y comunitarios, fortalecer la identificación temprana de riesgos, el seguimiento oportuno de casos y el acompañamiento psicosocial a familias, así como impulsar intervenciones preventivas, territoriales e intersectoriales que integren salud, educación y protección, con énfasis en poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad. Desde la política sectorial se resalta la consolidación de la Política de Infancia y Adolescencia y la Política de Salud Mental de Bogotá, promoviendo entornos protectores y la participación incidente de niñas, niños y adolescentes.

De manera transversal, se reconoce que la información puede variar según la fecha de corte debido a los procesos de actualización y validación realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. El cálculo de individuos atendidos corresponde a números únicos de identificación y no a la sumatoria de atenciones parciales, dado que una persona puede cambiar de grupo de edad o ser atendida por más de un prestador en el mismo año. En este sentido, se recomienda fortalecer las capacitaciones al personal sanitario en el adecuado diligenciamiento de los RIPS, incluyendo finalidad de consulta, diagnósticos CIE-10 y códigos CUPS, así como facilitar tecnologías de información que mejoren la calidad,

interoperabilidad y oportunidad del dato, con el fin de orientar la toma de decisiones basada en evidencia en el marco de la garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes.

### 3. Glosario

**Abuso sexual:** Se entiende como toda forma de violencia sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes, que implica su utilización en actividades de carácter sexual para las cuales no están en capacidad de otorgar consentimiento, y que se realiza mediante fuerza, coerción física, psicológica o emocional, o aprovechando relaciones de poder, confianza, desigualdad o condiciones de indefensión. Fuente: Ley 1146 de 2007, art. 2; compilación normativa vigente.

**Accidente doméstico:** Evento no intencional que ocurre en el hogar o sus alrededores y que puede causar lesiones físicas o psicológicas, especialmente en niñas, niños y adolescentes, como consecuencia de condiciones inseguras o prácticas inadecuadas de cuidado.

**Artefacto pirotécnico:** Dispositivo elaborado con pólvora u otras sustancias explosivas o inflamables, diseñado para producir efectos sonoros, luminosos o de combustión, cuyo uso inadecuado puede generar lesiones graves.

**Atención institucional del parto:** Atención del nacimiento brindada por personal de salud calificado en una institución habilitada, garantizando condiciones seguras para la madre y el recién nacido.

**Atención neonatal:** Atención médica especializada dirigida a los recién nacidos, especialmente en los primeros días de vida, etapa de mayor vulnerabilidad.

**Atención prenatal:** Conjunto de controles y servicios médicos que recibe una mujer durante el embarazo para prevenir riesgos en la madre y el recién nacido.

**Boletín epidemiológico:** Documento periódico que presenta información analizada sobre la situación de salud, tendencias y eventos de interés en un territorio.

**Brecha territorial:** Diferencia cuantificable entre localidades o territorios en un indicador, por ejemplo, tasas más altas de mortalidad infantil en zonas vulnerables.

**Caídas:** Pérdida del equilibrio que provoca el descenso involuntario del cuerpo, constituyendo una de las principales causas de accidentes domésticos en menores.

**Captación temprana de gestantes:** Proceso de identificación, contacto y vinculación oportuna de mujeres embarazadas a los servicios de salud para garantizar controles prenatales adecuados.



**Dato preliminar:** Información inicial sujeta a validación y ajustes posteriores, utilizada de manera temporal para análisis y toma de decisiones.

**Decreto 598 de 2025:** Norma distrital que refuerza las medidas de control, regulación y sanción frente a la fabricación, comercialización y uso de pólvora pirotécnica en Bogotá D.C.

**Defectos congénitos:** Alteraciones estructurales o funcionales presentes desde el nacimiento, que pueden afectar el desarrollo y la calidad de vida del niño o niña.

**Demanda inducida:** Estrategias institucionales orientadas a promover el acceso oportuno de la población a los servicios de promoción, prevención y atención en salud.

**Derechos de existencia:** Categoría de derechos que garantiza condiciones básicas para la vida y la supervivencia, como salud, alimentación y protección de la vida.

**Derechos de niñas, niños y adolescentes:** Garantías fundamentales que incluyen el derecho a la vida, la salud, la integridad física y a crecer en entornos protectores y seguros.

**Entorno seguro:** Espacio físico del hogar que cuenta con condiciones adecuadas de infraestructura, orden y protección para prevenir accidentes, especialmente en población infantil.

**Explotación sexual:** Forma de violencia sexual que consiste en la utilización de niñas, niños o adolescentes con fines de gratificación sexual o lucro económico, incluyendo prostitución, pornografía y otras modalidades de comercialización del cuerpo. Fuente: Código Penal Colombiano; ICBF.

**Factores de riesgo:** Condiciones del hogar, del entorno o del comportamiento de cuidadores y menores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de accidentes domésticos.

**Fuente oficial:** Entidad o sistema reconocido institucionalmente como responsable de producir y validar información estadística o administrativa.

**Gestión del riesgo:** Conjunto de acciones dirigidas a prevenir, mitigar y controlar eventos que puedan afectar la salud de la población, mediante seguimiento y atención integral.

**Identificación del riesgo:** Proceso sistemático de detección temprana de factores que pueden afectar la salud materna, neonatal o infantil, con el fin de intervenir oportunamente.

**Intoxicación:** Afectación de la salud por ingestión, inhalación o contacto con sustancias tóxicas, medicamentos, productos de aseo o plaguicidas presentes en el hogar.

**Lesión no intencional:** Daño físico producido de manera involuntaria, resultado de caídas, quemaduras, intoxicaciones, golpes, cortaduras, electrocuciones u otros riesgos presentes en el entorno doméstico.

**Lesión por pólvora:** Daño físico ocasionado por la manipulación, detonación o exposición a artefactos pirotécnicos, que puede incluir quemaduras, amputaciones, traumatismos, lesiones oculares y auditivas.

**Muertes evitables:** Defunciones que podrían prevenirse mediante intervenciones oportunas en salud, nutrición, vacunación y acceso a servicios básicos.

**Nacidos vivos (NV):** Total de bebés que nacen con signos de vida durante un año, utilizado como base para calcular tasas de mortalidad.

**Objetos peligrosos:** Elementos del hogar como cuchillos, tijeras, vidrios, herramientas u otros instrumentos que pueden causar lesiones si no se almacenan de forma segura.

**Parto institucional:** Nacimiento ocurrido dentro de una institución de salud, bajo supervisión de talento humano calificado y con acceso a servicios médicos oportunos.

**Población menor de 18 años:** Grupo poblacional conformado por niñas, niños y adolescentes, considerado de especial protección por el riesgo elevado de lesiones y secuelas asociadas al uso o exposición a pólvora.

**Prevención:** Conjunto de acciones orientadas a reducir la ocurrencia de accidentes domésticos mediante educación, adecuación del entorno y fortalecimiento de prácticas de cuidado.

**Quemaduras:** Lesiones causadas por contacto con fuego, líquidos calientes, electricidad, sustancias químicas o superficies calientes dentro del hogar.

**Riesgo obstétrico:** Probabilidad de que se presenten complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, asociadas a condiciones maternas, fetales o del entorno.

**Rotavirus:** Virus causante de diarrea severa en lactantes y niños pequeños, prevenible mediante vacunación.

**Ruta materno perinatal:** Conjunto articulado de acciones y servicios orientados a la atención integral de la gestante, el recién nacido y la madre, desde la gestación hasta el posparto.

**Sitio anatómico de la lesión:** Parte del cuerpo afectada por la lesión, siendo las más frecuentes manos, dedos, cara, cabeza, ojos y miembros inferiores.

**Vigilancia centinela:** Sistema de monitoreo basado en unidades seleccionadas que permiten identificar tendencias y comportamientos de eventos prioritarios en salud.

**Vigilancia en salud pública:** Proceso sistemático de recolección, análisis e interpretación de información sobre accidentes domésticos, que permite orientar acciones de prevención y control.

**Vigilancia epidemiológica:** Proceso continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de información sobre eventos en salud, para orientar la toma de decisiones.

**Vigilancia epidemiológica intensificada:** Conjunto de acciones de seguimiento permanente y notificación obligatoria de casos durante la temporada de mayor riesgo, orientadas a detectar oportunamente lesiones por pólvora y activar respuestas institucionales.

## **SIGLAS**

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, utilizada para codificar causas básicas de muerte (J12–J18 para neumonía).

**EAPB:** Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

**EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda.

**IRA:** Infección Respiratoria Aguda.

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.

**PDD:** Plan Distrital de Desarrollo.

**PPPIA:** Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia de Bogotá.

**RIAS Primera Infancia:** Rutas Integrales de Atención en Salud orientadas a promoción, prevención y atención integral en niños y niñas menores de cinco años.

**RIPS:** Registro individual de prestación de servicios de salud.

**RUAF-ND:** Registro Único de Afiliados – módulo de Nacimientos y Defunciones, fuente oficial de estadísticas vitales.

**Salas ERA:** Estrategia distrital para la atención resolutive ambulatoria de IRA y prevención de complicaciones.

**Salas SRO:** Salas de Rehidratación Oral. Estrategia de atención ambulatoria orientada a la prevención y manejo oportuno de la deshidratación causada por enfermedad diarreica aguda, mediante la administración supervisada de suero de rehidratación oral y educación a cuidadores sobre signos de alarma y cuidados en el hogar.

**SIVELCE:** Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa, que permite la caracterización detallada de las lesiones por pólvora según tiempo, lugar y persona.

**TEF:** Tasa Especifica de Fecundidad

**Tdap:** Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina, recomendada en gestantes para proteger al recién nacido.

**VSR:** Virus Sincitial Respiratorio, principal agente asociado a IRA grave en lactantes.

**CAC:** Cuenta de Alto Costo

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

**TAR:** Terapia Antirretroviral

**ETMI-PLUS:** Eliminación de la Transmisión Materno Infantil

**RIAS Materno Perinatal:** Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno infantil

**SIVIM:** Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género

#### 4. Bibliografía

1. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. (2023). *Política pública de primera infancia, infancia y adolescencia (PPPIA)*.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. (2024). *Plan distrital de desarrollo 2024–2027*. Alcaldía Mayor.
3. Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2023). *Política pública de primera infancia, infancia y adolescencia 2023–2033*.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Estadísticas vitales: nacimientos y defunciones*. DANE.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Estadísticas vitales: defunciones no fetales. Registro Único de Afiliados (RUAF-ND)*. DANE.
6. Instituto Nacional de Salud. (2023). *Protocolo de vigilancia en salud pública de lesiones por causas externas*. <https://www.ins.gov.co>
7. Instituto Nacional de Salud. (2024). *Boletín epidemiológico semanal*.
8. Instituto Nacional de Salud. (2024). *Eventos de interés en salud pública: lesiones no intencionales*. <https://www.ins.gov.co>
9. Instituto Nacional de Salud. (2025). *Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica en Colombia*. <https://www.ins.gov.co>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 2350 de 2020. Lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda en menores de cinco años*.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Ruta integral de atención en salud materno perinatal*.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Lineamientos para la vigilancia en salud pública*.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Manual del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA)*.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2275 de 2023*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2275-de-2023.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes (Guía N.º 39-2021)*. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>

16. Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud. (2021). *ETMI-PLUS 2021–2030: Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>
17. Observatorio de Salud de Bogotá. (2026). *Lesiones por pólvora pirotécnica en Bogotá D. C.: Análisis epidemiológico por edad y localidad*. Secretaría Distrital de Salud. <https://saludata.saludcapital.gov.co>
18. Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Naciones Unidas.
19. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Recomendaciones para la atención del embarazo, parto y posparto*.
20. Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.<sup>a</sup> rev., ed. 2003, vols. 1–3).
21. Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud materna y neonatal en América Latina*.
22. Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Agenda para el desarrollo sostenible*. <https://www.paho.org/es/temas/agenda-para-desarrollo-sostenible>
23. Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Determinantes sociales y ambientales para la equidad en la salud*. <https://www.paho.org/es/determinantes-sociales-ambientales-para-equidad-salud>
24. Organización Panamericana de la Salud. (2025, diciembre 16). *Salud del niño*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>
25. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s. f.). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
26. Secretaría Distrital de Integración Social. (2018). *Informe cualitativo de seguimiento a la política pública de infancia y adolescencia 2017*.
27. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Boletín epidemiológico distrital*.
28. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024). *Informe de situación de salud de la infancia y adolescencia*.
29. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Indicadores de mortalidad infantil y en menores de cinco años: Reporte preliminar 2021–2025*.
30. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Lineamientos para la gestión del riesgo en salud materno infantil*.
31. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Reporte de personas lesionadas por pólvora pirotécnica en Bogotá D. C.: Temporada diciembre–enero*. <https://bogota.gov.co>

32. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Sistema de monitoreo de infancia y adolescencia (SMIA): Informe técnico*.
33. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Reporte de circulación viral de virus respiratorios: Semana epidemiológica 52*.
34. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2026). *Boletín epidemiológico de vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica: Temporada 2025–2026*. <https://saludata.saludcapital.gov.co>
35. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2026). *Sistema de estadísticas vitales – RUAF-ND preliminares ajustados al 09-01-2026*.
36. Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Modelo de inspección, vigilancia y control al sistema de salud*