# CAPITAL SALUD EPS-S

# CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL 2024

**Realizado por:**

Erika López Pedraza
Epidemióloga Nacional, Dirección Médica
Modelo Gestión del Riesgo

**Revisado y aprobado por:**

Ingrid Natalia Carantón Macias
Coordinadora Nacional Modelo Gestión del Riesgo

**Julio 2025**
**Bogotá**

## 1. Introducción

La caracterización de la población afiliada a Capital Salud EPSS en las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha constituye una herramienta estratégica para la planificación en salud y la gestión del riesgo. Este proceso permite identificar los determinantes sociales que inciden en el estado de salud de los afiliados, así como orientar intervenciones integrales, oportunas y efectivas que respondan a sus necesidades particulares.

El presente documento se elabora en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Su objetivo es consolidar información relevante sobre la distribución territorial, composición demográfica, condiciones socioeconómicas, acceso a los servicios de salud, principales causas de morbilidad y mortalidad, y la priorización de problemáticas en salud pública, con base en datos de fuentes oficiales, registros institucionales y reportes epidemiológicos.

Esta caracterización ofrece una visión integral del perfil de la población afiliada y se articula con las estrategias de gestión del riesgo en salud, aportando insumos clave para la toma de decisiones, la asignación eficiente de recursos y el fortalecimiento de la atención centrada en las personas, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar de los usuarios de Capital Salud.

### 1.1 Objetivo de la caracterización

Realizar un análisis integral de las condiciones de salud de la población afiliada a Capital Salud EPSS en las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, mediante la identificación de los principales determinantes sociales, perfiles epidemiológicos, barreras de acceso y necesidades en salud. Este análisis tiene como propósito orientar la planeación de intervenciones focalizadas, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y las estrategias de gestión del riesgo en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de vida y el bienestar de la población afiliada.

### 1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la distribución geográfica de la población afiliada, analizando su relación con la red de prestación de servicios de salud y las condiciones territoriales que inciden en el acceso efectivo a la atención.
- Describir las características demográficas de la población afiliada, incluyendo estructura por edad, sexo, régimen de afiliación y presencia de grupos con enfoque diferencial (etnias, discapacidad, víctimas del conflicto, entre otros).
- Analizar los determinantes sociales y condiciones socioeconómicas que influyen en el estado de salud, tales como vivienda, educación, empleo, seguridad alimentaria y riesgos ambientales.
- Evaluar la situación de salud de la cohorte, identificando la prevalencia de enfermedades de alto costo, eventos priorizados en salud pública y las principales causas de morbilidad y mortalidad.

- Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud, considerando la oferta de IPS, tiempos de atención, dificultades geográficas, administrativas y otras condiciones que limiten el acceso oportuno y de calidad.
- Establecer prioridades en salud y formular estrategias de intervención basadas en la evidencia, alineadas con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, en respuesta a las necesidades identificadas en la población afiliada.

### 1.3 Alcance y metodología

La presente caracterización comprende a la población afiliada a Capital Salud EPSS en sus sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, con corte al 31 de diciembre de 2024. El análisis se realiza bajo un enfoque territorial y diferencial, incorporando los determinantes sociales de la salud, las condiciones de accesibilidad a los servicios, el perfil epidemiológico de la población, la prevalencia de enfermedades de alto costo, las principales barreras de atención y la priorización de necesidades en salud pública.

El estudio integra información desagregada que permite una lectura detallada del contexto y la situación de salud de los afiliados, contemplando las siguientes dimensiones:

- Ubicación geográfica: nivel municipal, barrio, localidad, comuna y/o corregimiento, según corresponda.
- Distribución demográfica: población por grupos etarios y sexo.
- Régimen de afiliación: subsidiado, contributivo y movilidad.
- Poblaciones con enfoque diferencial: personas con discapacidad, comunidades étnicas, víctimas del conflicto armado y población migrante.

La metodología combina el análisis cuantitativo de fuentes oficiales (DANE, SISPRO, RIPS, BDUA, entre otras) con la sistematización de datos institucionales y reportes epidemiológicos, garantizando una visión integral que respalde la planificación en salud y la gestión del riesgo por parte de Capital Salud EPSS.

### 1.4 Fuentes de Información

Para el desarrollo de esta caracterización se utilizaron datos provenientes de fuentes oficiales, institucionales y secundarias, que garantizan la validez, confiabilidad y actualidad de la información analizada. Entre las principales fuentes se incluyen:

- **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE):** proyecciones de población, indicadores demográficos y socioeconómicos por municipio y localidad, censo nacional de población y vivienda.
- **Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO):** datos de morbilidad, atención en salud, enfermedades de interés en salud pública y eventos de alto costo.
- **Base de Datos Única de Afiliados (BDUA):** información sobre afiliación por régimen, tipo de población y movilidad.

- **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** eventos de salud reportados, frecuencias de atención, diagnósticos y procedimientos.
- **Capital Salud EPSS:** bases de datos institucionales de afiliados, reportes de gestión del riesgo, caracterización interna por territorio y cohorte.
- **Ministerio de Salud y Protección Social:** lineamientos técnicos, planes nacionales y documentos normativos.

### 1.5 Marco Normativo

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 busca consolidar una acción decidida hacia un país más justo y empático frente a las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que, por diferentes situaciones, carecen de salud y bienestar. Este plan se enfoca en:

**Fortalecimiento de Direcciones Territoriales**:

- Desarrollo de planes, programas y estrategias que garanticen la toma de decisiones, el gobierno, la gobernabilidad y la gobernanza de la salud pública.
- Apropiación de la atención primaria en salud.
- Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.
- Gestión integral del riesgo en salud pública.
- Gestión del conocimiento para la salud pública.
- Desarrollo del talento humano en salud.

El Plan busca ser un legado de unión y trabajo en equipo para superar las desigualdades sociales en salud. La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial promulga la “Diversidad”, reconociendo las diferencias geográficas, institucionales, económicas, sociales, étnicas y culturales como fundamento de la unidad e identidad nacional, la convivencia pacífica y la dignidad humana (Ley 1454, 2011).

**Decreto 3518 de 2006:** Establece la función del Ministerio de la Protección Social para realizar el análisis de la situación de la salud del país basado en la vigilancia y otras informaciones que definan áreas prioritarias de intervención en salud pública (Ministerio de la Protección Social, 2006).

**Ley 1122 de 2007:** Crea el Plan Nacional de Salud Pública y establece la necesidad de contar con un perfil epidemiológico anual para identificar factores protectores, de riesgo y determinantes de salud, y definir prioridades en salud pública (Ministerio de la Protección Social, 2007).

**Decreto 3039 de 2007:** Reglamenta la adopción del Plan Nacional de Salud Pública, destacando la importancia del Análisis de Situación de Salud para la planificación en salud de los entes territoriales.

**Resolución 425 de 2008: Define** la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, incluyendo el diagnóstico general de la situación de salud territorial.

**Decreto 4107 de 2011**: Establece los objetivos y estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, creando la Dirección de Epidemiología y Demografía, responsable de promover y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud (Presidencia de la República, 2011).

**Resolución 100 de 2024**: Deroga la Resolución 1536 de 2015 y establece disposiciones sobre la planeación integral para la salud, armonizada con el modelo de salud preventivo y predictivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios.

**Constitución Política de Colombia de 1991**: Establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

**Informe Mundial de la OMS de 2002**: Publicado por la Organización Mundial de la Salud, dedicado al manejo de riesgos en salud, sirviendo de inspiración a múltiples iniciativas en Colombia y en el mundo.

**Gestión del Riesgo en Salud**: Adoptada como función indelegable del aseguramiento en la Ley 1122 de 2007, con la prevención de riesgos como una de las cinco líneas de política del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Decreto 3039 de 2007).

**Ley 1438 de 2011**: Fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante un modelo de prestación de servicios públicos en salud, coordinando acciones del Estado, instituciones y sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

**Resolución 1536 de 2015**: Dispone la caracterización poblacional y la periodicidad y flujo de información para la actualización de la situación de salud de la población afiliada, ahora actualizada por la Resolución 100 de 2024.

**Resolución 429 de 2016**: Adopta la Política de Atención Integral en Salud.

**Resolución 3202 de 2016**: Adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

## 2. Configuración del Territorio y Determinantes Sociales de la Salud

Colombia, situada en la región noroccidental de América del Sur, es la cuarta nación más extensa del continente, con una superficie aproximada de 1.141.748 km². Su organización político-administrativa incluye 32 departamentos, 1.123 municipios y cinco distritos especiales, entre los cuales se encuentra el Distrito Capital de Bogotá, centro político, económico y demográfico del país. Esta estructura territorial representa un reto logístico para el sistema de salud, especialmente en lo que respecta a la equidad en la cobertura y la eficiencia en la respuesta ante necesidades poblacionales diversas.

De acuerdo con las proyecciones para 2024, Colombia cuenta con una población total de 52.695.952 personas, compuesta por 25.718.840 hombres y 26.977.112 mujeres, lo que confirma una tendencia histórica de mayor población femenina. Esta diferencia de más de 1.26 millones de mujeres tiene implicaciones importantes en términos de necesidades diferenciadas de salud, especialmente en lo que concierne a salud sexual y reproductiva, envejecimiento saludable y enfermedades crónicas con alta prevalencia en mujeres mayores.

Desde el punto de vista geográfico, se observa una distribución poblacional altamente concentrada en zonas urbanas: 40.123.631 personas (76.1%) viven en cabeceras municipales, mientras que 12.572.321 personas (23.9%) residen en centros poblados y zonas rurales dispersas.

Un hallazgo particularmente relevante es la diferencia de género según área geográfica. En las ciudades, las mujeres superan a los hombres por más de 1.7 millones, reflejo de dinámicas migratorias internas donde muchas mujeres jóvenes se desplazan a las capitales en búsqueda de estudio, empleo o mejores condiciones de vida. En contraste, en las zonas rurales hay más hombres que mujeres (una diferencia de 472 mil), lo que sugiere una estructura poblacional distinta, posiblemente más envejecida y con mayores necesidades de atención en salud ocupacional, salud mental y enfermedades crónicas desatendidas.

Desde una perspectiva epidemiológica, estos datos son cruciales para orientar la planificación territorial del sistema de salud colombiano. Las zonas urbanas requieren expansión y modernización de infraestructura hospitalaria, así como estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Las zonas rurales, en cambio, requieren un enfoque diferenciado, con fortalecimiento de la atención primaria, uso intensivo de tecnología como la telemedicina, y programas móviles que acerquen los servicios a poblaciones remotas.

### 2.1 Caracterización de los Contextos Territorial y Demográfico Distrito Bogotá

Bogotá, ubicada en el centro del país sobre el Altiplano Cundiboyacense, se extiende entre los Cerros Orientales al oriente y el Páramo de Sumapaz al sur. Limita al norte con los municipios de Chía, Sopó y La Calera; al nororiente con Cota y Funza; al occidente con Mosquera; al sur con Soacha y el Páramo de Sumapaz, que cubre aproximadamente 780 km²; y al oriente con los municipios de Ubaque y Chipaque.

La extensión total del Distrito Capital es de 1.776 km², que incluye las áreas urbanas, rurales y suburbanas, consolidando a Bogotá como una de las ciudades más grandes y complejas de América Latina en términos territoriales. Según las proyecciones del DANE,

para 2024 Bogotá contaba con una población estimada de 7.929.539 habitantes, representando el 15 % de la población nacional.

La población infantil y adolescente representa una parte importante de la estructura etaria. Hay 1.131.797 menores de 12 años (14,3 %), 559.049 adolescentes entre 12 y 17 años (7,1 %), y aproximadamente 6.238.693 personas mayores de 18 años (78,7 %). Adicionalmente, la población de adultos mayores (60 años o más) asciende a 826.848 personas, equivalentes al 15,4 % del total. Bogotá se caracteriza por una población urbana consolidada distribuida en 20 localidades y subdivididas en unidades de planeamiento zonal (UPZ).

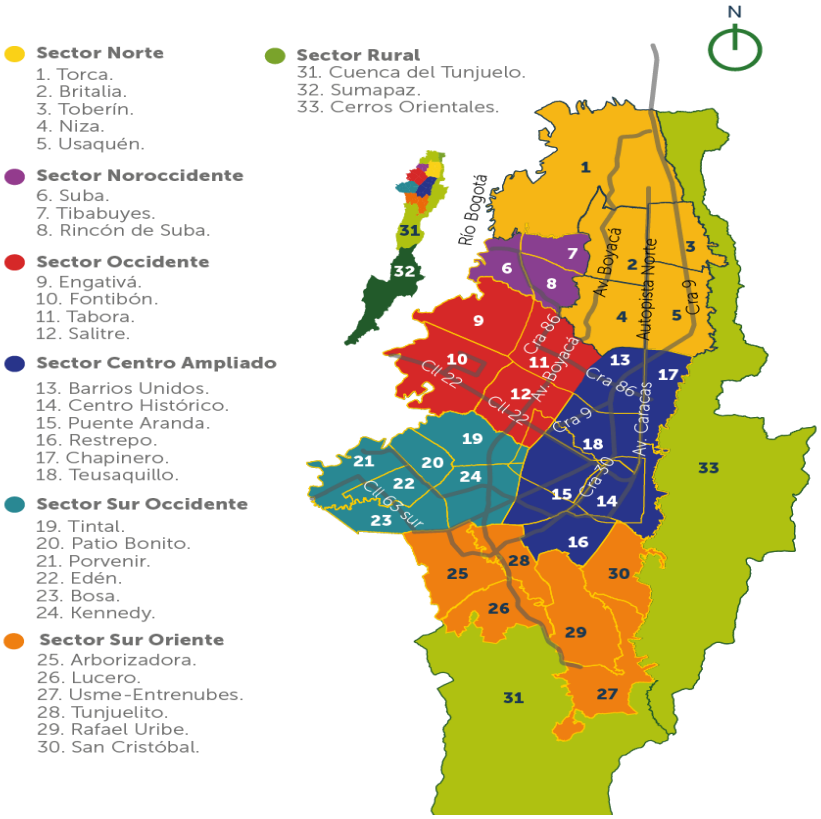
El territorio urbano es denso, con una extensión aproximada de 1.618 km². Además, la ciudad exhibe una tendencia hacia el envejecimiento poblacional. Según datos del censo 2018, por cada 100 personas menores de 15 años hay 47,4 personas mayores de 64 años, reflejo de una tasa de fecundidad decreciente y hogares cada vez más pequeños, con una media de 2,9 miembros por hogar. Bogotá también enfrenta desafíos sociales específicos. El Censo de habitantes de calle 2024 reportó 10.478 personas en situación de calle, con un incremento del 10 % respecto a 2017.

La mayoría son hombres y un 10,6 % son extranjeros. La principal fuente de ingresos es el reciclaje (46,6 %), seguido de mendicidad (18,4 %). Estos datos demográficos reflejan una ciudad que, aunque joven en muchos de sus estratos, transita hacia el envejecimiento poblacional, con dinámicas urbanas de alta densidad, hogares pequeños, y desafíos en inclusión y atención social para poblaciones vulnerables como los habitantes de calle, migrantes y adultos mayores.

Administrativamente, la ciudad se divide en 20 Localidades 19 urbanas y 1 rural (Sumapaz) y 116 Unidades de Planeación Zonal – UPZ; así se encuentra la mayor información estadística del Distrito. Sin embargo, de acuerdo con el Decreto 555 de 2021 el Plan de Ordenamiento Territorial - POT se reorganiza el territorio en 33 Unidades de Planeación Local – UPL, las cuales se constituyen de forma “equitativa respetando las dinámicas sociales, culturales y económicas de cada territorio y garantizando que todas cuenten con un número de habitantes y una extensión territorial semejante” se busca con esta distribución que los tiempos de desplazamiento para realizar las actividades cotidianas del ciudadano no superen los 15 – 30 minutos (Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría de Planeación, 2022).

En este sentido, las UPL representan una unidad funcional y de gestión más integrada que busca superar fragmentaciones históricas, facilitando la coordinación intersectorial y territorial en aspectos como movilidad, acceso a servicios, infraestructura y participación ciudadana.

**Mapa 1 División política-administrativa UPL Bogotá.**




Fuente: Secretaría de Planeación Distrital, 2021 Sectorial. https://www.sdp.gov.co/micrositios/pot/upl.

El análisis por subred permite enfocar la planificación de servicios con base en las dinámicas territoriales: el Centro Oriente con alta población flotante y movilidad; el Sur y Sur Occidente con altos indicadores de pobreza; y el Norte, con menor carga social pero mayor concentración de adultos mayores y enfermedades crónicas. En conjunto, estos datos respaldan la necesidad de fortalecer modelos de atención territorializada, con énfasis en promoción, prevención y cierre de brechas en salud.

En cuanto a la atención en salud durante el actual plan territorial de salud, la ciudad ha sido agrupada en 4 subredes de atención así:

**Subred Norte** conformada para la atención de las localidades de Engativá, Suba, Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo.
**Subred Centro Oriente** conformada para la atención de las localidades de La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal.
**Subred Sur** conformada para la atención de las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Usme y Tunjuelito.
**Subred Sur occidente** conformada para atención de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

**Tabla 1 Caracterización Demográfica por Subred y Localidad, Rural Urbano - Bogotá 2024P**

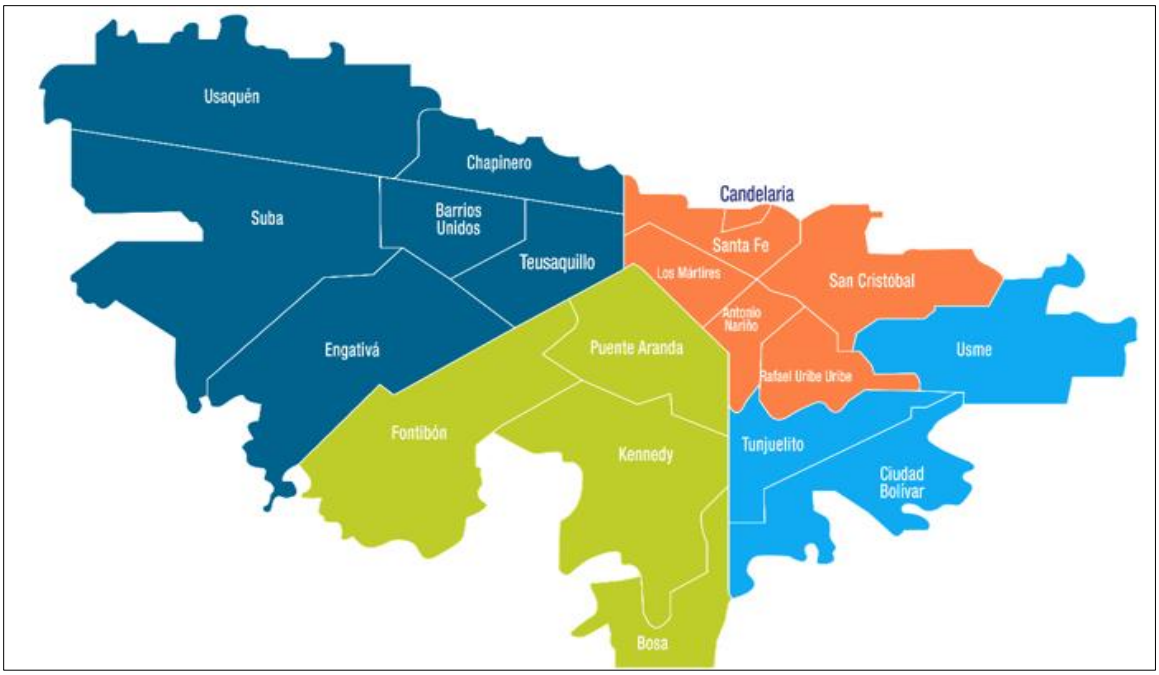
| SUBRED | LOCALIDAD | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | 0 | 0.0% | 290000 | 4.2% | **290000** | 4.2% |
| | La Candelaria | 0 | 0.0% | 65000 | 0.9% | **65000** | 0.9% |
| | Los Mártires | 0 | 0.0% | 110000 | 1.6% | **110000** | 1.6% |
| | Rafael Uribe Uribe | 500 | 1.5% | 160000 | 2.3% | **160500** | 2.3% |
| | San Cristóbal | 300 | 0.9% | 180000 | 2.6% | **180300** | 2.6% |
| | Santa Fe | 0 | 0.0% | 200000 | 2.9% | **200000** | 2.9% |
| NORTE | Barrios Unidos | 0 | 0.0% | 140000 | 2.0% | **140000** | 2.0% |
| | Chapinero | 0 | 0.0% | 180000 | 2.6% | **180000** | 2.6% |
| | Engativá | 0 | 0.0% | 430000 | 6.3% | **430000** | 6.2% |
| | Suba | 1000 | 2.9% | 620000 | 9.0% | **621000** | 9.0% |
| | Teusaquillo | 0 | 0.0% | 200000 | 2.9% | **200000** | 2.9% |
| | Usaquén | 200 | 0.6% | 390000 | 5.7% | **390200** | 5.7% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 800 | 2.3% | 900000 | 13.1% | **900800** | 13.1% |
| | Sumapaz | 30000 | 87.5% | 0 | 0.0% | **30000** | 0.4% |
| | Tunjuelito | 0 | 0.0% | 180000 | 2.6% | **180000** | 2.6% |
| | Usme | 1500 | 4.4% | 180000 | 2.6% | **181500** | 2.6% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 0 | 0.0% | 730000 | 10.6% | **730000** | 10.6% |
| | Fontibón | 0 | 0.0% | 420000 | 6.1% | **420000** | 6.1% |
| | Kennedy | 0 | 0.0% | 1200000 | 17.5% | **1200000** | 17.4% |
| | Puente Aranda | 0 | 0.0% | 280000 | 4.1% | **280000** | 4.1% |
| SIN INFORMACION | Sin información | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | **0** | 0.0% |
| **Total, general** | | **34300** | **0.5%** | **6855000** | **99.5%** | **6889300** | **100%** |

Fuente: Datos oficiales del DANE y fuentes de planeación territorial actualizadas a 2024.

La población de Bogotá, según DANE se concentra mayoritariamente en la zona urbana, con un 99.5% de sus habitantes residiendo en áreas urbanas y solo un 0.5% en zonas rurales. Las localidades con mayor población urbana son Kennedy (17.4%), Ciudad Bolívar (13.1%), Suba (9.0%), Bosa (10.6%) y Engativá (6.2%), reflejando la alta densidad y concentración poblacional en estas áreas. Sumapaz destaca como la única localidad con una proporción significativa de población rural (87.5%), aunque representa solo un 0.4% del total de la población de la ciudad. El resto de las localidades presentan casi en su totalidad población urbana. Esto indica que la mayoría de la población de Bogotá accede a servicios de salud, infraestructura y recursos en contextos urbanos, aunque las poblaciones rurales, especialmente en Sumapaz, pueden enfrentar barreras adicionales por su dispersión y ubicación. Sumapaz, única localidad 100 % rural, representa un desafío particular por su dispersión geográfica, baja densidad y dificultades de acceso.

Aunque la población rural es baja en proporción, debe considerarse en el diseño de estrategias de salud incluyentes.

**Mapa 2 División política-administrativa Localidades - Subredes Bogotá.**




Fuente: Elaboración propia Capital Salud.

### 2.2 Caracterización de los Contextos Territorial y Demográfico Departamento del Meta

El departamento del Meta está ubicado en la parte centro-oriental de Colombia, dentro de la región de la Orinoquía. Geográficamente, se localiza entre los 4°54'25'' y 1°36'52'' de latitud norte y entre los 71°04'38'' y 74°53'57'' de longitud oeste. Su territorio tiene una extensión de 85.635 km², lo que representa aproximadamente el 7,5 % del territorio nacional, ubicándolo como uno de los departamentos más extensos del país.
Limita al norte con Cundinamarca, el Distrito Capital de Bogotá y el departamento de Casanare, con los ríos Upía y Meta como fronteras naturales. Al este colinda con el departamento de Vichada; al sur, con Caquetá y Guaviare, separado por el río Guaviare; y al occidente, con los departamentos de Huila y nuevamente Cundinamarca. La posición estratégica del Meta está reforzada por su centralidad geográfica, siendo el municipio de Puerto López reconocido como el "ombligo de Colombia".

**Tabla 2 Caracterización Demográfica por Municipio - Rural Urbano - Meta 2024P**

| META | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Acacías** | 22 629 | 24.3 % | 70 694 | 75.7 % | 93 323 | 8.1 % |
| **Barranca de Upía** | 1 913 | 28.6 % | 4 771 | 71.4 % | 6 684 | 0.6 % |
| **Cabuyaro** | 3 133 | 49.8 % | 3 110 | 50.2 % | 6 243 | 0.5 % |
| **Castilla la Nueva** | 9 627 | 59.6 % | 6 538 | 40.4 % | 16 165 | 1.4 % |
| **Cubarral** | 2 457 | 34.2 % | 4 725 | 65.8 % | 7 182 | 0.6 % |
| **Cumaral** | 8 146 | 34.6 % | 15 422 | 65.4 % | 23 568 | 2.0 % |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **El Calvario** | 1 075 | 64.0 % | 604 | 36.0 % | 1 679 | 0.1 % |
| **El Castillo** | 4 676 | 62.2 % | 2 851 | 37.8 % | 7 527 | 0.7 % |
| **El Dorado** | 2 589 | 64.1 % | 1 446 | 35.9 % | 4 035 | 0.3 % |
| **Fuente de Oro** | 5 405 | 43.0 % | 7 182 | 57.0 % | 12 587 | 1.1 % |
| **Granada** | 11 629 | 16.2 % | 60 096 | 83.8 % | 71 725 | 6.2 % |
| **Guamal** | 4 810 | 32.7 % | 9 887 | 67.3 % | 14 697 | 1.3 % |
| **La Macarena** | 23 778 | 66.5 % | 4 730 | 33.5 % | 28 508 | 2.5 % |
| **La Uribe** | 7 481 | 77.6 % | 2 153 | 22.4 % | 9 634 | 0.8 % |
| **Lejanías** | 6 604 | 58.3 % | 4 737 | 41.7 % | 11 341 | 1.0 % |
| **Mapiripán** | 4 775 | 65.7 % | 2 496 | 34.3 % | 7 271 | 0.6 % |
| **Mesetas** | 6 160 | 58.1 % | 4 438 | 41.9 % | 10 598 | 0.9 % |
| **Puerto Concordia** | 5 199 | 59.7 % | 3 508 | 40.3 % | 8 707 | 0.8 % |
| **Puerto Gaitán** | 22 388 | 50.5 % | 21 926 | 49.5 % | 44 314 | 3.8 % |
| **Puerto Lleras** | 6 544 | 62.2 % | 3 976 | 37.8 % | 10 520 | 0.9 % |
| **Puerto López** | 12 099 | 39.3 % | 18 700 | 60.7 % | 30 799 | 2.7 % |
| **Puerto Rico** | 6 459 | 49.4 % | 6 622 | 50.6 % | 13 081 | 1.1 % |
| **Restrepo** | 6 373 | 33.6 % | 12 585 | 66.4 % | 18 958 | 1.7 % |
| **San Carlos de Guaroa** | 6 434 | 49.2 % | 6 650 | 50.8 % | 13 084 | 1.1 % |
| **San Juan de Arama** | 4 525 | 50.3 % | 4 482 | 49.7 % | 9 007 | 0.8 % |
| **San Juanito** | 570 | 45.1 % | 693 | 54.9 % | 1 263 | 0.1 % |
| **San Martín de los Llanos** | 7 468 | 27.8 % | 19 457 | 72.2 % | 26 925 | 2.3 % |
| **Vista Hermosa** | 9 552 | 56.0 % | 7 508 | 44.0 % | 17 060 | 1.5 % |
| **Villavicencio** | 44 263 | 8.0 % | 509 910 | 92.0 % | 554 173 | 48.4 % |
| **Total Meta** | **244 661** | **21.3 %** | **901 105** | **78.7 %** | **1 145 766** | **100 %** |

Fuente: Datos oficiales del DANE y fuentes de planeación territorial actualizadas a 2024.

El 78,7 % de la población reside en las cabeceras municipales, mientras el 21,3 % vive en zonas rurales. Villavicencio, la capital, concentra el 48,4 % del total departamental, con una población urbana dominante (92 %). Municipios como La Uribe, La Macarena, Mapiripán, Mesetas y Puerto Lleras tienen más de la mitad de su población en zonas rurales, requiriendo atención territorial diferenciada. Municipios intermedios como Acacías, Granada y Puerto López presentan poblaciones urbanas predominantes, pero con significativa población rural.

**Caracterización fisiográfica y ecológica:** El Meta presenta una notable diversidad fisiográfica, con tres grandes regiones:

1. Zona montañosa de la Cordillera Oriental, que incluye parte del piedemonte llanero y la Serranía de la Macarena, alcanzando alturas de hasta 4.000 msnm.
2. La planicie llanera, correspondiente al escudo guayanés, con extensiones que no superan los 200 msnm.
3. Zona selvática amazónica, ubicada en el extremo sur del departamento.

Algunas fuentes amplían esta clasificación a cinco unidades fisiográficas: andina, macarenense, piedemontana, amazónica y orinoquense. Esta variedad le permite al Meta

contar con múltiples ecosistemas, desde páramos hasta sabanas cálidas, lo que se traduce en una riqueza biológica significativa.

**Hidrografía:** El Meta posee una red hidrográfica extensa y compleja, influenciada por la Cordillera Oriental y la Serranía de la Macarena, así como por patrones de precipitación estacional. La mayoría de sus ríos drenan hacia la cuenca del Orinoco, salvo el río Macaya, que pertenece a la cuenca amazónica.
Entre los principales ríos del departamento se encuentran: Meta, Guaviare, Guatiquía, Ariari, Guayabero, Manacacías, Guayuriba, Duda, Yucao, Upía, Caney, Guacavía, Cafre, Iteviare, Tomo, Metica, Orotoy, Planas, Tillavá y Guarrojo, entre muchos otros. La cuenca del río Meta cubre una superficie estimada de 112.000 km², siendo navegable desde Puerto López. También existen varias lagunas de importancia ambiental como Carimagua, Papamene, Mozambique, Remanzón y Lomalinda.

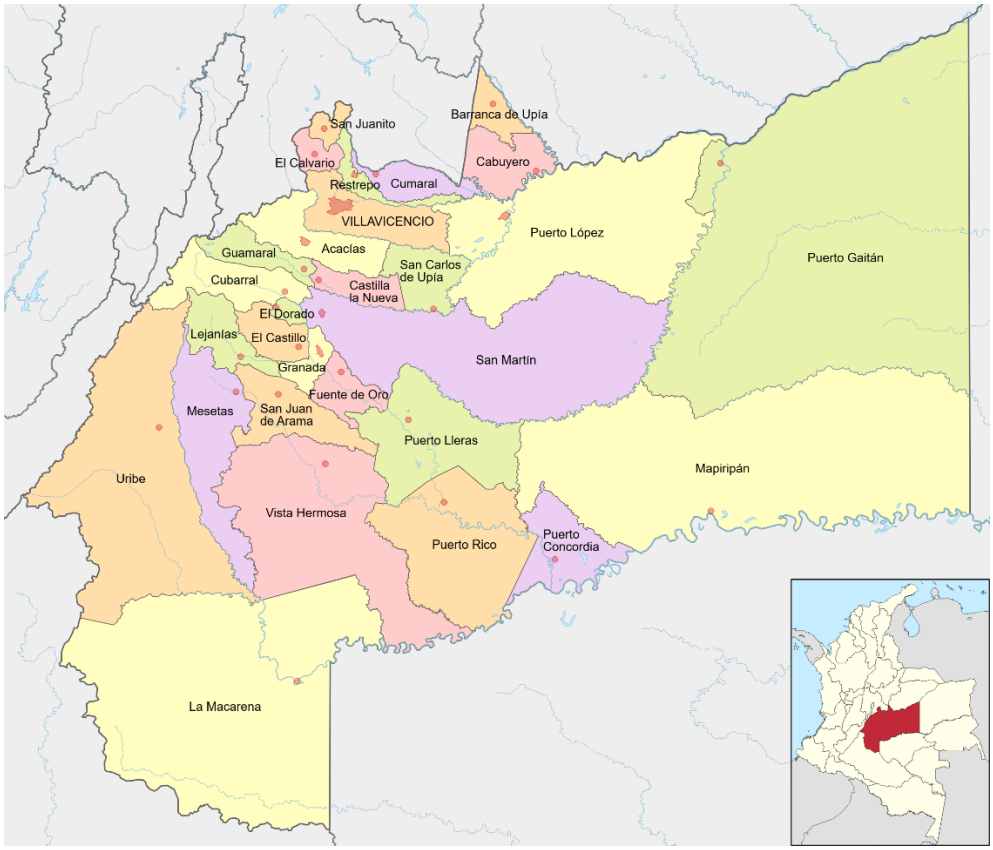
Según proyecciones del DANE y del Plan Departamental de Extensión Agropecuaria (PDEA) 2024, el departamento del Meta cuenta con una población estimada de 1.145.766 habitantes, de los cuales el 75,8 % reside en las cabeceras municipales (zona urbana) y el 24,1 % en zonas rurales y centros poblados. En cuanto a la distribución por sexo, los hombres representan el 50,19 % de la población y las mujeres el 49,81 %.

La estructura poblacional del Meta es predominantemente joven, con un 33,4 % de personas menores de 13 años, un 14,9 % entre los 13 y 19 años, y un 51,7 % de adultos de 20 años en adelante. En lo que respecta a la composición étnica, el 4,05 % de la población se reconoce como indígena, el 0,97 % como afrodescendiente o perteneciente a población NARP (rom o gitana), y el 96,76 % no se identifica con ningún grupo étnico. Esta diversidad demográfica y cultural se ha fortalecido por los procesos migratorios internos y el crecimiento sostenido del Meta como polo agroindustrial, energético, turístico y de expansión urbana dentro de la región Orinoquía. El Meta presenta una diversidad cultural creciente debido al fenómeno migratorio interno y a su consolidación como polo agroindustrial, energético y turístico del país.

**Aspectos climáticos y ambientales:** El clima del Meta varía entre templado en zonas de altitud y cálido húmedo en las planicies. Las precipitaciones oscilan entre 2.000 y 6.000 mm anuales, con una marcada temporada de lluvias influenciada por la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT). Esta variedad climática favorece el desarrollo de actividades agropecuarias, ganaderas y ecoturísticas.
Importancia estratégica

La combinación de su centralidad geográfica, riqueza hídrica, potencial agrícola y biodiversidad, hacen del departamento del Meta un territorio clave para el desarrollo sostenible de la región Orinoquía y un eje fundamental para la expansión de servicios de salud, educación, infraestructura y cobertura social. Esto representa un entorno geográfico y demográfico prioritario para la planeación de la atención en salud de Capital Salud – Sucursal Meta, con enfoque diferencial, territorial y poblacional.

**Mapa 3 División político-administrativa Departamento del Meta**




Fuente:https://es.wikipedia.org/wiki/Meta_%28Colombia%29?utm_source=chatgpt.com#/media/Archivo:Mapa_de_Meta_(pol%C3%ADtico).svg

### 2.3 Caracterización de los Contextos Territorial y Demográfico Municipio de Soacha Cundinamarca

El municipio de Soacha se sitúa en la zona sur de la Sabana de Bogotá, colindando al oriente con la ciudad de Bogotá, a una altitud de 2.600 msnm. Su territorio abarca 184,45 km², de los cuales 19 km² corresponden a zona urbana y 165,45 km² a zona rural.

**Límites políticos:** Norte: Bojacá y Mosquera**,** Sur: Sibaté y Pasca**,** Oriente: Bogotá, Distrito Capital**,** Occidente: Granada y San Antonio del Tequendama.
**Organización político-administrativa:** Soacha está conformado por seis comunas que comprenden 688 barrios en el área urbana, y dos corregimientos en la zona rural, subdivididos en 14 veredas (ocho en el corregimiento 1 y seis en el corregimiento 2).

**Mapa 4 División política-administrativa Municipio de Soacha.**




Fuente: https://es.m.wikipedia.org/wiki/Archivo:Mapa_de_Soacha.svg

**División comunal (DANE 2024):**
Comuna 1 – Compartir
Comuna 2 – Soacha Central
Comuna 3 – La Despensa
Comuna 4 – Cazucá
Comuna 5 – San Mateo
Comuna 6 – San Humberto
La Superficie urbana cubre aproximadamente el 25 % del territorio municipal.

**Población total:** Proyecciones del DANE estiman 806.253 habitantes en 2024 (51,6 % mujeres y 48,4 % hombres). Soacha es el municipio más grande de Cundinamarca y figura entre las principales ciudades del país, estimándose uno de los 7 municipios más poblados de Colombia.

**Distribución por edad:** Menores de 12 años: 143.730 (17,8 %), Adolescentes (12–17): 73.654 (9,1 %), Adultos mayores de 60: 79.314 (9,8 %)

**Comunidades étnicas:** más de 10.000 personas afrodescendientes e indígenas registradas

**Crecimiento Demográfico y Movilidad:** Soacha ha experimentado un crecimiento acelerado. En 2003 su población era inferior a los 400.000 habitantes; para 2024 se duplicó hasta alcanzar aproximadamente 806.000 personas, y se proyecta llegar a más de un millón en la próxima década. Este crecimiento refleja migración interna, desplazamiento forzado y asentamientos urbanos informales. Entre 2005 y 2022, más de 40.000 personas desplazadas llegaron a Soacha, según datos de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas

**Uso del suelo urbano:** Residencial: 85 %, Industrial: 10 %, Servicios/comercio: 5 % Esto refleja una ciudad principalmente habitacional, con uso mixto en sectores urbano-comerciales.

**Indicadores Socioeconómicos:** La tasa de desempleo en Soacha en 2023 fue aproximadamente del 10 %, ligeramente inferior a promedio nacional (13, 14 %) y entre las más bajas de las ciudades intermedias del país, con una tasa de ocupación del 64,3 % y participación laboral del 72 %.

**Retos y oportunidades:** El crecimiento irregular continúa generando presión sobre servicios como acueducto, alcantarillado, recolección de residuos y conectividad. La expansión urbana intensifica también la degradación de ecosistemas como humedales y zonas subxerófitas

**POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL EN COLOMBIA**

**Personas con Discapacidad:** En Colombia, aproximadamente 3,5 millones de personas (7,1 % de la población total) presentaban algún tipo de discapacidad según datos recientes del DANE. Hasta el primer semestre de 2024, el Registro Nacional (RLCPD) había certificado 350.732 personas con discapacidad.

**Distribución por tipo de discapacidad:**

- Física: mayoritaria, predominando entre los certificados
- Intelectual / cognitiva: alta prevalencia, similar a la física
- Sensorial, psicosocial y múltiple: presentes en menor proporción Ministerio de Salud.

**Algunos indicadores relevantes:**

- Tasa global de participación laboral: 21,6 % (vs. 66,5 % general) MSPS
- Tasa de desempleo entre personas con discapacidad: 9,8 % (vs. 9,1 % general) DANE

Estos datos reflejan vulnerabilidades socioeconómicas significativas, especialmente en empleabilidad, educación y acceso a servicios.

**Grupos étnicos:** Según el DANE, la composición étnica de Colombia es:

- Mestizos / blancos: 87,6 %
- Afrocolombianos (incluyendo raizales y palenqueros): 6,68 % (2,95 millones)
- Indígenas: 4,31 % (1,91 millones)
- Raizales: 0,06 %, palenqueros: 0,02 %, Rrom (gitanos): 0,01 %

En 2023, una estimación de Latinobarómetro ubica a:

- Mestizo: 50,3 %
- Blanco: 26,4 %
- Indígena: 9,5 %
- Negro: 9,0 %
- Mulato: 4,4 %
- Asiático: 0,4 %

Estas cifras muestran la diversificación cultural y la presencia significativa de comunidades tradicionales.

**Comunidad LGBTIQ+:** La última estimación disponible de Bogotá indica una tasa de 8,3 ‰, lo que representaría alrededor de 400.000 personas en todo el país, considerando una escala equivalente.

**Víctimas del conflicto y desplazados:** Alrededor del 15 % de las personas con discapacidad registradas pertenecen a poblaciones víctimas del conflicto armado. Además, las cifras de desplazamientos internos muestran que más de 10 millones han sido afectados en el país, con Bogotá y regiones como el Meta recibiendo un número significativo de refugiados y retornados, lo cual incide en la demanda de servicios de salud.

**Población migrante Según Migración Colombia:** 616.942 migrantes venezolanos habían llegado a Bogotá a diciembre 2022, y en agosto de 2023 su número era de 605.376, representando el 21 % del total de migrantes en Colombia y el 7,6 % de la población de la capital. Estos flujos generan presiones en los sistemas de salud integrados y requieren seguimiento dentro de los programas de atención diferencial.

## 3. Accesibilidad a los servicios de salud

La infraestructura en salud de Capital Salud EPS-S se compone principalmente de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) contratadas y distribuidas en las diferentes sucursales donde opera: Bogotá, Soacha y Meta.

Estas IPS incluyen una variedad de servicios en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, abarcando atención ambulatoria, hospitalaria, servicios especializados, urgencias, laboratorios, y más.

- **Distribución territorial:** Capital Salud cuenta con una red amplia de IPS distribuidas por sucursal, asegurando cobertura en zonas urbanas y rurales.
- **Diversidad de servicios:** Las IPS ofrecen servicios integrales que incluyen consultas médicas, procedimientos diagnósticos, atención de urgencias, hospitalización, y otros servicios especializados.
- **Capacidad instalada:** La red incluye desde pequeñas clínicas y centros médicos hasta hospitales de mayor complejidad.
- **Accesibilidad:** Se trabaja para minimizar los tiempos de desplazamiento y espera, con puntos de atención estratégicamente ubicados para facilitar el acceso a los afiliados.
- **Calidad y certificación:** Muchas IPS contratadas cuentan con certificaciones de calidad y cumplen con estándares nacionales de atención en salud.

### 3.1 Red Prestadora de Servicios (IPS)

Capital Salud mantiene una red pública y privada de IPS en las zonas de Bogotá, Soacha y Meta, publicada en su sitio institucional en cumplimiento del Decreto 4747 de 2007. Esta red está organizada por tipo de servicio y nivel de complejidad (nivel I, II y III), e incluye hospitales municipales, clínicas y centros de atención primaria.

**Servicios operativos e innovación:** Además de la red de IPS, Capital Salud gestiona servicios complementarios como la entrega domiciliaria de medicamentos (Audifarma), suministro de oxígeno domiciliario, transporte asistencial, programas de atención a fallecimiento con dignidad (Red Morir Dignamente), y atención integral en educación en salud.

**Ilustración 1 Puntos de Atención al Usuario Bogotá y Soacha**




https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/

Durante el cuarto trimestre de 2024, se generaron un total de 329.243 atenciones en los diferentes puntos de atención de Bogotá y Soacha. El punto de atención con mayor participación fue Misericordia, el cual concentró el 19 % del total de las atenciones realizadas en ese período.

**Ilustración 2 Puntos de Atención al Usuario Meta**




https://www.capitalsalud.gov.co/rendicion-de-cuentas-2024/

Durante el cuarto trimestre de 2024, se generaron 72.750 atenciones en los puntos de atención del departamento del Meta, siendo el punto de atención de Villavicencio el que registró la mayor participación, con un 59% del total de atenciones.

### 3.2 disponibilidad de IPS

Desde una perspectiva epidemiológica, la disponibilidad y distribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) es un componente fundamental del acceso efectivo al sistema de salud. Para el año 2024, la red de Capital Salud EPS-S, una de las aseguradoras del régimen subsidiado en Colombia, cuenta con una infraestructura que abarca tanto entidades públicas como privadas, garantizando cobertura en Bogotá, Soacha y el departamento del Meta.
La red distrital pública (USS) está conformada por unidades integrales que ofrecen atención desde el nivel I hasta el nivel III en todas las subredes de Bogotá. Esto asegura una respuesta escalonada, que abarca desde atención primaria hasta servicios hospitalarios de alta complejidad. Paralelamente, la red privada complementa la oferta con clínicas, centros de diagnóstico, y especialidades clave como oncología, nefrología, neurología, salud mental y laboratorios clínicos de alta tecnología.

**Tabla 3 Infraestructura en salud de Capital Salud EPS-S para 2024**

| SUCURSAL | IPS | SERVICIOS DISPONIBLES | COBERTURA TERRITORIAL |
|---|---|---|---|
| **BOGOTÁ** | más de 50 | Atención primaria, consultas externas, hospitalización, urgencias, servicios especializados (odontología, laboratorio, imágenes) | Urbana, zonas centrales y periféricas |
| **SOACHA** | de 10 A 15 | Atención primaria, urgencias, consultas externas, algunos servicios especializados | Urbana y rural |
| **META** | de 15 a20 | Atención primaria, hospitalización, urgencias, servicios especializados (laboratorio, imágenes) | Urbana y rural, con cobertura en Villavicencio y municipios |

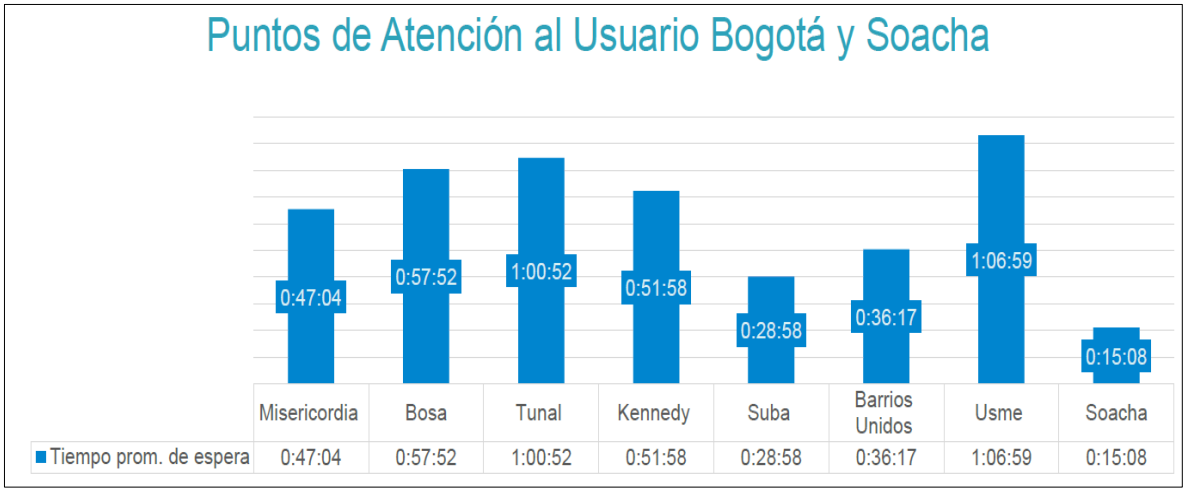
https://www.capitalsalud.gov.co/red-prestadora-de-servicios/

- La red incluye IPS públicas y privadas contratadas, lo que diversifica la oferta y mejora la capacidad de respuesta del sistema.
- El número de IPS es dinámico, pudiendo variar por contrataciones nuevas o terminación de convenios durante el año.
- El enfoque territorial permite cobertura tanto en zonas urbanas densamente pobladas como en zonas rurales más dispersas, especialmente en Soacha y el Meta.
- Se prioriza la reducción de tiempos de espera y desplazamiento, aspectos críticos para la adherencia a tratamientos y la atención oportuna de patologías agudas o crónicas.
- La red incluye infraestructura básica para servicios esenciales como salud mental, control prenatal, vacunación y seguimiento a enfermedades crónicas, pilares fundamentales de la salud pública.

La presencia de una red amplia y mixta bien distribuida es esencial para el cumplimiento del principio de acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, especialmente en un sistema mixto como el colombiano.

### 3.3 Tiempo promedio de espera en sala -canal presencial

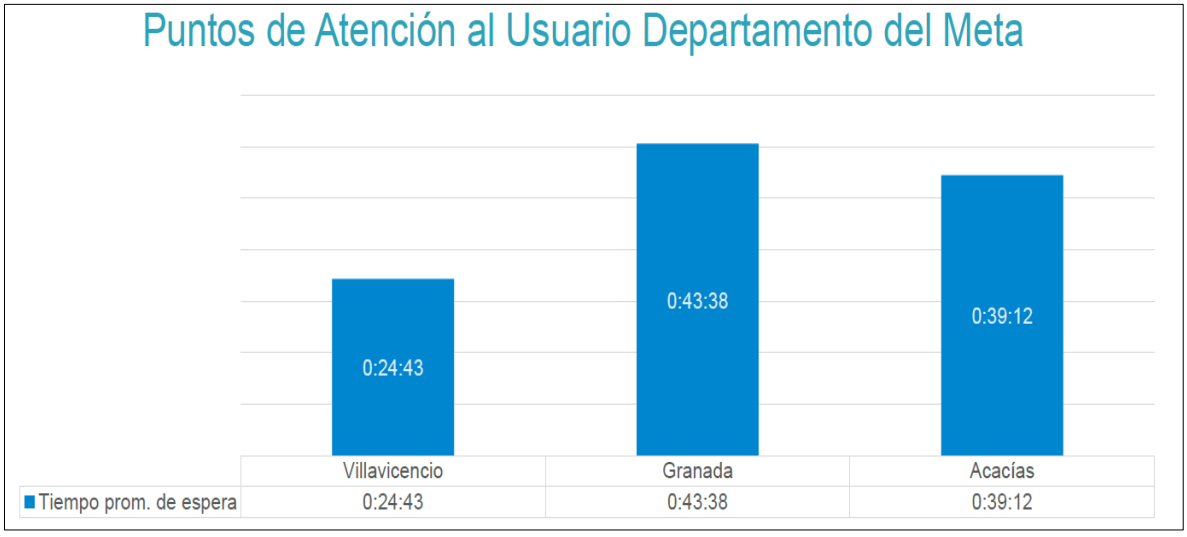
**Gráfica 1 Tiempo promedio de espera en Puntos de Atención al Usuario Bogotá y Soacha**




Fuente: Digiturno Plus 5 –Dirección de Atención al Usuario

Durante el cuarto trimestre de 2024, cinco puntos de atención presentaron tiempos promedio de espera superiores a 40 minutos, mientras que tres puntos registraron tiempos de espera inferiores a los 40 minutos. El punto de atención con el mayor tiempo promedio de espera fue Usme.

**Gráfica 2 Tiempo promedio de espera en Puntos de Atención al Usuario Meta**




Fuente: Digiturno Plus 5 –Dirección de Atención al Usuario

Durante el cuarto trimestre de 2024, dos puntos de atención del departamento del Meta presentaron tiempos de espera inferiores a 40 minutos, mientras que un punto de atención superó este tiempo, siendo Granada el punto con el mayor tiempo promedio de espera.

### 3.4 Contratos administrativos suscritos año 2024

### Tabla 4 Contratos Suscritos en el año 2024

| NOMBRE IPS | NIT | CONTRATO | TIPO DE CONTRATO | TIPO | NIVEL DE ATENCIÓN | SERVICIO CONTRATADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | 900971006 | 004-2023 | PGP | PUBLICA | I, II y III | TODOS LOS SERVICIOS I, II Y III NIVEL RESOLUTIVO - PROMOCION Y PREVENCION HABILITADOS POR LA IPS |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | 900958564 | 002-2023 | PGP | PUBLICA | I, II y III | TODOS LOS SERVICIOS I, II Y III NIVEL RESOLUTIVO - PROMOCION Y PREVENCION HABILITADOS POR LA IPS |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | 900959051 | 003-2023 | PGP | PUBLICA | I, II y III | TODOS LOS SERVICIOS I, II Y III NIVEL RESOLUTIVO - PROMOCION Y PREVENCION HABILITADOS POR LA IPS |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | 900959048 | 001-2023 | PGP | PUBLICA | I, II y III | TODOS LOS SERVICIOS I, II Y III NIVEL RESOLUTIVO - PROMOCION Y PREVENCION HABILITADOS POR LA IPS |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | 900971006 | 008-2023 | EVENTO - PYD | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS PYD |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | 900958564 | 006-2023 | EVENTO - PYD | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS PYD |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | 900959051 | 007-2023 | EVENTO - PYD | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS PYD |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | 900959048 | 005-2023 | EVENTO - PYD | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS PYD |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | 900971006 | 014-2023 | EVENTO | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS II Y III NIVEL RESOLUTIVO PAQUETIADOS Y EXCLUIDOS DEL PGP |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | 900958564 | 012-2023 | EVENTO | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS II Y III NIVEL RESOLUTIVO PAQUETIADOS Y EXCLUIDOS DEL PGP |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | 900959051 | 013-202 | EVENTO | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS II Y III NIVEL RESOLUTIVO PAQUETIADOS Y EXCLUIDOS DEL PGP |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | 900959048 | 009-2023 | EVENTO | PUBLICA | I, II y III | SERVICIOS II Y III NIVEL RESOLUTIVO PAQUETIADOS Y EXCLUIDOS DEL PGP |
| SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE | 899999017 | 084 -2023 | EVENTO | PRIVADA | III | TODOS LOS SERVICIOS AMBULATORIO Y HOSPITALARIOS HABILITADOS POR LA IPS |
| UNIDAD CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO LIMITADA - RENOVAR | 822001338 | 057-2023 | EVENTO-PAQUETE | PRIVADA | II | CONSULTA ESPECIALIZADA, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, HOSPITALIZACIÓN TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA |
| "FUNDACIÓN LA LUZ - CENTRO NACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DROGADICCIÓN" | 811004956 | 034-2023 | EVENTO | PRIVADA | II | ATENCION EN FARMACODEPENDENCIA |
| INSTITUTO ROOSEVELT | 860013874 | 083-2021 | EVENTO | PRIVADA | III | ATENCION INTEGRAL AFILIADOS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA Y NEUROLOGICA |
| CORPOALEGRIA | 900138104 | 036-2022 | EVENTO | PRIVADO | II | REHABILITACION INTEGRAL |
| NP MEDICAL IPS | 900413988 | 036-2023 | EVENTO | PRIVADA | II | HOSPITALIZACION SALUD MENTAL ADULTO |
| CORPORACION SALUD UN | 900578105 | 086-2023 | EVENTO | PRIVADA | III | TODOS LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS HABILITADOS |
| FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE | 900098476 | 088-2023 | EVENTO | PRIVADA | III | TODOS LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS HABILITADOS |
| GOLEMAN SERVICIOS INTEGRALES SAS | 900231829 | 001-2024 | EVENTO | PRIVADA | II | SERVICIOS DE REHABILITACION POBLACION IDIPRON |

Fuente: Coordinación de Contratación – 2024

**Tabla 5 Modalidades de contratos suscritos 2014-2024**

| MODALIDAD | 2014 | 2019 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAPITA | – | – | 1 | 4 | 7 | 12 | **24*** |
| EVENTO | – | 2 | 10 | 8 | 105 | 5 | **130** |
| EVENTO – PAQUETE | – | – | – | 1 | 3 | 4 | **8** |
| PGP | – | – | 1 | 6 | 7 | – | **14** |
| PYD | – | – | – | – | 4 | – | **4** |
| CONJUNTO INT. DE ATENCIONES | – | – | – | – | – | 4 | **4** |
| TOTAL CONTRATOS | **29** | **7** | **12** | **5** | **13** | **70** | **136** |

Fuente: Coordinación de Contratación – Dirección Jurídica

Durante el periodo comprendido entre 2014 y 2024, Capital Salud EPSS suscribió un total de 136 contratos en diferentes modalidades de contratación, con un crecimiento notable en el año 2024, donde se ejecutaron 70 contratos, el mayor número registrado en la serie histórica. Las modalidades más representativas han sido los contratos por evento, con 130 contratos acumulados, seguidos de los contratos por capitación, con 24 contratos. También se destacan los contratos en la modalidad PGP (Pago Global Prospectivo) con 14 registros, y en menor medida, los eventos en paquete (8), PYD (Prevención y Detección) (4) y conjunto integral de atenciones (4), modalidad que aparece por primera vez en 2024.

Este comportamiento refleja la diversificación en los modelos de contratación orientados a mejorar el acceso, la eficiencia y la integralidad en la prestación de servicios de salud, en línea con los lineamientos del Ministerio de Salud y el enfoque de gestión del riesgo en salud.

## 4. Distribución de la población Capital Salud EPS-S 2024

### 4.1 Caracterización de la población a nivel Nacional

Durante el año 2024, Capital Salud EPS-S registró una población afiliada total de 1.107.614 personas, con una distribución por sexo en la que predominó la población femenina (52,72%), superando ligeramente a la masculina (47,28%).

**Tabla 6 Distribución de la población por Sucursal Capital Salud EPS-S 2024**

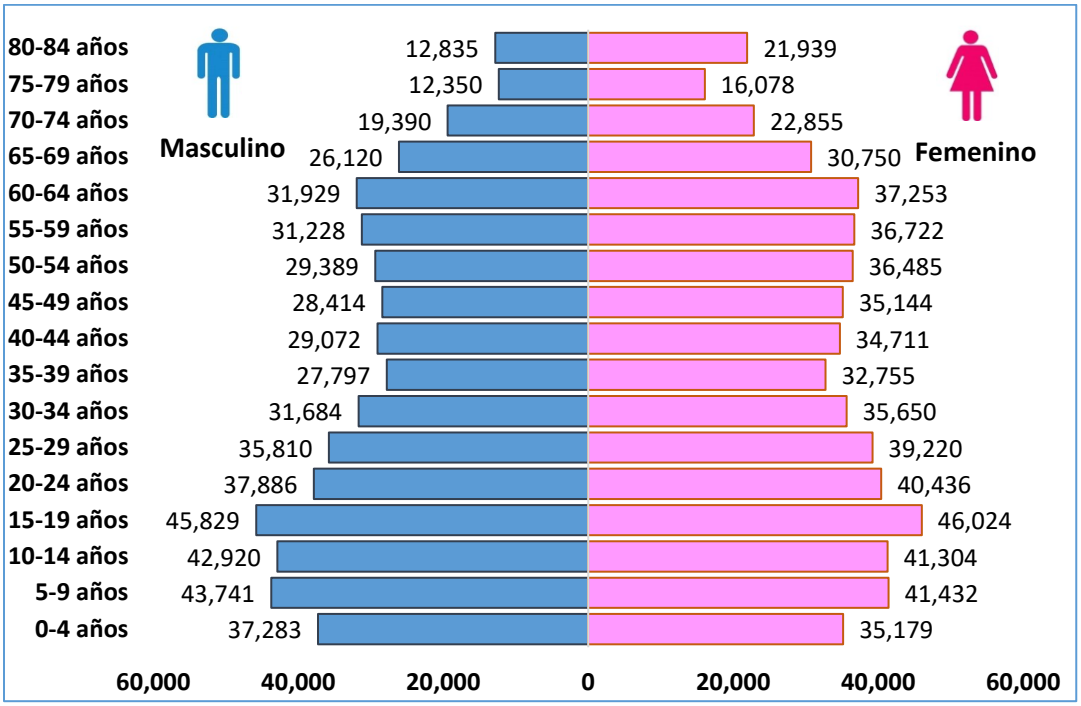
| SUCURSAL | | % |
|---|---|---|
| **BOGOTÁ** | 876,761 | **79.16%** |
| **META** | 223,767 | **20.20%** |
| **SOACHA** | 7,086 | **0.64%** |
| **TOTAL CAPITAL SALUD** | **1,107,614** | **100%** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La distribución por sucursal muestra una fuerte concentración en Bogotá, que agrupa al 79,16% de los afiliados (876.761 personas), seguida por el departamento del Meta con el 20,20% (223.767 afiliados), mientras que Soacha representa apenas el 0,64% (7.086 afiliados). Este comportamiento refleja tanto la densidad poblacional de la capital como la

expansión del aseguramiento en zonas urbanas periféricas y centros intermedios como Meta.

**Gráfica 3 Pirámide poblacional Capital Salud diciembre 2024**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

El total de afiliados asciende a 1.107.614 personas, con una ligera mayoría de mujeres (52,7 %) frente a hombres (47,3 %), lo cual es coherente con las tendencias nacionales de feminización poblacional, particularmente en los grupos etarios superiores a los 60 años. Esta diferencia se acentúa en los rangos de 75 años en adelante, donde las mujeres superan a los hombres en proporciones marcadas (por ejemplo, en el grupo de 80 a 84 años, hay casi el doble de mujeres que de hombres).

La población menor de 20 años representa aproximadamente el 29,4 % del total. Esta proporción destaca la importancia de mantener estrategias sólidas de atención materno-infantil, vacunación, nutrición y promoción de entornos protectores para niños, niñas y adolescentes. En particular, el grupo de 15 a 19 años, con 91.853 afiliados, es el más numeroso, lo que podría estar asociado con dinámicas de alta natalidad en décadas recientes, desplazamientos poblacionales hacia zonas urbanas periféricas y mayor vinculación al régimen subsidiado de salud en este grupo.

El grupo etario de 20 a 59 años, correspondiente a la población económicamente activa, concentra cerca del 53 % de los afiliados, siendo un segmento crítico desde el punto de vista de la carga de enfermedad, accidentalidad, salud laboral, salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

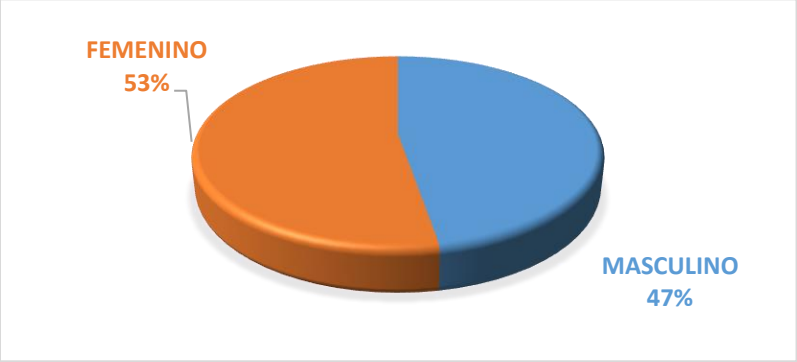
La mayor proporción en este grupo implica una demanda elevada de servicios de consulta externa, urgencias, salud sexual y reproductiva, control de enfermedades como hipertensión, diabetes y trastornos de salud mental, así como programas de promoción y prevención.

Por su parte, el grupo de 60 años y más representa aproximadamente el 17,6 % de la población, una proporción significativa para una EPS-S, que usualmente atiende poblaciones más jóvenes. Este hallazgo señala un proceso progresivo de envejecimiento que impone retos crecientes en la gestión del riesgo individual y colectivo, especialmente en relación con enfermedades crónicas, dependencia funcional, discapacidad, cuidado paliativo y atención domiciliaria. La presencia de 69.182 personas entre los 60 y 64 años, y más de 28.000 mayores de 75 años, exige adaptar la red de atención con enfoque gerontológico.

En términos de planificación en salud, esta pirámide evidencia la necesidad de un modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con especial énfasis en la atención primaria en salud (APS), dado el peso de la infancia, adolescencia y adultez temprana. Igualmente, se debe considerar el fortalecimiento de redes integrales de atención para pacientes crónicos y de cuidado paliativo.

Finalmente, la distribución equilibrada en la base y el cuerpo de la pirámide sugiere una doble carga de enfermedad: coexistencia de enfermedades infecciosas y condiciones materno-perinatales con enfermedades crónicas no transmisibles. Esto demanda enfoques integrados, costo-eficientes y territorializados, que reconozcan tanto las condiciones sociales de los afiliados como las barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud.

**Gráfica 4 Distribución poblacional por Sexo Capital Salud EPS-S 2024.**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La población afiliada a Capital Salud en el año 2024 muestra una distribución por sexo con una mayor proporción de mujeres (52,7 %), equivalente a 583.937 afiliadas, frente a 523.677 hombres (47,3 %), lo que refleja una relación aproximada de 112 mujeres por cada 100 hombres.

Esta diferencia se manifiesta de forma leve en los grupos de edad temprana, pero se acentúa significativamente a partir de los 50 años, donde las mujeres comienzan a superar a los hombres de forma sostenida, tendencia que se profundiza en los grupos de edad avanzada. Por ejemplo: Las mujeres mayores representan una carga importante en términos de servicios de salud relacionados con enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidades de cuidado prolongado.
Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) también constituyen un grupo prioritario por su participación en programas de salud sexual y reproductiva, control prenatal, planificación familiar y atención materna.

**Tabla 7 Índice demográfico Capital Salud EPS-S 2018-2024**

| Índice Demográfico Capital Salud | 2018 | 2021 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Población total | 1154880 | 1177338 | 1107614 |
| Población Masculina | 530186 | 556487 | 523677 |
| Población femenina | 624694 | 620851 | 583937 |
| Relación hombres mujer | 85 | 90 | 90 |
| Razón niños mujer | 25 | 28 | 27 |
| Índice de infancia | 21 | 20 | 20 |
| Índice de juventud | 25 | 24 | 22 |
| Índice de vejez | 12 | 13 | 15 |
| Índice de envejecimiento | 51 | 60 | 67 |
| Índice demográfico de dependencia | 53 | 51 | 57 |
| Índice de dependencia infantil | 35 | 32 | 34 |
| Índice de dependencia mayores | 18 | 19 | 23 |
| Índice de Friz | 143 | 125 | 131 |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2018-2021-2024

La evolución demográfica de Capital Salud entre 2018 y 2024 refleja una estructura poblacional en transición hacia el envejecimiento. La relación hombre-mujer mejora ligeramente, pasando de 85 a 90 hombres por cada 100 mujeres, lo que sugiere cierta paridad y posibles avances en equidad en salud.

La proporción de infancia permanece estable (índice de 20), mientras que la juventud muestra una tendencia decreciente (de 25 a 22), indicando una contracción progresiva de los grupos más jóvenes. En contraste, el índice de vejez sube de 12 a 15, y el índice de envejecimiento pasa de 51 a 67, ratificando el avance del envejecimiento demográfico.

Este cambio estructural se traduce en un aumento del índice de dependencia total (de 53 a 57), con especial énfasis en la dependencia de mayores (de 18 a 23), lo que plantea retos crecientes para el sistema de salud en cuanto a atención crónica, cuidados paliativos y servicios sociales.

Aunque el índice de Friz disminuyó inicialmente, repunta ligeramente a 131 en 2024, señalando una presión demográfica sostenida sobre la población económicamente activa. Este contexto exige respuestas integrales en salud pública, fortalecimiento del primer nivel

de atención y preparación institucional frente a una población cada vez más envejecida y dependiente.

**Tabla 8 Distribución de Población afiliada por curso de Vida y genero de la EPS Capital salud, 2024.**

| CAPITAL SALUD | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 2367 | 2491 | 41619 | 43861 | 43986 | 46352 | **90338** |
| INFANCIA | 6-11 | 2814 | 2922 | 46016 | 48598 | 48830 | 51520 | **100350** |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 2590 | 2571 | 50291 | 51797 | 52881 | 54368 | **107249** |
| JUVENTUD | 18-28 | 14689 | 16294 | 75516 | 68117 | 90205 | 84411 | **174616** |
| ADULTEZ | 29-59 | 15143 | 13966 | 204017 | 170436 | 219160 | 184402 | **403562** |
| VEJEZ | 60 y mas | 1780 | 2701 | 127095 | 99923 | 128875 | 102624 | **231499** |
| TOTAL | | **39383** | **40945** | **544554** | **482732** | **583937** | **523677** | **1107614** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

El análisis de la población afiliada a Capital Salud EPS-S para el año 2024, desagregada por curso de vida, sexo y régimen (contributivo y subsidiado), evidencia una estructura demográfica compleja, con importantes implicaciones para la planificación en salud, la distribución de recursos y la adaptación del modelo de atención.

En primer lugar, la población total afiliada asciende a 1.107.614 personas, con una ligera mayoría de mujeres (52,7 %). Sin embargo, lo más relevante desde el punto de vista estructural es que el 94,6 % de los afiliados pertenece al régimen subsidiado, lo cual indica una alta concentración de personas en condiciones de vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Esto sugiere una población con barreras de acceso históricas, mayores necesidades insatisfechas en salud, y un perfil epidemiológico dominado por determinantes sociales adversos.

Al desagregar por grupos de edad, se evidencia que la mayor concentración poblacional se encuentra en la adultez (29–59 años), con 403.562 personas, lo que representa el 36,4 % del total. Este grupo etario, aún productivo, es el principal portador de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemias, y demanda intervenciones sistemáticas de tamizaje, detección temprana y control de factores de riesgo. A su vez, es el grupo que más impacta en la sostenibilidad del sistema de salud y de seguridad social, por su relación directa con la carga de enfermedad y la productividad.

En el otro extremo, la población infantil (0–11 años) suma más de 190.000 personas, de las cuales más del 95 % pertenece al régimen subsidiado. Este grupo requiere una atención integral orientada a la prevención, con énfasis en vacunación, crecimiento y desarrollo, nutrición, salud oral y prevención de enfermedades infecciosas. Las niñas y niños en primera infancia (0–5 años), por su alto volumen (90.338 afiliados), deben ser una prioridad en salud pública, especialmente en contextos donde la desnutrición, las infecciones respiratorias y gastrointestinales aún tienen alta prevalencia.

El grupo de adolescentes y jóvenes (12–28 años) reúne en conjunto más de 281.000 afiliados, y representa un desafío epidemiológico crucial: se trata de la etapa del curso de vida en la que emergen los problemas de salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y la violencia de género. La baja cobertura en servicios diferenciados para esta población puede agravar las condiciones que se gestan en esta etapa, con efectos negativos a lo largo del ciclo vital.

Por su parte, la población adulta mayor (60 años y más) representa el 20,9 % de los afiliados, es decir, más de 231.000 personas, de las cuales el 97 % está en el régimen subsidiado. Este grupo, mayoritariamente femenino, presenta una carga significativa de enfermedad crónica, fragilidad, dependencia funcional y necesidad de apoyo en salud mental, lo que requiere una respuesta sistémica y sostenida. La presencia de un volumen tan alto de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad económica implica que Capital Salud debe adaptar su red y modelo de atención para garantizar acceso efectivo a servicios domiciliarios, gerontológicos, rehabilitación y cuidados paliativos.

En síntesis, la caracterización demográfica de la población afiliada a Capital Salud en 2024 refleja un territorio con altos niveles de dependencia del sistema público, predominio de condiciones sociales precarias y una estructura poblacional que demanda intervenciones diferenciadas y adaptadas por curso de vida.

La alta concentración en el régimen subsidiado refuerza la necesidad de un enfoque centrado en la equidad, la prevención, la atención primaria fortalecida y la articulación intersectorial para abordar los determinantes sociales que condicionan el perfil epidemiológico de esta población.

Capital Salud, en este contexto, enfrenta el desafío de evolucionar desde un modelo reactivo y fragmentado hacia uno proactivo, continuo y centrado en las personas, con capacidad para responder tanto a la alta carga de enfermedad crónica como a las necesidades emergentes en salud mental, infancia, adolescencia y vejez. La inversión en talento humano, tecnologías apropiadas y redes integradas será clave para lograr un sistema de salud más justo, resolutivo y sostenible.

**Tabla 9 Distribución poblacional Rural y Urbana Capital Salud EPS-S 2024**

| SUCURSAL | RURAL | URBANO |
|---|---|---|
| BOGOTÁ | 8,879 | 867,882 |
| META | 50,450 | 173,317 |
| SOACHA | 44 | 7,042 |
| TOTAL | **59,373** | **1,048,241** |
| CAPITAL SALUD | **1107614** | |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2024

En cuanto a la distribución poblacional para el 2024, muestra una clara concentración urbana: el 94,6 % (1.048.241 personas) reside en zonas urbanas y solo el 5,4 % (59.373 personas) en áreas rurales. La mayoría de los afiliados se encuentran en Bogotá, donde la atención debe enfocarse en enfermedades crónicas, salud mental, violencia y condiciones derivadas de la pobreza urbana.

El departamento del Meta, aunque con menor número total de afiliados, presenta la mayor proporción rural (22,6 %), lo que implica serios desafíos para el acceso a servicios de salud. La baja cobertura de redes de comunicación y escasa señal de telecomunicaciones limitan el uso de herramientas como telemedicina o citas virtuales, agravando las barreras ya existentes por distancia geográfica o falta de transporte.

Por ello, en territorios como el Meta se requiere una estrategia de atención presencial fortalecida, basada en:

- Brigadas móviles extramurales
- Equipos itinerantes de atención primaria
- Coordinación interinstitucional con alcaldías y líderes comunitarios
- Uso de radios comunitarias y medios tradicionales para educación en salud y alertas sanitarias

Se debe aplicar un modelo diferenciado y adaptado a la realidad territorial, robusto y tecnológico en zonas urbanas; presencial, comunitario y de bajo umbral tecnológico en zonas rurales, para garantizar el acceso equitativo y continuo a la atención en salud.

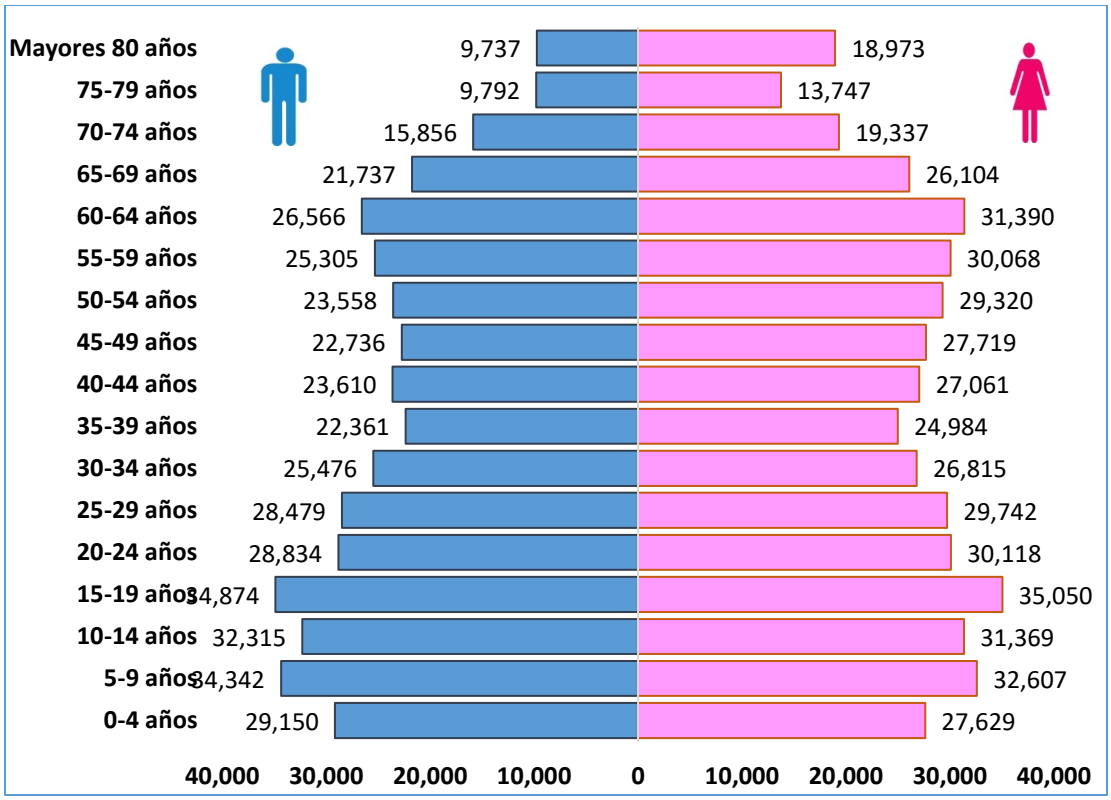
### 4.2 Distribución de la población Sucursal Bogotá diciembre 2024

El análisis demográfico de la población afiliada a Capital Salud EPS-S en la sucursal Bogotá ofrece una visión detallada sobre la estructura poblacional de una de las principales concentraciones urbanas del país. Con más de 876 mil afiliados, en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado, Bogotá presenta una población diversa, envejecida progresiva y altamente urbanizada, con el 99 % residiendo en zonas urbanas.

Este contexto urbano, junto con la distribución por curso de vida, sexo y condición socioeconómica, permite identificar prioridades en salud pública, riesgos emergentes y necesidades específicas en cada etapa del ciclo vital. El presente proporciona una base sólida para la planificación de servicios con enfoque diferencial y territorial, orientada a mejorar el acceso, la equidad y la calidad en la atención.

La pirámide poblacional de los afiliados a Capital Salud EPS-S en Bogotá para el año 2024 muestra una clara transición demográfica. Se evidencia una base aún sólida en los grupos infantiles y juveniles, un ensanchamiento en los grupos de edad productiva (30 a 59 años) y un crecimiento sostenido en la cúspide, es decir, en los adultos mayores. Esta estructura poblacional refleja un cambio epidemiológico progresivo, donde coexisten necesidades de atención propias de enfermedades transmisibles en la infancia y adolescencia, con un aumento sostenido de patologías crónicas, degenerativas y de dependencia funcional en los mayores.

**Gráfica 5 Pirámide poblacional Sucursal Bogotá diciembre 2024**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La población total afiliada asciende a 876.761 personas, con un predominio femenino (52,7 %) frente a los hombres (47,3 %). Esta diferencia se acentúa con la edad, siendo especialmente marcada a partir de los 60 años, lo que evidencia un fenómeno de feminización del envejecimiento, asociado a una mayor esperanza de vida en las mujeres. Esta situación demanda un enfoque diferencial en salud, ya que muchas de estas mujeres mayores enfrentan situaciones de soledad, fragilidad social y alta dependencia.

En los grupos etarios de 0 a 19 años, que concentran cerca del 29 % de los afiliados, se destacan necesidades relacionadas con la salud infantil, la valoración integral, la prevención de enfermedades transmisibles, la vacunación, la salud mental en la adolescencia y el abordaje del embarazo adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas. Esta población representa una oportunidad clave para intervenciones de prevención y promoción de la salud con enfoque de curso de vida.

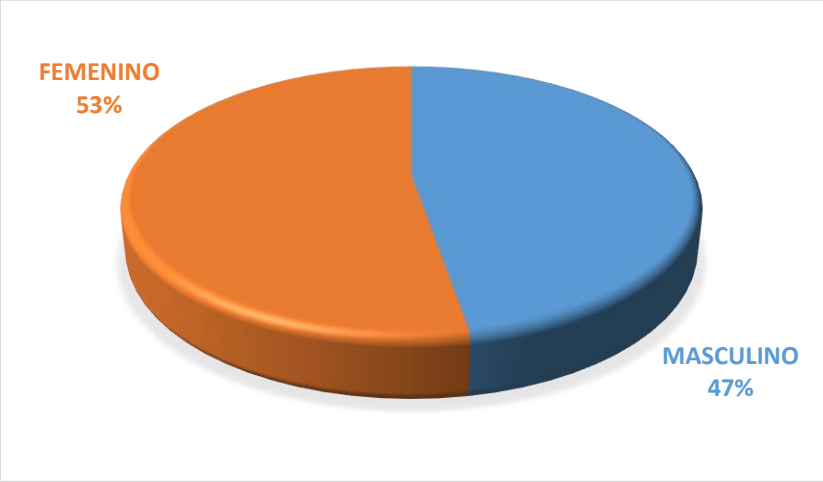
La población entre 30 y 59 años representa el grupo más numeroso, concentrando más del 25 % del total. En este rango se encuentra la mayor carga de enfermedad crónica no transmisible, como hipertensión, diabetes, dislipidemias, obesidad y enfermedades mentales comunes. Esta etapa del curso de vida es crítica, tanto por su impacto económico como por su influencia en la carga global de enfermedad, y exige intervenciones clínicas sistemáticas, educación en autocuidado y estrategias de detección precoz.

A partir de los 60 años, el volumen de personas afiliadas comienza a incrementarse significativamente, superando las 141.000 personas mayores. Este grupo presenta una alta carga de enfermedades degenerativas, fragilidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional, lo que implica la necesidad de fortalecer la atención geriátrica, el acompañamiento domiciliario, los cuidados paliativos y los programas de rehabilitación integral. Además, la proporción creciente de personas mayores plantea retos en sostenibilidad del sistema y reorganización de la oferta sanitaria.

En resumen, la pirámide poblacional de Bogotá para Capital Salud en 2024 refleja un territorio en plena transición demográfica y epidemiológica, donde conviven retos de salud pública propios de poblaciones jóvenes con una demanda creciente de atención especializada en la vejez.

Ante este panorama, es indispensable fortalecer el modelo de atención por curso de vida, implementar rutas integrales diferenciadas, consolidar redes comunitarias y garantizar un enfoque de equidad, género y territorialidad, que permita responder con oportunidad y calidad a las necesidades de esta población en evolución.

**Gráfica 6 Distribución poblacional por Sexo Sucursal Bogotá 2024.**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2024

La distribución por sexo de los afiliados a Capital Salud EPS-S en Bogotá para el año 2024 muestra una ligera predominancia del sexo femenino, con un 52,7 % (462.033 mujeres) frente a un 47,3 % (414.728 hombres). Esta diferencia, aunque moderada en la población general, se acentúa en los grupos de edad avanzada, como lo refleja también la pirámide poblacional.

**Tabla 10 Índice demográfico Sucursal Bogotá 2018-2024**

| Índice Demográfico Bogotá | 2018 | 2021 | 2024 |
|---|---|---|---|
| **Población total** | 935249 | 958794 | 876761 |
| **Población Masculina** | 426721 | 452600 | 414728 |
| **Población femenina** | 508528 | 506194 | 462033 |
| **Relación hombres mujer** | 84 | 89 | 90 |
| **Razón niños mujer** | 24 | 28 | 28 |
| **Índice de infancia** | 20 | 19 | 20 |
| **Índice de juventud** | 24 | 24 | 21 |
| **Índice de vejez** | 12 | 13 | 15 |
| **Índice de envejecimiento** | 56 | 65 | 72 |
| **Índice demográfico de dependencia** | 51 | 50 | 58 |
| **Índice de dependencia infantil** | 33 | 30 | 34 |
| **Índice de dependencia mayores** | 18 | 20 | 24 |
| **Índice de Friz** | 135 | 118 | 128 |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2018 - 2021 - 2024

El análisis del comportamiento demográfico de la población afiliada a la sucursal Bogotá entre los años 2018 y 2024 revela una transformación significativa en la estructura poblacional, caracterizada principalmente por una transición hacia el envejecimiento y una creciente carga de dependencia, lo cual implica retos importantes para la planificación y provisión de servicios de salud.

En primer lugar, se observa una disminución progresiva de la población afiliada, que pasó de 935.249 personas en 2018 a 958.794 en 2021, para luego caer a 876.761 en 2024. Esta reducción reciente, de más de 82 mil afiliados en tres años, podría atribuirse a procesos de migración interna o internacional, movilidad del aseguramiento hacia otras EPS, mortalidad particularmente en adultos mayores durante y después de la pandemia o una baja tasa de natalidad. Esta caída poblacional genera una aparente reducción en la presión sobre ciertos servicios, pero también evidencia una pérdida potencial de población económicamente activa y un debilitamiento del relevo generacional dentro del sistema de salud.

Por otro lado, se evidencia una clara tendencia al envejecimiento de la población afiliada. El índice de vejez aumentó de 12 en 2018 a 15 en 2024, y el índice de envejecimiento que relaciona adultos mayores con niños se incrementó de 56 a 72 en el mismo periodo. Asimismo, la dependencia de adultos mayores pasó de 18 a 24. Estos indicadores demuestran que el grupo etario que más crece es el de personas mayores de 60 años, lo que conlleva un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor utilización de servicios de segundo nivel, necesidad de seguimiento continuo, rehabilitación, medicamentos permanentes y servicios de atención domiciliaria. Esta transición demanda una adaptación urgente del modelo de atención hacia un enfoque de gestión del riesgo, longitudinalidad y cuidado crónico, con especial énfasis en la atención integral del adulto mayor.

En cuanto a la población infantil y juvenil, el índice de infancia se ha mantenido estable (20 en 2018 y 2024, con una leve baja en 2021), lo cual puede interpretarse como una ligera recuperación en la natalidad o en el registro oportuno de nacimientos. Sin embargo, el índice de juventud disminuye de 24 a 21, lo cual confirma un debilitamiento de la base poblacional joven. Esta situación refleja una transición demográfica avanzada, con una menor proporción de adolescentes y jóvenes, lo que también afecta la sostenibilidad a futuro del sistema desde la perspectiva del relevo de cuidadores, trabajadores y usuarios activos.

Otro hallazgo relevante es el aumento en la carga de dependencia total, que pasó de 50 a 58 entre 2021 y 2024. En particular, el índice de dependencia infantil aumentó de 30 a 34, mientras que la dependencia de mayores como se mencionó anteriormente– también mostró un crecimiento importante. Esto implica que cada 100 personas en edad productiva deben sostener a 58 personas dependientes, lo que representa una carga social y económica importante. Desde el punto de vista epidemiológico, esto requiere fortalecer las redes de cuidado, mejorar el acceso y la continuidad de los servicios de salud, y priorizar estrategias de autocuidado y educación en salud tanto para cuidadores como para personas con dependencia funcional.

La relación entre hombres y mujeres también muestra una ligera variación: en 2018, por cada 100 mujeres había 84 hombres, y para 2024 esta cifra aumenta a 90. Aunque las mujeres siguen siendo mayoría –lo que es consistente con su mayor esperanza de vida y uso más frecuente del sistema de salud–, esta brecha se reduce ligeramente. Esto sugiere que se deben mantener y ajustar programas diferenciados por género, especialmente en áreas como salud sexual y reproductiva, cáncer ginecológico y salud mental, donde las mujeres suelen mostrar mayor carga.

Finalmente, el índice de Friz, que mide el grado de desequilibrio poblacional a través de la relación entre edades dependientes (jóvenes y mayores) respecto a los adultos, bajó de 135 en 2018 a 118 en 2021, para luego aumentar nuevamente a 128 en 2024. Esta oscilación indica que, aunque en algún momento la carga relativa pareció disminuir, en los últimos años el equilibrio poblacional volvió a deteriorarse, en parte por el envejecimiento y el repunte de dependencia infantil. Este desequilibrio demográfico obliga a repensar la organización de los servicios de salud, priorizando la atención centrada en la persona, la gestión proactiva del riesgo y la articulación intersectorial para responder adecuadamente a las necesidades de una población más dependiente y envejecida.

En conclusión, la caracterización demográfica de los afiliados a Capital Salud en Bogotá muestra un perfil poblacional en proceso avanzado de envejecimiento, con una base joven debilitada y una carga creciente de dependencia. Esto representa un desafío significativo para la EPS, que debe ajustar sus estrategias de atención, fortaleciendo la red de servicios para adultos mayores, optimizando la gestión de enfermedades crónicas, ampliando los programas de atención domiciliaria y garantizando un modelo de atención integral, continuo y costo-efectivo

**Tabla 11 Distribución de Población afiliada por curso de Vida y genero de la Sucursal Bogotá diciembre 2024.**

| BOGOTA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 1,512 | 1,594 | 33,249 | 34,889 | 34,761 | 36,483 | **71244** |
| INFANCIA | 6-11 | 1,814 | 1,882 | 35,957 | 37,851 | 37771 | 39733 | **77504** |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 1,716 | 1,697 | 38,646 | 39,549 | 40362 | 41246 | **81608** |
| JUVENTUD | 18-28 | 11,395 | 12,311 | 56,445 | 52,704 | 67840 | 65015 | **132855** |
| ADULTEZ | 29-59 | 10,846 | 9,815 | 160,902 | 138,748 | 171748 | 148563 | **320311** |
| VEJEZ | 60 y mas | 1,487 | 2,071 | 108,064 | 81,617 | 109551 | 83688 | **193239** |
| TOTAL | | **28770** | **29370** | **433263** | **385358** | **462033** | **414728** | **876761** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

En cuanto a la distribución por curso de vida de los afiliados a Capital Salud EPS-S en Bogotá durante 2024 confirma una estructura poblacional en transición demográfica avanzada, con una amplia proporción de personas en edades adultas y un crecimiento sostenido de la población mayor de 60 años. De un total de 876.761 afiliados, el 95 % pertenece al régimen subsidiado, lo que evidencia condiciones sociales de alta vulnerabilidad, determinantes para el perfil de riesgo y uso de servicios.

El grupo etario más numeroso corresponde a la adultez (29-59 años), con 320.311 personas (36,5 %), lo que representa la principal carga en enfermedades crónicas no transmisibles y demanda sostenida de servicios médicos, seguimiento y promoción de estilos de vida saludables. Le sigue el grupo de personas mayores (60 años o más) con 193.239 afiliados (22 %), lo cual es coherente con el aumento del índice de envejecimiento y de dependencia reportado anteriormente. Este grupo requiere atención geriátrica, salud mental, soporte funcional y cuidado continuo.

En contraste, la primera infancia, infancia y adolescencia representan el 25 % del total, con necesidades clave en vacunación, crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades transmisibles y promoción de entornos protectores. La juventud (18-28 años), con más de 132 mil personas, requiere un enfoque en salud sexual, salud mental y prevención de violencias y consumo de sustancias.

**Tabla 12 Distribución poblacional Rural y Urbana Sucursal Bogotá diciembre 2024**

| SUCURSAL | RURAL | URBANO |
|---|---|---|
| **BOGOTÁ** | 8,879 | 867,882 |
| **TOTAL** | 1.0% | 99.0% |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

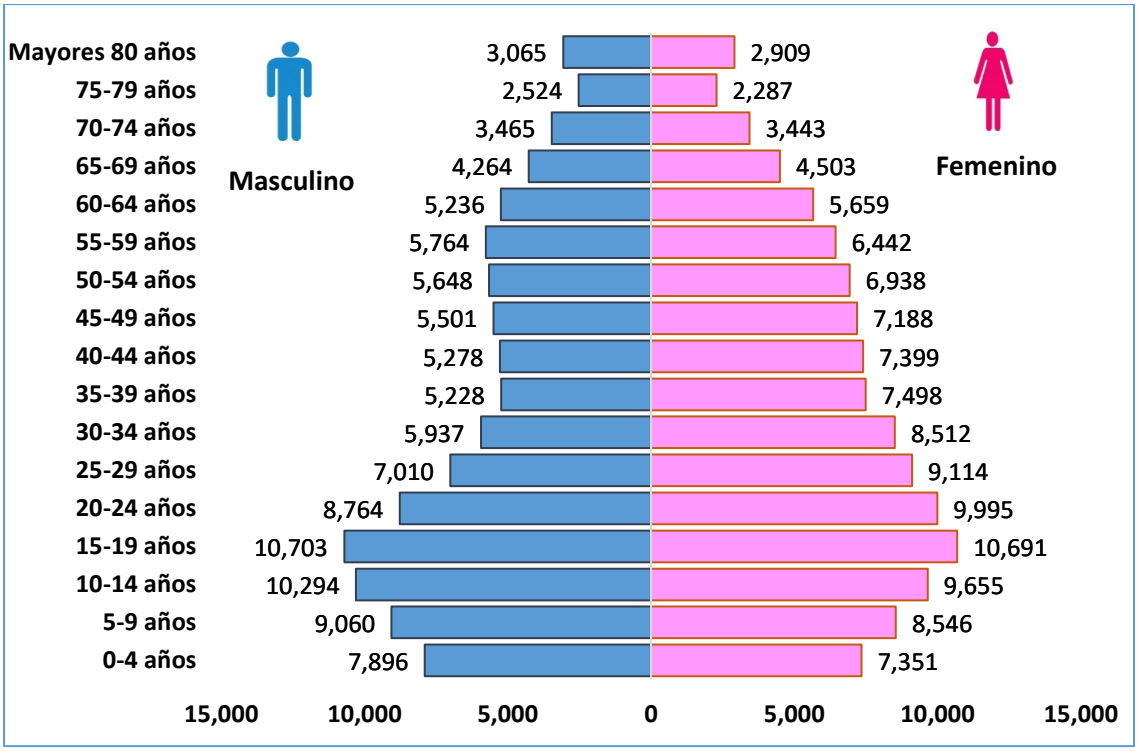
En cuanto a la distribución poblacional, la población afiliada a Capital Salud EPS-S en Bogotá presenta una clara concentración urbana, con el 99 % de los afiliados (867.882 personas) residiendo en zonas urbanas y solo un 1 % (8.879 personas) en zonas rurales.

Este patrón territorial refleja no solo la alta urbanización de la ciudad, sino también las diferencias en acceso y oferta de servicios de salud.

### 4.3 Distribución de la población Sucursal Meta diciembre 2024

El análisis demográfico de la población afiliada a Capital Salud EPS-S en el departamento del Meta permite comprender las características estructurales y territoriales que influyen directamente en las condiciones de salud, el acceso a los servicios y la planificación de intervenciones. Con una distribución que combina áreas urbanas densamente pobladas, como Villavicencio, y zonas rurales dispersas con limitada conectividad y acceso a redes de comunicación, la población del Meta presenta retos particulares para el sistema de salud. Este capítulo examina la composición por sexo, edad, régimen, curso de vida y zona de residencia, aportando insumos clave para orientar la gestión en salud con enfoque territorial y diferencial.

**Gráfica 7 Pirámide poblacional Sucursal Meta diciembre 2024**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La pirámide poblacional del Meta para la población afiliada a Capital Salud EPS-S evidencia una estructura joven con signos incipientes de envejecimiento, reflejando un proceso demográfico de transición intermedia.

La base de la pirámide muestra una amplia concentración en los grupos de 0 a 19 años, con más de 45.000 afiliados en ese rango etario. Este patrón indica alta demanda de servicios de promoción, prevención, vacunación, nutrición y salud infantil, así como

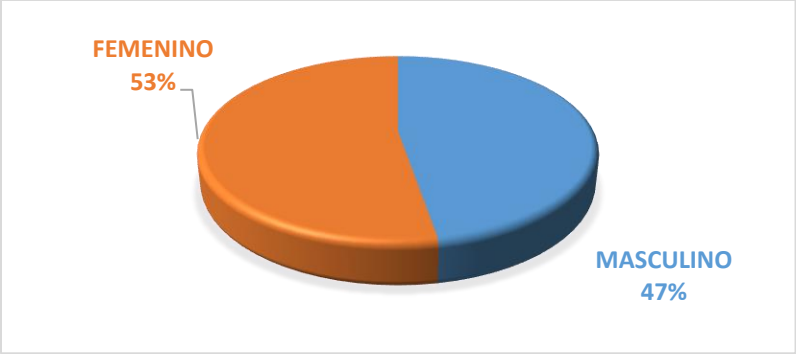
intervenciones específicas en salud adolescente y salud mental, considerando también la alta proporción de mujeres en edad fértil en los grupos de 20 a 34 años.

A partir de los 40 años, se observa una disminución progresiva en la cantidad de población, aunque con una proporción ligeramente mayor de mujeres en los grupos de 30 a 69 años, fenómeno coherente con el aumento de la esperanza de vida femenina. Destaca el crecimiento relativo del grupo de 60 años o más, que suma cerca de 26.000 personas, lo que señala la necesidad de fortalecer la atención de enfermedades crónicas, servicios de medicina familiar, atención domiciliaria y cuidado integral de la persona mayor.

En términos de género, la población está ligeramente feminizada, con 52,8 % mujeres, un aspecto relevante para diseñar políticas diferenciales en salud sexual, reproductiva y mental, particularmente en contextos de ruralidad dispersa, como ocurre en muchas zonas del Meta, donde la conectividad y acceso a servicios son limitados.

En conclusión, esta pirámide poblacional requiere una estrategia de atención integral con foco prioritario en la niñez y juventud, sin perder de vista el crecimiento de la población mayor y la necesidad de servicios diferenciales por género y territorio, especialmente en zonas rurales con barreras estructurales en el acceso a salud.

**Gráfica 8 Distribución poblacional por Sexo Sucursal Meta 2024.**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La distribución por sexo de la distribución por sexo de la población afiliada a Capital Salud EPS-S en el departamento del Meta muestra una ligera predominancia femenina, con un 52,79 % de mujeres frente a un 47,21 % de hombres, sobre un total de 223.767 afiliados.

Este comportamiento es consistente con las tendencias nacionales, donde las mujeres tienden a tener una mayor esperanza de vida y a utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud. Esta diferencia de género cobra especial relevancia en contextos como el Meta, donde muchas zonas rurales presentan barreras geográficas y tecnológicas que dificultan el acceso oportuno, especialmente para mujeres en situación de vulnerabilidad o en edad fértil.

**Tabla 13 Distribución poblacional Sucursal Meta por Municipios diciembre 2024**

| MUNICIPIOS | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **50001 - VILLAVICENCIO** | 30,214 | 24,399 | **54,613** |
| **50006 - ACACÍAS** | 10,665 | 8,471 | **19,136** |
| **50110 - BARRANCA DE UPÍA** | 1,850 | 1,444 | **3,294** |
| **50124 - CABUYARO** | 1,589 | 1,451 | **3,040** |
| **50150 - CASTILLA LA NUEVA** | 2,887 | 2,289 | **5,176** |
| **50223 - CUBARRAL** | 149 | 125 | **274** |
| **50226 - CUMARAL** | 217 | 198 | **415** |
| **50245 - EL CALVARIO** | 190 | 169 | **359** |
| **50251 - EL CASTILLO** | 2,422 | 2,456 | **4,878** |
| **50270 - EL DORADO** | 1,522 | 1,520 | **3,042** |
| **50287 - FUENTE DE ORO** | 200 | 174 | **374** |
| **50313 - GRANADA** | 17,357 | 15,082 | **32,439** |
| **50318 - GUAMAL** | 2,392 | 2,170 | **4,562** |
| **50325 - MAPIRIPÁN** | 2,172 | 2,494 | **4,666** |
| **50330 - MESETAS** | 618 | 618 | **1,236** |
| **50350 - LA MACARENA** | 4,764 | 5,451 | **10,215** |
| **50370 - LA URIBE** | 3,765 | 4,173 | **7,938** |
| **50400 - LEJANÍAS** | 4,105 | 4,242 | **8,347** |
| **50450 - PUERTO CONCORDIA** | 30 | 30 | **60** |
| **50568 - PUERTO GAITÁN** | 1,121 | 987 | **2,108** |
| **50573 - PUERTO LÓPEZ** | 6,045 | 4,896 | **10,941** |
| **50577 - PUERTO LLERAS** | 2,572 | 2,651 | **5,223** |
| **50590 - PUERTO RICO** | 3,778 | 4,014 | **7,792** |
| **50606 - RESTREPO** | 2,778 | 2,506 | **5,284** |
| **50680 - SAN CARLOS DE GUAROA** | 2,557 | 2,104 | **4,661** |
| **50683 - SAN JUAN DE ARAMA** | 2,350 | 2,285 | **4,635** |
| **50686 - SAN JUANITO** | 686 | 744 | **1,430** |
| **50689 - SAN MARTÍN** | 4,877 | 4,094 | **8,971** |
| **50711 - VISTAHERMOSA** | 4,258 | 4,400 | **8,658** |
| **Total general** | **118,130** | **105,637** | **223,767** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

El comportamiento poblacional por municipios del departamento del Meta, con corte al año 2024 y basado en los datos de afiliación a Capital Salud que reposan en los Cubos, revela patrones claves para la planificación en salud pública.

La población total afiliada asciende a 223,767 personas, con una ligera mayoría femenina (52.8%) frente a un 47.2% de hombres, lo cual es coherente con las tendencias demográficas observadas a nivel nacional. Este predominio de mujeres se mantiene constante en la mayoría de los municipios, aunque se invierte en algunas localidades de vocación rural y productiva, como La Macarena (53.4% hombres), Mapiripán (53.4%), y La Uribe (52.6%), donde las actividades económicas intensivas en mano de obra masculina (como agroindustria, ganadería o extracción) podrían estar influyendo.

En cuanto a la distribución territorial, Villavicencio destaca como el principal núcleo poblacional, con 54,613 afiliados, lo que representa el 24.4% de la población total de la EPS

en el Meta. Este dato no solo refleja su peso demográfico como capital departamental, sino también su concentración de servicios de salud, lo cual tiene implicaciones directas en la presión sobre la red hospitalaria y la necesidad de fortalecimiento de la atención primaria. Le siguen en importancia poblacional los municipios de Granada (32,439 afiliados), Acacías (19,136) y Puerto López (10,941), consolidando un eje central de alta densidad en el departamento. Estos municipios en conjunto reúnen casi la mitad de la población afiliada, lo que sugiere que cualquier intervención poblacional relevante, especialmente en términos de vigilancia epidemiológica, vacunación, tamizajes o gestión de enfermedades crónicas, debe priorizarlos territorialmente.

En el otro extremo, municipios como Puerto Concordia (60 afiliados), Cubarral (274), Fuente de Oro (374) y Cumaral (415) registran muy baja afiliación. Aunque esto puede estar relacionado con menor densidad poblacional o limitaciones en la cobertura del aseguramiento, también puede indicar posibles brechas en el acceso a servicios de salud, rezagos en afiliación efectiva o migración hacia centros urbanos. Desde el punto de vista de carga poblacional por sexo, el comportamiento general apunta a una feminización progresiva del perfil demográfico, lo cual tiene implicaciones en salud sexual y reproductiva, atención materna, enfermedades crónicas prevalentes en mujeres (como hipertensión o enfermedades autoinmunes) y una mayor demanda de servicios sociales a largo plazo, considerando la mayor expectativa de vida femenina.

Finalmente, la segmentación territorial de la población afiliada constituye una herramienta crítica para la focalización de políticas sanitarias con enfoque territorial y diferencial. Municipios altamente urbanizados como Villavicencio requerirán estrategias de contención de enfermedades crónicas y fortalecimiento de la red de atención primaria urbana, mientras que en municipios rurales con mayor proporción masculina podrían priorizarse intervenciones en salud ocupacional, prevención de accidentes laborales y salud mental asociada a aislamiento o dinámicas laborales específicas.

**Tabla 14 Índice demográfico Sucursal Meta 2018-2024**

| Índice Demográfico Meta | 2018 | 2021 | 2024 |
|---|---|---|---|
| **Población total** | 219628 | 218544 | 223767 |
| **Población Masculina** | 103464 | 103887 | 105637 |
| **Población femenina** | 116164 | 114657 | 118130 |
| **Relación hombres mujer** | 89 | 91 | 89 |
| **Razón niños mujer** | 30 | 28 | 25 |
| **Índice de infancia** | 26 | 24 | 22 |
| **Índice de juventud** | 26 | 26 | 25 |
| **Índice de vejez** | 10 | 11 | 12 |
| **Índice de envejecimiento** | 34 | 42 | 50 |
| **Índice demográfico de dependencia** | 61 | 57 | 55 |
| **Índice de dependencia infantil** | 45 | 40 | 37 |
| **Índice de dependencia mayores** | 16 | 17 | 18 |
| **Índice de Friz** | 174 | 159 | 141 |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2018-2021-2024

El análisis demográfico de la población afiliada a la sucursal Meta para los años 2018, 2021 y 2024 muestra una transición demográfica más pausada en comparación con Bogotá, pero con señales claras de envejecimiento progresivo y reducción sostenida en la proporción de población joven.

En primer lugar, la población total afiliada en la sucursal Meta ha permanecido relativamente estable, con un leve crecimiento entre 2021 y 2024 (de 218.544 a 223.767), lo que representa una recuperación frente a una ligera caída previa entre 2018 y 2021. Esto sugiere estabilidad poblacional, probablemente influenciada por la permanencia de familias jóvenes y rurales en el sistema, sin grandes fenómenos de migración masiva ni mortalidad extraordinaria. Sin embargo, este crecimiento no se acompaña de una expansión proporcional de la base joven, lo que puede ser indicativo de una reducción sostenida de la natalidad en la región.

En cuanto a la estructura por sexo, la proporción de hombres por cada 100 mujeres se ha mantenido estable, oscilando entre 89 y 91. Esto indica que la población femenina sigue siendo mayoritaria, tendencia consistente con los patrones nacionales. La razón niños/mujer desciende progresivamente de 30 en 2018 a 25 en 2024, reflejando un patrón claro de menor fecundidad en la región. Esta reducción progresiva de nacimientos implica que a mediano y largo plazo se reducirá la base infantil, pero también plantea el riesgo de envejecimiento acelerado si no se compensan estos cambios con políticas de salud reproductiva y renovación generacional.

Los índices de infancia y juventud confirman esta transición. El índice de infancia cae de 26 en 2018 a 22 en 2024, y el índice de juventud se mantiene relativamente estable (26 a 25). Esto sugiere una contracción sostenida de la población menor de 15 años, mientras que la población juvenil, aunque estable, podría comenzar a decrecer en los próximos años. Esta dinámica afecta directamente la programación de servicios escolares, salud sexual y reproductiva adolescente y prevención de violencia, que deben reorientarse hacia una población más envejecida.

En contraste, los índices de vejez y envejecimiento muestran una tendencia creciente: el índice de vejez sube de 10 a 12 y el índice de envejecimiento pasa de 34 a 50 entre 2018 y 2024. Aunque los niveles absolutos aún son moderados en comparación con Bogotá, el crecimiento constante del envejecimiento es claro.

Esto anticipa un aumento futuro en la demanda de servicios de salud para adultos mayores, particularmente en atención de enfermedades crónicas, rehabilitación funcional, dependencia y cuidados paliativos. Si bien el envejecimiento en el Meta es aún incipiente, se deben tomar medidas tempranas para preparar la red prestadora ante una población con mayor carga de morbilidad por edad avanzada.

Un aspecto particularmente positivo es la reducción del índice de dependencia general, que pasa de 61 a 55. Esta mejora está impulsada por la reducción sostenida de la dependencia infantil (de 45 a 37), mientras que la dependencia de mayores crece moderadamente (de 16 a 18). Se debe fortalecer la atención preventiva y reducir la presión sobre los servicios

pediátricos, aunque debe anticiparse al crecimiento de la dependencia por envejecimiento en los próximos años.

El índice de Friz, que mide el desequilibrio poblacional general (dependencia global respecto a la población adulta), muestra una mejora clara: disminuye de 174 en 2018 a 141 en 2024. Esta reducción indica una población más equilibrada temporalmente, aunque este equilibrio es frágil y puede revertirse en la próxima década si la tendencia al envejecimiento se acelera.

En resumen, el perfil demográfico de la población afiliada a Capital Salud en la sucursal Meta muestra una transición demográfica en desarrollo, con una reducción clara de la población infantil, una leve pero sostenida alza en el envejecimiento, y una dependencia global moderada pero cambiante en su composición.

**Tabla 15 Distribución de Población afiliada por curso de Vida y genero de la Sucursal Meta diciembre 2024.**

| META | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 833 | 871 | 8,140 | 8,692 | 8,973 | 9,563 | **18536** |
| INFANCIA | 6-11 | 980 | 1,021 | 9,738 | 10,394 | 10,718 | 11,415 | **22133** |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 844 | 849 | 11,334 | 11,928 | 12,178 | 12,777 | **24955** |
| JUVENTUD | 18-28 | 3,158 | 3,813 | 18,481 | 14,903 | 21,639 | 18,716 | **40355** |
| ADULTEZ | 29-59 | 4,148 | 4,013 | 41,673 | 30,599 | 45,821 | 34,612 | **80433** |
| VEJEZ | 60 y mas | 281 | 617 | 18,520 | 17,937 | 18,801 | 18,554 | **37355** |
| TOTAL | | **10244** | **11184** | **107886** | **94453** | **118130** | **105637** | **223767** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La caracterización poblacional de la sucursal Meta para 2024 muestra una población afiliada total de 223.767 personas, con clara predominancia del régimen subsidiado (más del 90% de los afiliados), lo cual evidencia un perfil socioeconómico vulnerable y una alta dependencia del aseguramiento público.

La estructura por curso de vida revela una alta concentración en población joven, especialmente en infancia (6-11 años) con 22.133 afiliados, y en adolescencia (12-17 años) con 24.955. Además, el grupo de juventud (18-28 años) suma 40.355 personas, reflejando que más del 39% de la población total está entre los 6 y 28 años, lo que exige un enfoque fuerte en salud escolar, salud sexual y reproductiva, salud mental juvenil y prevención del consumo de sustancias.

El grupo de adultez (29-59 años) representa el mayor segmento poblacional (80.433 personas), que corresponde a la fuerza productiva y a la mayor carga de enfermedades crónicas en fase inicial, lo que implica la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo individual y colectivo, con enfoque en prevención cardiovascular, salud laboral y autocuidado.

Finalmente, el grupo de vejez (60 años o más), con 37.355 personas (16.7% del total), aunque menor que en regiones como Bogotá, muestra una presencia creciente que anticipa una demanda futura por atención crónica, cuidados paliativos y soporte funcional. La distribución por sexo muestra una ligera mayoría femenina, consistente con la mayor longevidad de las mujeres.

En resumen, el Meta presenta una estructura poblacional joven, pero en transición hacia el envejecimiento, en un contexto de alta vulnerabilidad. Esto obliga a fortalecer la red primaria, implementar acciones costo-efectivas de prevención, y anticipar ajustes para responder a un perfil epidemiológico dual: alta carga aguda en jóvenes y creciente carga crónica en adultos y mayores.

**Tabla 16 Distribución poblacional Rural y Urbana Sucursal Meta diciembre 2024**

| SUCURSAL | RURAL | URBANO |
|---|---|---|
| META | 50,450 | 173,317 |
| TOTAL | 22.5% | 77.5% |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2024

En cuanto a la distribución geográfica de los afiliados en la sucursal Meta muestra una alta concentración urbana, con 173.317 personas (77.5%) viviendo en zonas urbanas frente a 50.450 en zonas rurales (22.5%). Esto indica que, si bien la mayoría de la población se encuentra en entornos urbanos, una proporción significativa habita en zonas rurales, lo cual implica importantes retos logísticos y operativos para la prestación de servicios de salud.

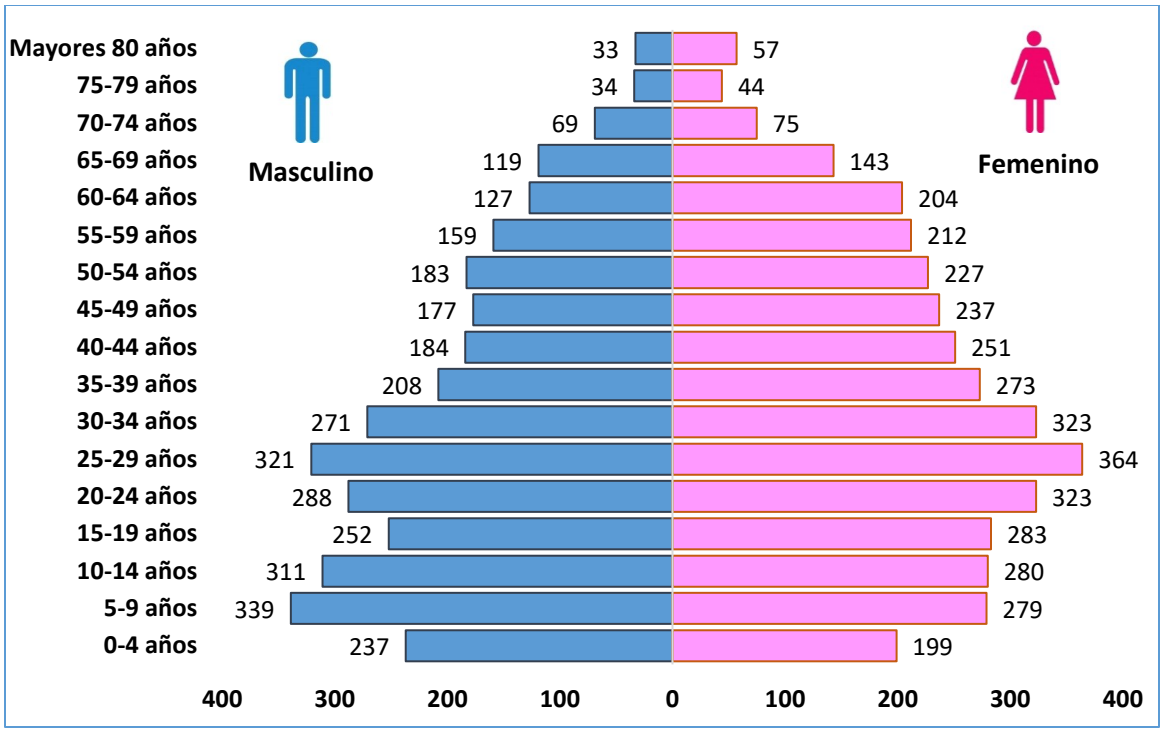
El porcentaje a nivel nacional (5.8% rural y 19.8% urbano) sugiere que el Meta tiene una proporción rural mucho mayor al promedio nacional, lo cual es coherente con su geografía dispersa y condiciones territoriales. Esto exige una red de atención territorializada y diferencial, con estrategias de atención extramural, unidades móviles, fortalecimiento de la atención primaria, y mayor inversión en conectividad y transporte sanitario para garantizar el acceso efectivo a los servicios en áreas de difícil acceso.

### 4.4 Distribución de la población Sucursal Soacha diciembre 2024

El análisis demográfico de la sucursal Soacha, Cundinamarca es fundamental para comprender la composición, distribución y dinámica de la población afiliada en esta región, permitiendo identificar sus necesidades específicas en salud y orientar la planificación estratégica de servicios.

A partir de indicadores demográficos clave, como estructura por edades, sexo, régimen de afiliación y distribución geográfica, se evalúan las tendencias de crecimiento, envejecimiento y dependencia poblacional, que configuran el perfil epidemiológico local. Este diagnóstico poblacional es esencial para diseñar intervenciones focalizadas, optimizar recursos y garantizar una atención oportuna, integral y equitativa acorde con las particularidades sociales y territoriales de Soacha.

**Gráfica 9 Pirámide poblacional Sucursal Soacha diciembre 2024**



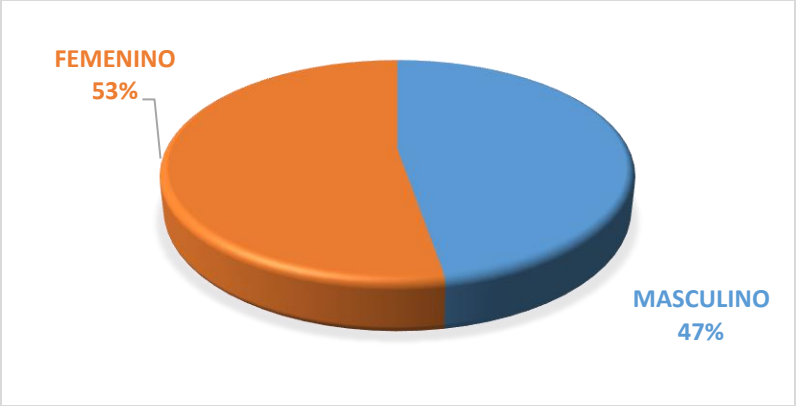

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La pirámide La población total afiliada en Soacha es de 7,086 personas, con un predominio femenino que representa el 53.26% (3,774 mujeres) frente al 46.74% de hombres (3,312). Esta distribución es coherente con los patrones demográficos nacionales, donde la mujer suele tener mayor esperanza de vida. Muestra una estructura típica de población joven, con una base amplia en los grupos de edad entre 0 y 29 años, que concentra la mayor proporción de la población, evidenciando la necesidad de enfocar estrategias de salud pública en atención pediátrica, salud materno-infantil, vacunación, y promoción de la salud sexual y reproductiva.

A medida que avanzan las edades, la población se va reduciendo, aunque persiste una presencia significativa de adultos jóvenes y de mediana edad, lo que sugiere una demanda creciente en servicios para prevención y manejo de enfermedades crónicas y salud ocupacional.

El grupo de adultos mayores (mayores de 60 años) es pequeño pero importante, reflejando el inicio del proceso de envejecimiento poblacional en Soacha, lo cual obliga a planificar con anticipación servicios de atención primaria geriátrica, manejo de comorbilidades y soporte social. En conclusión, la estructura poblacional de Soacha es predominantemente joven con una ligera mayoría femenina, lo que implica que las intervenciones en salud deben priorizar la atención integral de la infancia, adolescencia y juventud, sin dejar de preparar el sistema para la atención de la población adulta y envejeciente.

**Gráfica 10 Distribución poblacional por Sexo Sucursal Soacha 2024.**




Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2024

La población afiliada en Soacha presenta una distribución por sexo equilibrada, pero con una ligera predominancia femenina, que representa el 53.26% del total, frente al 46.74% de hombres. Esta proporción es consistente con patrones demográficos generales donde la mujer suele superar en número al hombre debido a su mayor esperanza de vida y menor mortalidad en edades tempranas y medias.

Esta diferencia, aunque moderada, es relevante para la planificación de servicios de salud, ya que puede implicar una mayor demanda de atención en salud materna, ginecológica y programas específicos para mujeres, así como la necesidad de ajustar recursos para la población masculina en ámbitos como salud preventiva y atención primaria.

**Tabla 17 Índice demográfico Sucursal Soacha 2023-2024**

| Índice Demográfico Soacha | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| Población total | 4794 | 7086 |
| Población Masculina | 2213 | 3312 |
| Población femenina | 2581 | 3774 |
| Relación hombres mujer | 86 | 88 |
| Razón niños mujer | 24 | 21 |
| Índice de infancia | 23 | 21 |
| Índice de juventud | 27 | 26 |
| Índice de vejez | 7 | 8 |
| Índice de envejecimiento | 29 | 35 |
| Índice demográfico de dependencia | 48 | 46 |
| Índice de dependencia infantil | 37 | 34 |
| Índice de dependencia mayores | 11 | 12 |
| Índice de Friz | 130 | 113 |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2023-2024

El índice demográfico de Soacha muestra un crecimiento significativo de la población afiliada, pasando de 4,794 en 2023 a 7,086 en 2024, con un predominio femenino constante

(relación hombres-mujer de 86-88), reforzando el patrón de mayor representación femenina en la región.

Se observa una ligera disminución en el índice de infancia (de 23 a 21) y en la razón niños/mujer (de 24 a 21), lo que puede indicar una reducción en la tasa de natalidad o un cambio en la estructura por edad, mientras que el índice de juventud se mantiene estable alrededor de 26-27, reflejando una población joven predominante.

El índice de vejez presenta un aumento leve (de 7 a 8), y el índice de envejecimiento sube de 29 a 35, señalando una progresiva transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, aunque todavía incipiente.

El índice demográfico de dependencia total disminuye ligeramente (de 48 a 46), con reducción en la dependencia infantil (37 a 34) y un leve aumento en la dependencia de mayores (11 a 12), lo que confirma una dinámica demográfica donde disminuyen las cargas por población joven y aumentan las necesidades asociadas a la población adulta mayor. Finalmente, el índice de Friz se reduce de 130 a 113, lo que sugiere una mejoría relativa en la estructura poblacional y su capacidad de soporte económico y social.

En resumen, Soacha enfrenta una población joven en crecimiento con señales iniciales de envejecimiento, lo que demanda ajustes progresivos en las políticas de salud pública para equilibrar la atención entre ciclos vitales y garantizar sostenibilidad del sistema.

**Tabla 18 Distribución de Población afiliada por curso de Vida y genero de la Sucursal Soacha diciembre 2024.**

| SOACHA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 22 | 26 | 230 | 280 | 252 | 306 | **558** |
| INFANCIA | 6-11 | 20 | 19 | 321 | 353 | 341 | 372 | **713** |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 30 | 25 | 311 | 320 | 341 | 345 | **686** |
| JUVENTUD | 18-28 | 136 | 170 | 590 | 510 | 726 | 680 | **1406** |
| ADULTEZ | 29-59 | 149 | 138 | 1442 | 1089 | 1591 | 1227 | **2818** |
| VEJEZ | 60 y mas | 12 | 13 | 511 | 369 | 523 | 382 | **905** |
| TOTAL | | **369** | **391** | **3405** | **2921** | **3774** | **3312** | **7086** |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciembre 2024

La población afiliada en Soacha está compuesta por 7,086 personas, con un predominio del régimen subsidiado, que concentra el 92% del total, evidenciando un perfil socioeconómico vulnerable que depende mayoritariamente del aseguramiento público.

Al analizar por curso de vida, la mayor concentración se encuentra en la etapa adulta (29-59 años) con 2,818 afiliados, seguida por la juventud (18-28 años) con 1,406 personas, reflejando una población económicamente activa que requiere servicios de salud preventiva, manejo de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables.

Los grupos de primera infancia (0-5 años), infancia (6-11 años) y adolescencia (12-17 años) suman un total de 1,957 afiliados, lo que subraya la necesidad de fortalecer programas de salud materno-infantil, vacunación, nutrición y atención psicosocial. Finalmente, la población de vejez (60 años y más) asciende a 905 personas, principalmente en régimen subsidiado, señalando la importancia de desarrollar servicios de atención geriátrica, manejo de comorbilidades y apoyo social.

La distribución por sexo muestra un equilibrio moderado, con ligera mayoría femenina (53.26%). La predominancia del régimen subsidiado en todos los cursos de vida resalta la necesidad de políticas focalizadas para garantizar acceso efectivo y calidad en la atención de esta población.

**Tabla 19 Distribución poblacional Rural y Urbana Sucursal Soacha diciembre 2024**

| SUCURSAL | RURAL | URBANO |
|---|---|---|
| SOACHA | 44 | 7,042 |
| TOTAL | 0.6% | 99.4% |

Fuente: Cubos Población Afiliada Capital Salud, Diciambre 2024

La población afiliada en la sucursal Soacha está concentrada mayoritariamente en zonas urbanas, con 7,042 personas (99.4%) residiendo en áreas urbanas y solo 44 personas (0.6%) en zonas rurales.

Está marcada concentración urbana refleja la naturaleza netamente urbana de Soacha, lo que facilita la planificación y prestación de servicios de salud en entornos con infraestructura consolidada y accesibilidad.

Sin embargo, la mínima población rural, aunque pequeña, no debe ser descuidada, pues puede enfrentar barreras de acceso que requieren estrategias específicas para garantizar cobertura y atención equitativa.

En resumen, el perfil poblacional urbano dominante en Soacha permite enfocar los recursos y programas en atención primaria urbana, con énfasis en mejorar la eficiencia y calidad de los servicios para esta población mayoritaria.

## 5. Distribución Poblaciones especiales diferenciales

Como parte del compromiso de Capital Salud EPS-S con una atención en salud equitativa, humanizada y diferencial, se ha avanzado significativamente en la caracterización de su población afiliada, identificando cinco grupos clave con condiciones particulares: personas con discapacidad, poblaciones étnicas, grupos poblacionales y diferenciales (como gestantes, infancia, adolescencia y adulto mayor), población LGBTIQ+ y población rural.

Esta segmentación responde a los lineamientos del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y el enfoque de determinantes sociales en salud, asegurando que la planificación

y prestación de servicios estén contextualizadas al entorno y necesidades específicas de cada población.

El modelo de atención adoptado se sustenta en la Atención Primaria en Salud (APS) como eje articulador, priorizando la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y el fortalecimiento de intervenciones integrales en salud materno-perinatal, enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, así como en salud mental y eventos de interés en salud pública.

Esto implica una articulación permanente entre las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) y los equipos territoriales, garantizando que el acceso, la continuidad y la oportunidad en la atención sean reales y efectivos. En este sentido, la caracterización diferencial no solo permite identificar riesgos, sino también adaptar estrategias de intervención con enfoque territorial. La población con discapacidad, por ejemplo, requiere ajustes razonables y redes de apoyo sólidas que superen las barreras físicas, comunicativas y actitudinales.

Las poblaciones étnicas deben ser abordadas desde el respeto por sus cosmovisiones, con pertinencia cultural y participación comunitaria. Así mismo, la población LGBTIQ+ enfrenta retos específicos en el acceso sin discriminación, lo que exige protocolos diferenciados y sensibilización del talento humano en salud.

Por su parte, la población rural y rural dispersa, históricamente excluida, presenta desafíos estructurales en términos de acceso geográfico y cobertura efectiva.

Capital Salud EPS-S ha adoptado un enfoque intersectorial, en coordinación con los niveles distrital, municipal, departamental y nacional, para garantizar que la atención llegue a todos los rincones del territorio, eliminando barreras administrativas, físicas y culturales.

La caracterización poblacional con enfoque en determinantes sociales constituye una herramienta estratégica no solo para el análisis epidemiológico, sino también para la gestión del riesgo individual, colectivo y poblacional, permitiendo a la EPS anticiparse a eventos adversos en salud, optimizar la asignación de recursos, y consolidar un sistema de salud centrado en la persona, con justicia social, equidad e interculturalidad.

**Tabla 20 Distribución poblaciones Especiales diferenciales Capital Salud EPS-S diciembre 2024**

| AÑO | | 2024 | |
|---|---|---|---|
| SUCURSAL | GRUPO POBLACIONAL | DICIEMBRE | % |
| BOGOTA 17.4% | DISCAPACIDAD | 8499 | 5.6% |
| | ETNIAS | 6404 | 4.2% |
| | GRUPOS POBLACIONALES | 125987 | 82.8% |
| | RURAL | 8879 | 5.8% |
| | LGTBIQ+ | 1646 | 1.1% |
| | EMBERA | 805 | 0.5% |
| | Total | 152220 | 17.4% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SOACHA 12.2% | DISCAPACIDAD | 33 | 3.8% |
| | ETNIAS | 24 | 2.8% |
| | GRUPOS POBLACIONALES | 749 | 86.8% |
| | RURAL | 44 | 5.1% |
| | LGTBIQ+ | 13 | 1.5% |
| | Total | **863** | **12.2%** |
| META 58.2% | DISCAPACIDAD | 3250 | 2.5% |
| | ETNIAS | 5430 | 4.2% |
| | GRUPOS POBLACIONALES | 70893 | 54.4% |
| | RURAL | 50450 | 38.7% |
| | LGTBIQ+ | 259 | 0.2% |
| | Total | **130282** | **58.2%** |
| TOTAL 25.6% | DISCAPACIDAD | 11782 | 4.2% |
| | ETNIAS | 11858 | 4.2% |
| | GRUPOS POBLACIONALES | 197629 | 69.7% |
| | RURAL | 59373 | 21.0% |
| | LGTBIQ+ | 1918 | 0.7% |
| | EMBERA | 805 | 0.3% |
| **Total Nacional** | | **283383** | **25.6%** |

Fuente: Base de Datos Cohorte de Enfoque Diferencial diciembre 2024.

En el marco de la estrategia de atención con enfoque diferencial, Capital Salud EPS-S logró caracterizar a 283,383 personas pertenecientes a grupos poblacionales especiales durante el año 2024, lo que representa un 25.6% del total nacional de afiliados. Esta caracterización es clave para diseñar rutas específicas de atención en salud basadas en los determinantes sociales, garantizando equidad y pertinencia en la oferta de servicios.

El departamento del Meta concentra la mayor proporción de esta población, con un 58.2% del total nacional caracterizado, destacando el componente rural como el más significativo, con 50,450 personas (38.7% del total de Meta). Esta alta ruralidad plantea retos operativos importantes, particularmente en lo relacionado con el acceso efectivo, la georreferenciación de la oferta y el fortalecimiento de la red primaria con enfoque territorial.

Bogotá, por su parte, representa el 17.4% de la población caracterizada, siendo la capital un territorio más urbanizado, donde predominan los grupos poblacionales vulnerables (82.8%), como gestantes, niños, adolescentes, adultos mayores y víctimas del conflicto. Le siguen personas con discapacidad (5.6%), población rural (5.8%), etnias (4.2%) y personas LGBTIQ+ (1.1%). En este territorio también se destaca la presencia de 805 personas del pueblo Embera, lo que exige acciones interculturales y de pertinencia lingüística y comunitaria.

En el caso de Soacha, se caracterizaron 863 personas, equivalentes al 12.2% del total. Predominan los grupos poblacionales (86.8%), seguidos por población con discapacidad (3.8%) y rural (5.1%). Aunque el número absoluto es menor, la concentración de vulnerabilidad y las condiciones socioeconómicas del municipio hacen necesaria una atención intensiva y focalizada.

De manera agregada, los grupos poblacionales (gestantes, infancia, juventud, adulto mayor, etc.) representan el 69.7% de la población diferencial caracterizada, consolidándose como el foco central de la intervención. Le sigue la población rural (21.0%), discapacidad (4.2%) y etnias (4.2%), mientras que la población LGBTIQ+ y Embera representan proporciones menores (0.7% y 0.3%, respectivamente), pero requieren alta sensibilidad y adaptación cultural de los servicios de salud.

Este panorama refuerza la necesidad de fortalecer los procesos de caracterización continua, interoperabilidad de datos, y gestión territorial articulada con las RIPSS. Además, se debe priorizar el despliegue de rutas integrales (RIAS) adaptadas a las condiciones sociales, culturales y geográficas de estas poblaciones, con enfoque de derechos, equidad y pertinencia.

### 5.1 Variables Diferenciales Capital Salud EPS-S A IPS

Capital Salud EPS-S, cuenta con afiliados con características particulares y diferenciales y distribuidos para la prestación de servicios de salud a las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS).

Como EAPB se busca una atención integral, diferencial y humanizada en la garantía de la prestación de los servicios de salud, de los cuales se encuentran identificados en las diferentes poblaciones, en el marco del modelo de los determinantes sociales en salud y la normatividad vigente para la garantía en el acceso oportuno a los servicios de salud en todas sus aristas de las Rutas Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIAS).

**ENFOQUE DE GÉNERO – Sectores Sociales LGTBIQ+**

**SEXO BIOLOGICO:** (corresponde a las características biológicas con las que se nace. Por ejemplo: nacer con genitales de hombres: pene, testículos, etc.; nacer con genitales de mujer: vagina, útero, etc.)

- HOMBRE (M)
- MUJER (F)
- INTERSEXUAL INT) (Persona que nace con características sexuales (como cromosomas, genitales y/o estructura hormonal) consideradas de uno u otro género. Algunos médicos aconsejan a los padres de bebés intersexuales practicarles intervenciones quirúrgicas para eliminar alguna de estas características, pero existe un riesgo alto para los bebés intersexuales que no han manifestado su verdadera identidad sexual).

**POBLACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DIVERSAS DE LOS SECTORES LGTBIQ+ (LESBIANA, GAY, BISEXUAL, TRANS, TRAVESTI, INTERSEXUAL, QUEER Y OTRAS)**

**IDENTIDAD DE GÉNERO** (Está relacionada con la percepción que la persona tiene de sí misma. No es solo la identidad de ser hombres o mujeres, sino que trasciende al propio reconocimiento. No necesariamente está ligado al sexo biológico).

- CISGÉNERO* (es una persona que no es transgénero, es decir, cuando la identidad de género de una persona coincide con el sexo asignado. Por ejemplo: una persona que nace mujer que se identifica como mujer, es considerada cisgénero)
- TRANSGÉNERO *(persona cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer. Por ejemplo: una persona que nace como hombre, pero no se identifica como hombre, sino como mujer, es considera una persona transgénero).
- NO BINARIO. (personas que no se identifican con ninguna categoría de género. Ni hombre ni mujer).
- Q - QUEER: (Término acuñado para definir a todas aquellas personas que no quieren clasificarse bajo etiquetas tradicionales por su orientación e identidad sexual. Lo queer deconstruye la sexualidad normativa y traspasa lo socialmente aceptado, esto es, la vida heterosexual, monógama, con personas de edad similar y clase social).

**ORIENTACIÓN SEXUAL**: (Se refiere a la atracción física, emocional, sexual e incluso espiritual que se siente por otra persona - esa persona puede ser del mismo género o no, incluso puede ser una persona que no se sienta de ningún género).

- H - HETEROSEXUAL (es el gusto por personas de un sexo diferente al mío)
- HO - HOMOSEXUAL (es el gusto por personas de un sexo igual al mío)
- B - BISEXUAL: (es el gusto por personas de un sexo diferente o igual al mío, es decir, tanto por hombres como mujeres)
- PA - PANSEXUAL (es sentir atracción por cualquier persona independiente de su sexo o género)
- AS -ASEXUAL (son personas que no sienten atracción sexual o no desean ningún contacto sexual)
- L - LESBIANA: Mujer que se siente atraída emocional, afectiva, romántica y/o sexualmente por otra persona de su mismo género.
- G - GAY: Atracción emocional, afectiva y/o sexual que tiene una persona hacia otras de su mismo género. El activista Asier Santamaría explica que prefiere este término antes que homosexual porque este último se ha utilizado "para patologizarnos".
- OTRA: ¿cuál?, según el reconocimiento de cada una de las personas.

**ENFOQUE ETNIAS:** La legislación Colombia y las normas presentes en los territorios, se puede evidenciar en los mismos a las características propias y particulares en la garantía de derechos y deberes y en la prestación de servicios en salud; conforme al artículo 7 de la Constitución Política, "El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana" y en sus artículos 48 y 49 dispone, que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional. De acuerdo con el decreto que la administración Distrital por medio de la Secretaria Distrital de Gobierno y la Dirección de Asuntos Étnicos, en la garantía de los derechos especiales que anteceden, ha trabajado y desarrollado el proceso de Consulta

Previa con las catorce (14) Autoridades Indígenas de los pueblos organizados en MPC Mesa Permanente de Concertación.

La Alcaldía Municipal de Soacha, a través de las secretarias de Planeación y Desarrollo Social del municipio de Soacha/Cundinamarca, en la garantía de los derechos humanos y derechos especiales que anteceden, han trabajado y desarrollado el proceso de Consulta Previa con las nueve (9) Autoridades de los asentamientos de las comunidades Indígenas que habitan en el Municipio de Soacha, de acuerdo a lo estipulado por la MTDYC, Mesa Técnica de Dialogo y Concertación, mediante el decreto 0299 del 2023

**BOGOTA**

1. Cabildo Indígena Muisca de Bosa
2. Cabildo Indígena Muisca de Suba
3. Cabildo Indígena Ambiká Pijao
4. Cabildo Indígena Kichwa
5. Cabildo Indígena Inga
6. Cabildo Indígena Uitoto
7. Cabildo Indígena Yanacona
8. Cabildo Indígena Nasa
9. Cabildo Indígena Los Pastos
10. Cabildo Indígena Misak Misak
11. Cabildo Indígena Eperara Siapidara
12. Cabildo Indígena Tubú
13. Cabildo Indígena Wuonaan
14. Cabildo Indígena Camentsá
15. Embera Chami
16. Embera Dobia
17. Embera Katio
18. Wayuu
19. Nasa (Páez)
20. Arhuaco (Ika)
21. Wounaan
22. Kogui
23. Tucano
24. Kankuamo
25. Yukpa.
26. Nukak
27. Siona

Los asentamientos que se encuentran en el Municipio de Soacha están distribuidos de la siguiente manera:

1. Cabildo Indígena Muisca De Soacha
2. Cabildo Indígena La Diosa Dulima, Etnia Pijao

3. Cabildo Indígena Bochica, Etnia Pijao
4. Cabildo Indígena Natacoy, Etnia Pijao
5. Cabildo Indígena Gaita Tenu, Etnia Pijao
6. Asentamiento De Familias Etnia Pijao Y Familias Cabildo Ambika Pijao.
7. Asentamiento Indígena Kametnsa
8. Asentamiento Indígena Kankuamos
9. Organización De Pueblos De La Amazonia.
10. Otros

Los asentamientos de estas comunidades indígenas fueron identificadas en el Municipio mediante el diagnostico que realizo la alcaldía se Soacha en el año 2012, estos asentamientos en su mayoría no han sido reconocidos como cabildos en contexto de ciudad, ya que el único ente que está encargado del proceso de reconocimiento a los cabildos en contexto de ciudad es el Ministerio del Interior en la oficina de asuntos Étnicos, de acuerdo a la información que suministran los asentamientos explican que los cabildos que en la actualidad están en este proceso de reconocimiento son Cabildo indígena Muisca de Soacha, Cabildo Indígena La Diosa Dulima, Etnia Pijao, Cabildo Indígena Bochica, Etnia Pijao Y Cabildo Indígena Natacoy, Etnia Pijao.

El Municipio de Soacha hace parte de la Región Metropolitana de Bogotá y por ello en el Municipio de Soacha encontramos familias indígenas que hacen parte del cabildo Indígena Ambika Pijao de Bogotá, por temas de habitabilidad y cercanía a su trabajo viven en el Municipio y siguen conservando sus usos y costumbres y estando como comuneros activos en el cabildo.

**ENFOQUE INCLUYENTE :** De conformidad con la Resolución 1197 del 05 julio de 2024, por la cual se dictan las disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), señala que las secretarias de orden Distrital y Municipal o las entidades que hagan sus veces autorizarán a la Red de Prestadores de Servicio de Salud contratadas quien realizan el procedimiento de certificación de discapacidad de acuerdo con los criterios que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

- DISCAPACIDAD FÍSICA
- DISCAPACIDAD AUDITIVA
- DISCAPACIDAD VISUAL
- DISCAPACIDAD SORDOCEGUERA
- DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL (MENTAL)
- DISCAPACIDAD MÚLTIPLE
- NINGUNA

### 5.2 POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD

**ESTACIONES DE POLICÍA Y URI Y CARCEL DISTRITAL:** El modelo de atención en salud para la población privada de la libertad, está regulado mediante la Resolución 5159 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC”, , la cual fue modificada mediante la Resolución 3195 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”,, que incluyó como destinatarios a las entidades que administran los regímenes contributivo, especiales o de excepción.

Según lo que establece en la Circular No CO-C-0071 del 2022 del Juez Coordinador centro de servicios judiciales sistema penal acusatorio con relación a permisos de citas médicas dirigido a Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios, Abogados, Personas Privadas de la Libertad o quien haga los tramites o las asignaciones de las citas, con el objetivo de dar cumplimiento a las acciones y los tiempos de notificación y la aprobación a la asistencia a las citas y autorización para su desplazamiento.

### SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES ICBF O BAJO PROTECCIÓN Y ICBF

El código de infancia y adolescencia actualizado establece que el sistema de responsabilidad penal para adolescentes es un conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que rigen o intervienen en la investigación y el juzgamiento de delitos cometidos por adolescentes de 14 a 18 años al momento de cometer un hecho punible.

La expedición de la ley 1098 de 2006, código de la infancia y la adolescencia han reestructurado un cambio en la forma en que el estado interviene a los adolescentes (personas menores de 18 años y mayores de 14 años) cuando cometen delitos; antes de esta ley, se manejaba el procedimiento de acuerdo con el Decreto 2737 de 1989, en donde se encontraba el menor infractor en una situación irregular y debía recibir tutela y protección del estado.

Dentro del SRPA el tipo de sanción se puede clasificar en, sanción privativa de la liberta o no privativa y la justicia restaurativa, los cuales son impuestos por el juez de la república y seguimiento por la defensoría de familia de ICBF, cuyo objetivo es el restablecimiento de los derechos psicosociales, físicos e inserción a la vida en comunidad.

- **SRPA PRIVATIVO:** Hace referencia a la persona, que se encuentra bajo protección con una medida privativa de su libertad en el ámbito intramural. El ICBF designara una institución garante de la medida de protección.
- **SRPA NO PRIVATIVO:** Sanción pedagógica en un ámbito familiar interpuesta por el Juez de la república con seguimiento del defensor de familia del ICBF en la garantía de restitución de los derechos y la prestación de los servicios integrales.

- **SRPA JUSTICIA RESTAURATIVA, PRINCIPIO DE OPORTUNIDAD:** Es un beneficio otorgado por el Juez de la república en la sanción interpuesta en la medida no privativa de su libertad a la persona, para incluir en la garantía y la prestación de los servicios y definir sus sanciones a través de las diferentes entidades en salud e intersectorialmente.

**POBLACIÓN EN HABITABILIDAD EN CALLE O RIESGO DE ESTARLO:** Capital Salud EPS-S, cuenta con la población Habitante de Calle identificada en sus sistemas, la cual ingresa por aseguramiento y garantía al ente territorial en salud y posterior a la EPS-S de elección del listado censal de las entidades social o quien haga sus veces en los territorios y la prestación de los servicios y el trabajo articulados con estas entidades y las acciones estrategias que se devengan en su contexto social, político y de salud que se requiera, así mismo, la población con riesgo de habitar calle con sus particulares en su ser y las características propias, lograr la activación de las rutas en los mecanismos dispuesto por cada entidad en el lugar donde se encuentre la población.

### 5.3 GRUPOS POBLACIONALES

- Adolescentes y Jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes
- Adulto mayor en centros de protección
- Comunidades Indígenas
- Creador o gestor cultural
- Habitante de la calle
- Los voluntarios acreditados y activos de la defensa civil
- Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF
- Miembros de los grupos armados al margen de la ley que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional
- Migrante venezolano con permiso especial
- Migrantes Colombianos repatriados, que han retomado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de territorio extranjero
- Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC
- Personas con discapacidad de escasos recursos
- Población desmovilizada y/o miembros del grupo armado ilegal que celebren acuerdos de paz con el Estado.
- Gobierno Nacional
- Población en centros psiquiátricos
- Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar
- Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF
- Población reclusa a cargo de la entidad territorial
- Población rural migratoria
- Población rural no migratoria

- RROM (Gitano)
- Víctimas del Conflicto Armado

**ZONA GEOGRAFICA**

- Urbana
- Rural
- Rural Dispersa

### 5.4 COMPONENTE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD.

Capital Salud EPS-S, Sucursal **Bogotá** cuenta con 880.485 afiliados activos a diciembre 2024, los cuales, para régimen subsidiado existen 822.446 afiliados con un total de 93.41% y régimen contributivo 58.039 afiliados con un total de 6.59%, en las bases de datos distribuidos para la prestación de servicios de salud a las Subredes Integrales de Servicios de Salud E.S.E e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para la Población con Discapacidad se tiene identificados 8.499 afiliados, en los sistemas de información de la EPS-S sea esta Física, Auditiva, Visual, Sordo Ceguera, Intelectual, Psicosocial (Mental) y/o Múltiple, para la sucursal Bogotá, el 51.85% son hombres con un total de casos de 4.407 y el 48.15% son mujeres con un total de 4.092, de los cuales los tipos de discapacidad que se encuentra la población son Física 4154 con el 49%, Intelectual 443 con el 5%, psicosocial (mental) 1886 con el 22%, auditiva 132 con el 2%, múltiple 1557 con el 18%, sordoceguera 52 con el 1% y visual 275 con el 3% predominando el sexo masculino.

Capital Salud EPS-S, caracteriza la Población con Discapacidad en los sistemas de información con las diferentes categorías de tipos de discapacidad, de acuerdo con la Resolución 1197 de 2024; de conformidad con la Resolución 1197 del 05 de julio del 2024, por la cual se dictan las disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), señala que las secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal, o a las entidades que hagan sus veces, a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo - subsidiado, a las entidades adaptadas, *a* las instituciones prestadoras de servicios de salud y a las personas interesadas en realizar el procedimiento de certificación de discapacidad de acuerdo con los criterios que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La persona interesada o excepcionalmente su representante deberá solicitar y cumplir con estos requisitos:

1. Solicitar al médico tratante de la IPS de la red de prestación de servicios de la EPS-S, la valoración médica con el fin de definir el o los diagnósticos relacionados con la discapacidad (CIE 10).
2. Copia de la historia clínica con las atenciones que soporte la discapacidad, donde especifique las necesidades de apoyos y ajustes razonables que requiera la persona de acuerdo con la siguiente clasificación: movilidad, comunicación y acceso. Que incluya los diagnósticos Médicos.

3. Si cuenta con certificados de Discapacidad emitidos por el médico tratante de la EPS-S bajo la Circular 009 de 2017 que se certificaron hasta el 30 de junio de 2020 estos deben ser validados conforme a la resolución 1197 del 2024.

Capital Salud EPS-S, informa que cuando cumplan con los requisitos y/o soportes se debe acercar a la Secretaria Distrital de Salud ubicada en la Carrera 32 # 12-81, donde radicara soportes que especifique la solicitud para la valoración por el equipo multidisciplinario para la expedición del certificado de discapacidad.

Capital Salud EPS-S, cuenta con Instituciones prestadoras de servicios de salud para la atención integral y de calidad para el acceso a los servicios de salud a los afiliados con discapacidad en la red contratada por la EPS-S entre entidades públicas y privadas, para la prestación de los servicios donde ofertan servicios como terapias de lenguaje, terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias domiciliarias y rehabilitación Integral, consultas especializadas, consultas de primer nivel y programas de PYD, entre otros servicios; los cuales son suministrados de manera oportuna y atendiendo a las necesidades de los afiliados con discapacidad.

Como EPS-S se busca brindar a todos los afiliados una atención integral, humanizada y con enfoque diferencial buscando disminuir barreas de acceso y que la población acceda a los servicios de salud, programas de PYD y se garanticen los servicios, según correspondan, desde la cohorte de poblaciones especiales y discapacidad desde el área modelo y gestión del riesgo se identifican y caracterizan los afiliados con discapacidad identificados en el sistema y marcados por el área de operaciones, se trabaja articuladamente con las entidades, subredes y demás para acceder a los servicios de salud y sociales.

De acuerdo con datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE en el censo del 2018, el 7,2% de la población presenta alguna dificultad funcional para realizar sus actividades diarias, lo que se traduce en cerca de tres millones y medio de personas con discapacidad, siendo ubicados en el segundo país latinoamericano con más personas con discapacidad (DANE, 2018).

**Soacha:** La Sucursal Soacha cuenta con 7086 afiliados activos a diciembre 2024, en este municipio, con acceso a una amplia variedad de servicios de salud a través de tres instituciones: la E.S.E. Municipal de Soacha, Julio César Peñaloza; el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca y el Hospital Mario Gaitán Yanguas - Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.

Además, podrán utilizar la red completa de proveedores tanto en Bogotá como en todo el país, para la Población con Discapacidad se tiene identificados 33 afiliados, en los sistemas de información de la EPSS sea esta Física, Auditiva, Visual, Sordo Ceguera, Intelectual, Psicosocial (Mental) y/o Múltiple, para la sucursal Soacha, el 61% son hombres con un total de 20 casos y el 39% son mujeres con un total de 13 casos, en ese sentido de los tipos

de discapacidad que se encuentra la población son Física 42%, con el 3% Intelectual, con el 24% psicosocial (mental), con el 18% Múltiple y visual con el 3% predominando el sexo masculino. Capital Salud EPS-S, caracteriza la Población con Discapacidad en los sistemas de información con los tipos de discapacidad de acuerdo con la Resolución 1197 de 2024.

Para el proceso de certificación de discapacidad, los afiliados o sus representantes deben:

1. Solicitar a su médico tratante de la IPS asignada una valoración médica con el fin de establecer los diagnósticos relacionados con la discapacidad (según CIE-10).
2. Presentar copia de la historia clínica que documente la condición de discapacidad, necesidades de apoyos y ajustes razonables.
3. Validar, si aplica, los certificados emitidos bajo la Circular 009 de 2017, conforme a la Resolución 1197 de 2024.

Capital Salud EPS-S, informa que cuando cumplan con los requisitos y/o soportes se debe acercar a la secretaria Distrital de Salud ubicada en la Carrera 1 # 12 b-09, municipio de Soacha/Cundinamarca donde radicara soportes que especifique la solicitud para la valoración por el equipo multidisciplinario para la expedición del certificado de discapacidad.

**Meta:** La Sucursal cuenta con 223.767 afiliados activos a diciembre de 2024, distribuidos entre los municipios del departamento, con cobertura tanto en zonas urbanas como rurales. La EPS-S ha identificado en sus sistemas de información a 3.250 afiliados con discapacidad, lo que representa aproximadamente un 2.5% del total de afiliados en el territorio. Esta caracterización permite orientar la prestación de servicios con un enfoque diferencial y territorial, tal como lo establece la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la población identificada con discapacidad, se reporta una mayor proporción en hombres (54%) con un total de 1.755 casos, frente al 46% de mujeres (1.495 casos). Entre los tipos de discapacidad más prevalentes se encuentran:

- Discapacidad física: 45%
- Psicosocial (mental): 22%
- Discapacidad múltiple: 18%
- Discapacidad intelectual: 6%
- Visual: 5%
- Auditiva: 3%
- Sordoceguera: 1%

Estos datos son registrados y actualizados por el área de operaciones de la EPS-S, con respaldo en los sistemas de información internos, y articulados con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), conforme a lo dispuesto en la normativa vigente. Capital Salud EPS-S, desde su modelo de atención primaria en salud (APS), promueve un enfoque humanizado e integral que prioriza la atención oportuna a esta población, garantizando su acceso a servicios de rehabilitación,

terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje, así como consultas especializadas, atención domiciliaria y programas de promoción y prevención de la discapacidad.

Para el proceso de certificación de discapacidad, los afiliados o sus representantes deben:

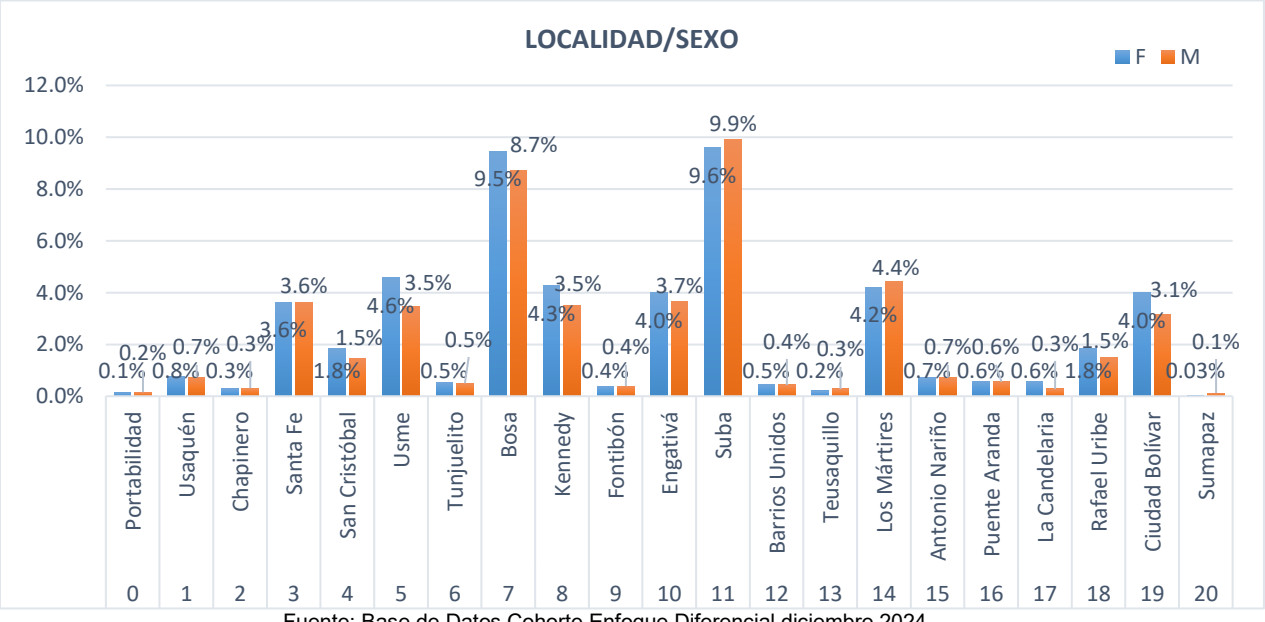
4. Solicitar a su médico tratante de la IPS asignada una valoración médica con el fin de establecer los diagnósticos relacionados con la discapacidad (según CIE-10).
5. Presentar copia de la historia clínica que documente la condición de discapacidad, necesidades de apoyos y ajustes razonables.
6. Validar, si aplica, los certificados emitidos bajo la Circular 009 de 2017, conforme a la Resolución 1197 de 2024.

Una vez cumplidos los requisitos, los usuarios deben acercarse a la Secretaría de Salud del Meta, ubicada en Carrera 33 # 38-39, Villavicencio, donde podrán radicar los soportes requeridos para ser valorados por el equipo multidisciplinario encargado de expedir el certificado oficial de discapacidad.

La EPS-S ha contratado una amplia red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas en el Meta, que ofrecen servicios integrales para personas con discapacidad, incluyendo atención especializada en municipios como Villavicencio, Granada, Acacías, San Martín y Puerto López, entre otros.

Como Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), Capital Salud EPS-S reafirma su compromiso con el acceso equitativo y sin barreras a los servicios de salud para toda su población afiliada, trabajando de manera articulada con las autoridades municipales, departamentales y nacionales, bajo un modelo basado en los determinantes sociales de salud, el enfoque diferencial y la gestión del riesgo.

**Gráfica 11 Distribución por localidad población étnica Capital Salud 2024**




Fuente: Base de Datos Cohorte Enfoque Diferencial diciembre 2024.

Al analizar la distribución de la población étnica afiliada a Capital Salud EPS-S en Bogotá para el año 2024, se evidencia una concentración significativa en las localidades de mayor densidad poblacional. La localidad de Suba lidera con el 19.5% de los afiliados étnicos, equivalente a 1.248 personas, presentando una ligera predominancia masculina (9.9%), lo cual podría estar relacionado con dinámicas migratorias, laborales o de asentamiento que han favorecido la llegada de población indígena o afrodescendiente en esa zona.

Le sigue la localidad de Bosa, con el 18.2% del total de población étnica afiliada (1.165 personas), donde se observa una mayor proporción de mujeres afiliadas (9.5%). Esta tendencia de feminización del aseguramiento étnico en Bosa podría estar relacionada con la estructura de hogares monoparentales liderados por mujeres o con un mayor acceso de mujeres a procesos de afiliación y servicios sociales.

Las zonas centrales y del sur de la ciudad, como Los Mártires (8.7%), Usme (8.0%), Kennedy (7.8%) y Engativá (7.7%), también presentan proporciones destacables. En estas localidades, predominan las mujeres afiliadas, lo cual podría explicarse por su rol como principales usuarias del sistema de salud y su participación en programas sociales, educativos y comunitarios. Estas zonas también han sido tradicionalmente receptoras de población desplazada, lo que podría explicar la presencia significativa de grupos étnicos.

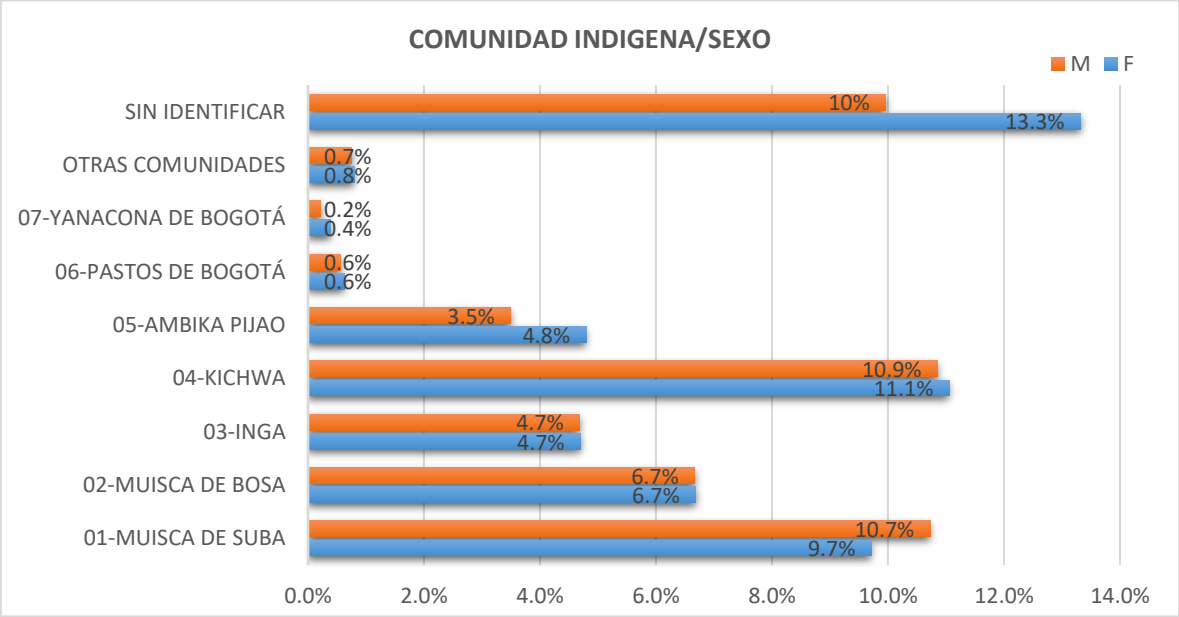
Desde una perspectiva epidemiológica y de salud pública, esta distribución pone de manifiesto la importancia de adoptar un enfoque diferencial e intercultural en la prestación de servicios de salud, particularmente en localidades donde la población étnica representa un porcentaje significativo de los usuarios. Es indispensable fortalecer la articulación entre la EPS, las entidades territoriales y las organizaciones étnicas para diseñar estrategias de atención que consideren barreras culturales, lingüísticas, de género y territoriales, así como los determinantes sociales que afectan a estas comunidades.

En conclusión, la caracterización muestra que las localidades con mayor carga poblacional también concentran la mayor proporción de población étnica afiliada, lo que refuerza la necesidad de focalizar acciones integrales de salud pública, prevención y promoción, con pertinencia cultural, territorial y de género, para garantizar la equidad en el acceso a servicios y reducir brechas en salud de estas poblaciones históricamente vulneradas.

Se refleja en la gráfica, que las comunidades con mayor población es Cabildo indígena Kichwa con 21.9% y Cabildo indígena muisca de Suba con 20.45%, seguido del cabildo indígena de Bosa con el 13.4%, en cuarto lugar, el Cabildo Indígena Inga con 9.4%, posterior el cabildo indígena Ambika de la Etnia Pijao con el 8.3%, el cabildo indígena los Pastos con 1.2%, por último, el Cabildo indígena Yanacona con 0.6%, entre tanto, el 1.5% se puede evidenciar otras comunidades, población Rom - Union Romani y población Rom Prorom, cada una de estas comunidades con su cosmovisión en su ancestralidad, traen

sus propias características de su territorios, usos y costumbres que hacen que cada una sea diferente y multicultural.

**Gráfica 12 Distribución por Comunidad Étnica Capital Salud 2024**




Fuente: Base de Datos Cohorte Enfoque Diferencial diciembre 2024.

La caracterización de la población indígena afiliada a Capital Salud EPS-S en 2024 evidencia una participación significativa de comunidades como Muisca de Suba (10,7% hombres y 9,7% mujeres), Kichwa (10,9% hombres y 11,1% mujeres) y Muisca de Bosa (6,7% ambos sexos). Estas comunidades reflejan una mayor organización territorial y un proceso de autorreconocimiento más consolidado en la ciudad de Bogotá. Otras comunidades como Inga, Ambika Pijao, Pastos de Bogotá y Yanakona de Bogotá también están presentes, aunque en menor proporción. Es relevante mencionar que un porcentaje importante de la población indígena afiliada (13,3% mujeres y 10% hombres) figura como “sin identificar”, lo que evidencia posibles limitaciones en el registro, subregistro o ausencia de autorreconocimiento étnico, aspecto crítico para el desarrollo de estrategias con enfoque diferencial.

Así mismo, las comunidades indígenas reflejadas corresponden a aquellas reconocidas formalmente en el territorio de Bogotá y afiliadas a la EPS-S. No obstante, se debe precisar que en el Distrito Capital también habitan otros pueblos indígenas que, como consecuencia del desplazamiento forzado y hechos victimizantes derivados del conflicto armado, se han asentado en diversas localidades urbanas tras haber abandonado sus territorios ancestrales. Frente a esta realidad, Capital Salud EPS-S garantiza la atención integral en salud en el marco de un modelo diferencial, poblacional y territorial, articulado con

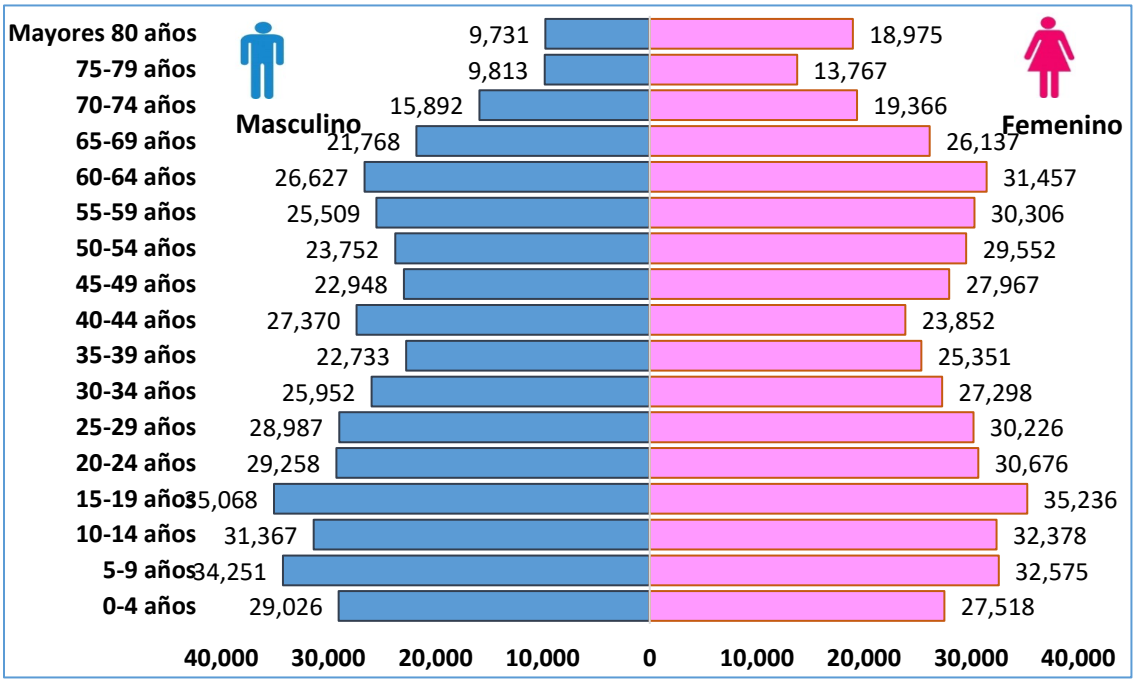
estrategias sectoriales e intersectoriales, y en coordinación con entidades distritales, líderes y lideresas indígenas, asegurando el acceso efectivo y culturalmente pertinente a los servicios de salud para estas comunidades.

## 6. Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud Capital Salud diciembre 2024

### 6.1 Distribución de la población Sucursal Bogotá diciembre 2024

La caracterización poblacional es una herramienta fundamental para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de atención integral en salud. En este sentido, la Sucursal Bogotá de Capital Salud EPS-S ha avanzado en la identificación y clasificación de sus afiliados con corte a diciembre de 2024, de acuerdo con criterios territoriales, demográficos y sociales, enmarcados en los determinantes sociales en salud y el modelo de Atención Primaria en Salud (APS). Esta caracterización responde a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y se articula con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), el cual busca garantizar el acceso equitativo, diferencial y humanizado a los servicios de salud. A través de la sistematización de datos provenientes de los sistemas de información institucionales, se han identificado grupos poblacionales con condiciones específicas de vulnerabilidad, tales como personas con discapacidad, grupos étnicos, población LGBTIQ+, personas en situación de pobreza o exclusión social, y población residente en zonas rurales o de difícil acceso.

**Gráfica 13 Distribución de la población Sucursal Bogotá diciembre 2024**




Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS corte a diciembre 2024

Al observar la pirámide poblacional de la EAPB Capital Salud, se destaca que la mayor proporción de la población es de género femenino. Además, en la base de la pirámide, que corresponde al grupo de niños de 0 a 14 años, se observa una tendencia al estrechamiento. Esto indica que hay un menor número de nacimientos en la población afiliada, lo que refleja un bajo índice de natalidad y sugiere que la población se encuentra en una fase de decrecimiento demográfico. Este fenómeno podría llevar, en el futuro, a una reducción en la población en edad laboral. El grupo de adultos (15-64 años) constituye la mayor parte de la población, siendo esta una población predominantemente adulta activa. Sin embargo, si la pirámide muestra un estrechamiento en la parte superior, es posible que haya una escasez de jóvenes en el futuro para reemplazar a la generación adulta actual.

**Tabla 21 Distribución por Urbano y Rural Sucursal Bogotá**

| Momento de curso de vida | Urbano | % | Rural | % | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Primera Infancia | 70537 | 8% | 434 | 0.0% | 70971 |
| Infancia | 76802 | 9% | 594 | 0.1% | 77396 |
| Adolescencia | 81013 | 9% | 765 | 0.1% | 81778 |
| Juventud | 133867 | 15% | 1085 | 0.1% | 134952 |
| Adultez | 321422 | 36% | 2637 | 0.3% | 324059 |
| Vejez | 191922 | 22% | 1611 | 0.2% | 193533 |
| Total | 875563 | 99% | 7126 | 1% | 882689 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS corte a diciembre 2024

En relación con la distribución de la población en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se observa que la mayor proporción de usuarios, un 99%, reside en áreas urbanas, mientras que solo el 1% corresponde a población rural. En cuanto a los usuarios afiliados a la EAPB, la mayor proporción se encuentra en el curso de vida de la adultez, con un 36% en el territorio urbano y un 0.3% en el rural.

A continuación, se encuentra la población de vejez, con un 21% en áreas urbanas y un 0.2% en las rurales. La juventud presenta un 15% en la ruralidad y un 0.1% en la urbanidad, mientras que la adolescencia muestra un 10% en el territorio urbano. Por otro lado, la infancia se distribuye con un 9% en áreas urbanas, y la primera infancia presenta un 8% en el territorio urbano. Para estos cuatro últimos cursos de vida (Primera infancia, infancia adolescencia y juventud), el porcentaje en el territorio rural se mantiene en un 0.1%.

**Tabla 22 Distribución por Localidad Sucursal Bogotá**

| Localidad | Momento de curso de vida | | | | | | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adultez | Vejez | | |
| Usaquén | 3116 | 2601 | 2452 | 5667 | 9746 | 6009 | 29591 | 3% |
| Engativá | 3973 | 4800 | 4976 | 8134 | 20594 | 14976 | 57453 | 7% |
| Suba | 5733 | 6072 | 6009 | 9516 | 24750 | 15713 | 67793 | 8% |
| Barrios unidos | 831 | 1016 | 1143 | 1875 | 4474 | 2961 | 12300 | 1% |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teusaquillo | 637 | 543 | 625 | 1143 | 1768 | 1530 | 6246 | 1% |
| Los mártires | 2147 | 1918 | 1839 | 2639 | 5592 | 3442 | 17577 | 2% |
| Antonio Nariño | 694 | 892 | 908 | 1534 | 3749 | 2635 | 10412 | 1% |
| Puente Aranda | 910 | 1075 | 1324 | 2765 | 7943 | 4827 | 18844 | 2% |
| Candelaria | 381 | 392 | 445 | 1133 | 1561 | 1267 | 5179 | 1% |
| Rafael Uribe Uribe | 4402 | 5178 | 5665 | 8906 | 22257 | 15161 | 61569 | 7% |
| Ciudad Bolívar | 10255 | 11475 | 12472 | 18373 | 42264 | 23604 | 118443 | 13% |
| Chapinero | 863 | 954 | 980 | 1699 | 3298 | 2224 | 10018 | 1% |
| Sumapaz | 55 | 84 | 103 | 178 | 393 | 300 | 1113 | 0% |
| Santa fe | 3242 | 2551 | 2852 | 4818 | 12516 | 6976 | 32955 | 4% |
| San Cristóbal | 4093 | 5593 | 6432 | 10234 | 28239 | 16935 | 71526 | 8% |
| Usme | 5536 | 6913 | 7497 | 12210 | 26547 | 14953 | 73656 | 8% |
| Tunjuelito | 1867 | 2191 | 2467 | 4034 | 10339 | 6576 | 27474 | 3% |
| Bosa | 10413 | 11688 | 11677 | 21859 | 49992 | 26008 | 131637 | 15% |
| Kennedy | 10491 | 9850 | 10167 | 15395 | 40274 | 21907 | 108084 | 12% |
| Fontibón | 1249 | 1566 | 1713 | 2757 | 7641 | 5370 | 20296 | 2% |
| Sin información | 83 | 44 | 32 | 83 | 122 | 159 | 523 | 0% |
| Total | 70971 | 77396 | 81778 | 134952 | 324059 | 193533 | 882689 | 100% |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS corte a diciembre 2024

Se observa que la mayor proporción de usuarios afiliados a la EAPB Capital Salud se encuentra georreferenciada en la localidad de Bosa, con un 15%. Le siguen Ciudad Bolívar con el 13% y Kennedy con el 12%. Estas tres localidades pertenecen a la Subred Sur Occidente, la cual presenta el mayor número de usuarios asignados en comparación con las otras tres subredes. Por otro lado, en localidades como Barrios Unidos, Teusaquillo, Antonio Nariño, Candelaria y Chapinero, apenas se observa una proporción del 1% de usuarios afiliados, siendo estas localidades la que tienen la población más baja, lo cual se puede relacionar con las condiciones socioeconómicas de la población que habita en estas localidades.

**Tabla 23 Características demográficas**

| Momento de curso de vida | Femenino | | | Masculino | | | total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Subsidiado | Contributivo | Total | Subsidiado | Contributivo | Total | |
| Primera Infancia | 33120 | 1508 | 34628 | 34780 | 1563 | 36343 | 70971 |
| Infancia | 35988 | 1757 | 37745 | 37773 | 1878 | 39651 | 77396 |
| Adolescencia | 38769 | 1666 | 40435 | 39695 | 1648 | 41343 | 81778 |
| Juventud | 57773 | 11149 | 68922 | 53726 | 12304 | 66030 | 134952 |
| Adultez | 162731 | 10981 | 173712 | 140323 | 10024 | 150347 | 324059 |
| Vejez | 108184 | 1518 | 109702 | 81774 | 2057 | 83831 | 193533 |
| Total | 436565 | 28579 | 465144 | 388071 | 29474 | 417545 | 882689 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS corte a diciembre 2024

Al analizar la población desagregada por cohortes según el momento del curso de vida, género y régimen de afiliación se observa lo siguiente: en el grupo de Primera Infancia, hay

70,971 personas, lo que indica una población de este curso de vida es relativamente pequeña en comparación con otras cohortes y que esta corresponde al 8%. En la cohorte de infancia, la población asciende a 77.396 personas correspondiente al 9%, lo que representa un leve aumento con respecto al grupo mencionado anteriormente. En la adolescencia, la población alcanza las 81,778 personas correspondiente al 9%, mientras que en el grupo de jóvenes se concentra un total de 134.953 siendo este el 15%, continua el grupo de adultez, que cuenta con 324,059 personas equivalente al 37%, representando una este curso de vida la mayor proporción de afiliados, finalmente, en el momento de curso de vida vejez, hay 193,533 personas correspondiente al 22%, siendo este el y el grupo de adultez los que aportan una proporción considerable de usuarios para la EAPB.

Con relación al régimen de afiliación se puede observar que la mayor proporción de usuarios pertenecen al régimen subsidiado con un 93.42% n= (824.636) y el 6.58% n= (58.053) pertenecen al régimen contributivo

**Factores socioeconómicos y calidad de vida**

Dentro de la caracterización de la población y afiliada a la EAPB Capital Salud, provienen de sectores vulnerables, beneficiarios del régimen subsidiado siendo esta nuestro mayor porcentaje de usuarios del sistema de salud de colombiano. Esto incluye a personas con bajos ingresos, población desplazada, adultos mayores, personas con discapacidad, personas víctimas de conflicto armado y migrantes con clasificación en el Sisbén. Esta población enfrenta barreras económicas y sociales que afectan su acceso a servicios de salud de calidad

**Accesibilidad a los servicios de salud**

La EAPB Capital Salud tiene una contratación vigente con las Subredes Integrales de Atención en Salud: Subred Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, que cuentan con una población asignada por georeferenciación. Estas subredes son responsables de brindar y prestar los servicios establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y para esto cada Subred cuenta con diferentes centros de Atención Primaria en Salud para la prestación de los servicios de las actividades de Promoción y Detección y los cuales se describen por Subred a continuación:

**Subred Norte** cuenta con 22 unidades: Hospital Chapinero, Hospital Emaús, Hospital Calle 80. Hospital Fray Bartolomé de casas, Hospital Centro de Servicios especializado Suba, Bachué, Boyacá Real, Gaitana, Garces Navas, Quiriguá, Rincón, San Cristóbal, Suba, Álamos, Bellavista, Buena Vista, Codito, española, Prado veraniego, Rural San Luis, Santa Cecilia y Verbenal.

**Subred Sur** 18 unidades: Danubio, Marichuela, Betania, Betania, Reforma, Destinos, Flora, Usme, Vista Hermosa, Candelaria, Manuela Beltrán, Meissen, Mochuelo, Pasquilla, Carmen, Tunal, San Benito, San Juan de Sumapaz, Nazaret

**Subred Sur Occidente** cuenta con 65 unidades: Alquería, mexicana, Britalia, Carvajal, Patios, Catalina, Trinidad Galán, Asunción Bochica, Alcalá Muzu, San Pablo, Internacional, Puerta de Teja, Centro Dia, Zona Franca, Bomberos, Hospital pediátrico Tintal, Abastos,

Pablo Sexto Bosa, El Porvenir, José María Carbonell, La Estación, Olarte, Villa Javier Tintal, Bosa

**Subred Centro Oriente** cuenta con 15 Centros de Atención Primaria en Salud para la prestación de los servicios de las actividades de Promoción y Detección, los cuales son: Diana Turbay, Antonio Nariño, Olaya, San Jorge, Cruces, Jorge Eliecer Gaitán, Laches, Primera de Mayo, Samper Mendoza, Perseverancia, Chircales, Libertadores, Alpes, Altamira y Bello Horizonte

**Principales Causas de mortalidad por Momento de curso de vida en el año 2024**

A continuación, se presenta el cruce de las principales herramientas de registro con los datos del RUAF correspondientes al periodo 2024, con el fin de identificar las primeras 10 causales de mortalidad para cada momento del curso de vida.

**Primera infancia**

| PRIMERA INFANCIA | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| CHOQUE SEPTICO | 16 |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 12 |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 12 |
| HEMORRAGIA PULMONAR | 5 |
| CHOQUE NEUROGENICO | 3 |
| SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO | 3 |
| CHOQUE CARDIOGENICO REFRACTARIO | 2 |
| FALLA MULTIORGANICA | 2 |
| FALLA RESPIRATORIA | 2 |
| ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA | 2 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

La tabla presenta una distribución de diferentes causales de mortalidad de usuarios del curso de vida primera infancia, donde el choque Séptico es la causa más prevalente, seguido por la insuficiencia respiratoria y el choque Cardiogénico. Las condiciones menos Choque Cardiogénico Refractario, Falla Multiorgánica, Falla Respiratoria, y Asfixia de Nacimiento Severa cada una con 2 casos; sin embargo, estas hacen parte de las 10 primeras causas de muerte en este curso de vida.

**Infancia**

| INFANCIA | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| CHOQUE NEUROGENICO | 3 |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA g | 2 |
| ANOXIA ANOXICA | 1 |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 1 |

| | |
|---|---|
| CHOQUE OBSTRRUCTIVO REFRACTARIO A CATECOLAMINAS | 1 |
| CHOQUE SEPTICO HIPOTENSIVO REFRACTARIO | 1 |
| DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE | 1 |
| EMERGENCIA HIPERTENSIVA ORGANO BLANCO CEREBRO | 1 |
| ESTATUS EPILEPTICO | 1 |
| FALLA HEPÁTICA | 1 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

La tabla presenta una distribución de diferentes causales de mortalidad de usuarios del curso de vida Infancia, donde el choque Neurogénica es la causa más prevalente, seguido por la insuficiencia respiratoria Aguda y Anoxia Anoxica. Las condiciones menos frecuentes emergencia Hipertensiva Orgánico Blanco Cerebro, Estatus Epiléptico y Falla Hepática, cada una con un caso; sin embargo, estas hacen parte de las 10 primeras causas de muerte en este curso de vida.

## Adolescencia

| ADOLESCENCIA | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 8 |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 4 |
| CHOQUE HIPOVOLEMICO | 4 |
| CHOQUE NEUROGENICO | 4 |
| CHOQUE SEPTICO | 2 |
| FALLA VENTILATORIA | 2 |
| CHOQUE HEMORRAGICO | 2 |
| ARRITMIA CARDIACA | 1 |
| CHOQUE DISTRIBUIDO | 1 |
| CHPQUE MIXTO CARDIOGENICO HEMORRAGICO | 1 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

La tabla presenta una distribución de diferentes causales de mortalidad de usuarios del curso de vida Adolescencia, donde la Insuficiencia Respiratoria es la causa más prevalente, seguido el choque Cardiogénico y Choque Hipovolémico Las condiciones menos frecuentes Arritmia Cardiaca, Choque Distributivo y Choque Mixto Cardiogénico Hemorrágico, cada una con un caso; sin embargo, estas hacen parte de las 10 primeras causas de muerte en este curso de vida.

## Juventud

| JUVENTUD | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| CHOQUE HEMORRAGICO | 32 |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 25 |
| SHOCK HIPOVOLÉMICO | 26 |
| CHOQUE SÉPTICO | 17 |

| | |
|---|---|
| CHOQUE NEUROGÉNICO | 16 |
| HIPOXIA | 12 |
| ANOXIA | 7 |
| FALLA VENTILATORIA | 6 |
| LACERACIÓN ENCEFÁLICA | 6 |
| POLITRAUMATISMO | 6 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

La tabla presenta una distribución de diferentes causales de mortalidad de usuarios del curso de vida juventud, donde el choque hemorrágico es la causa más prevalente, seguido por la insuficiencia respiratoria y el shock hipovolémico. Las condiciones menos frecuentes son falla ventilatoria, laceración encefálica y politraumatismo, cada una con 6 casos; sin embargo, estas hacen parte de las 10 primeras causas de muerte en este curso de vida.

**Adultez**

| ADULTEZ | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 233 |
| CHOQUE SÉPTICO | 197 |
| CHOQUE CARDIOGÉNICO | 126 |
| CHOQUE NEUROGÉNICO | 120 |
| CHOQUE HIPOVOLÉMICO | 93 |
| CHOQUE HEMORRÁGICO | 45 |
| INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO | 44 |
| FALLA VENTILATORIA | 41 |
| HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA | 31 |
| CHOQUE MIXTO | 18 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

En el curso de vida correspondiente a la adultez, se observa en la tabla una distribución detallada de las diez principales causas de mortalidad. Dentro de este grupo etario, la insuficiencia respiratoria destaca como la causa más prevalente de fallecimientos, lo que podría estar relacionado con enfermedades crónicas del sistema respiratorio, infecciones graves o complicaciones agudas. Le siguen en frecuencia el choque séptico, el choque cardiogénico y el choque neurogénico, todos ellos vinculados a fallos multiorgánicos y situaciones clínicas de alta gravedad.

**Vejez**

| VEJEZ | |
|---|---|
| **CAUSALIDAD** | **TOTAL** |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 1361 |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 1134 |
| CHOQUE SEPTICO | 782 |

| | |
|---|---|
| INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO | 470 |
| CHOQUE NEUROGENICO | 257 |
| CHOQUE HIPOVOLEMICO | 224 |
| FALLA VENTILATORIA | 183 |
| SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR | 97 |
| ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | 61 |
| CHOQUE DISTRIBUTIVO | 47 |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

En el curso de vida correspondiente a la vejez, la tabla muestra la distribución de las diez principales causas de mortalidad. La insuficiencia respiratoria se posiciona como la causa más prevalente de fallecimientos en esta etapa, seguida del choque cardiogénico y el choque séptico, lo cual refleja la alta susceptibilidad de las personas mayores a eventos clínicos agudos que comprometen la función cardiopulmonar y sistémica

**Tabla 24 Población de la RPMS en cohortes de alto costo y eventos priorizados asociados**

| Momento de curso de vida | Cáncer | % | VIH | % | ERC | % | Enfermedades Huérfanas | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Primera Infancia | 34 | 0.3% | 3 | 0.1% | 1 | 0.0% | 310 | 33% | 348 | **1%** |
| Infancia | 137 | 1.0% | 10 | 0.2% | 1 | 0.0% | 91 | 10% | 239 | **0%** |
| Adolescencia | 168 | 1.3% | 25 | 0.5% | 6 | 0.0% | 128 | 14% | 327 | **1%** |
| Juventud | 357 | 2.7% | 853 | 18.3% | 107 | 0.3% | 81 | 9% | 1398 | **3%** |
| Adultez | 4108 | 31.3% | 3284 | 70.4% | 6464 | 18.8% | 188 | 20% | 14044 | **26%** |
| Vejez | 8340 | 63.5% | 487 | 10.4% | 27886 | 80.9% | 145 | 15% | 36858 | **69%** |
| Total | 13144 | 100.0% | 4662 | 100.0% | 34465 | 100.0% | 943 | 100% | 53214 | **100%** |

Fuente: Bases Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por momento de curso de vida BDUA, RIPS 2024

En la tabla anterior se observa que, dentro de la población clasificada en alto costo, el evento con mayor proporción es la Enfermedad Renal Crónica, representando el 64,7%. Esta patología presenta su mayor prevalencia en el curso de vida correspondiente a la vejez con el 90.9%, seguido de adultez con el 18.8%, juventud con el 0.3%, mientras que en la primera infancia, infancia y adolescencia no alcanza el 1%.

Cáncer representando el 24.7%. Esta patología presenta su mayor prevalencia en el curso de vida correspondiente a la vejez con el 63.5%, seguido de adultez con el 31.3%, juventud con el 2.7%, adolescencia 1.3%, infancia 1% y primera infancia con el 0.3%.

Para la Patología del VIH, del total de la población de la EAPB Capital Salud que se encuentra con algún evento, este representa el 8.7%. Esta patología presenta su mayor prevalencia en el curso de vida adultez con el 70.4%, seguido con juventud con el 18.8%, vejez con el 10.4%, adolescencia con el 0.5%, Infancia 2% y por último Primer infancia con el 1%. Pr ultimo enfermedades huérfanas que representa el 1.7% siendo este el evento con menor número de casos que tiene un comportamiento diferente a los otros eventos, teniendo mayor prevalencia en el momento de curso de vida primera infancia con el 33%, seguido de adultez con el 20%, vejez 15%, adolescencia 14%, infancia 10% y por último

juventud 9%; sin embargo, se observa que los momentos de cursos de vida con mayor carga de la enfermedad es adultez y vejez.

En las tres sucursales analizadas Bogotá, Soacha y Meta se observa que el régimen subsidiado es predominante en todas las etapas de vida. Durante la primera infancia, en Bogotá el régimen subsidiado representa cerca del 97%, mientras que el contributivo apenas alcanza el 3%. En Soacha y Meta, la proporción del subsidiado también es muy alta, rondando entre el 94% y 95%, con un equilibrio casi perfecto entre hombres y mujeres en esta etapa.

En la infancia, la tendencia se mantiene con una alta participación del régimen subsidiado, superando el 94% en las tres sucursales, y la distribución por sexo se mantiene equilibrada, con una ligera mayoría masculina en Bogotá y Soacha, y un balance similar en Meta.

Durante la adolescencia, el régimen subsidiado continúa dominando con aproximadamente el 95% o más en todas las sucursales, y la proporción de hombres y mujeres sigue siendo muy similar, con diferencias mínimas.

En la juventud, aunque el régimen subsidiado sigue siendo mayoritario, se observa un ligero aumento en la afiliación al régimen contributivo, especialmente en Bogotá y Meta, donde el contributivo puede alcanzar hasta un 17-18%, mientras que en Soacha sigue siendo más bajo, alrededor del 10% o menos.

La distribución por sexo se mantiene equilibrada, con una ligera predominancia femenina en algunos casos.

En la etapa de adultez, el régimen subsidiado continúa siendo dominante, con proporciones cercanas al 90% o más, especialmente en Soacha donde llega hasta un 97%. Bogotá presenta un régimen contributivo más representativo en comparación con las otras dos sucursales, aunque el subsidiado sigue siendo la mayoría. En esta etapa, la población femenina es ligeramente mayoritaria en las tres sucursales.

Finalmente, en la vejez, el régimen subsidiado alcanza sus mayores proporciones, con cerca del 98-99% en Bogotá y Soacha, y aproximadamente el 97% en Meta. Aquí la mayoría de la población es femenina, con una diferencia que puede llegar al 56-57%. En resumen, el régimen subsidiado es la principal forma de afiliación en todas las etapas de vida y sucursales, con una ligera mayor proporción de contribuyentes en juventud y adultez en Bogotá y Meta, mientras que Soacha mantiene un predominio más marcado del régimen subsidiado.

La distribución por sexo es bastante equilibrada, aunque con una tendencia a mayor presencia femenina en etapas adultas y vejez.

**Factores de riesgo prevalentes**

Incumplimiento de las coberturas de las actividades de RPMS debido a diferentes factores asociados a los determinantes sociales de la población afiliada:

- La población étnica, que, por sus creencias culturales y tradiciones, no asiste a las consultas de valoración integral.

- Los bajos recursos económicos, lo que dificulta la movilidad de los usuarios.
- Los usuarios que se encuentran en una etapa laboralmente productiva no asisten a los servicios de PYD por no ver afectados sus ingresos ya que son trabajos Informales
- Población altamente fluctuante, que cambia sus números de contacto y reside en otras ciudades sin realizar la portabilidad, lo que dificulta la contactabilidad para el proceso de demanda inducida.
- La falta de integralidad entre las rutas de riesgo y RPMS desde la red prestadora, ya que los usuarios en rutas de riesgo no acceden a los servicios correspondientes de RPMS si no solo a sus consultas resolutivas.

## 7. Coberturas PyD Capital Salud 2024

### Programas Promoción y Detección Temprana

Frente el análisis de las coberturas se realiza de acuerdo con lo establecido en la Resolución 202 de 2021 y los resultados se presentan de acuerdo con el reporte Nacional presentado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se hace con periodicidad trimestral. Actualmente la EAPB cuenta con información de cierre 2024, Es de anotar, que el I trimestre se encuentra en proceso de consolidación para el ente Nacional.

De acuerdo a lo pactado contractualmente, es concertado en las vigencias de los contratos con las IPS de primer nivel de atención, con quienes se han definido estrategias para incrementar los indicadores basados en los tipos de contratación: modalidad por evento (subredes), el objetivo de que las 4 subredes del distrito capital realicen actividades de búsqueda activa de los usuarios objeto de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, así como de la rutas integrales, para lograr un aumento de las coberturas y la identificación de riesgos de manera oportuna, así mismo se cuenta con la modalidad de contratación por capitación, la cual abarca el resto de la población (régimen contributivo y la Sucursal Meta), adelantada con las IPS Primarias. En esta contratación se incluyen las actividades de PYD.

**Tabla 25 Coberturas programas de protección específica y detección temprana IV Trimestre del 2024**

| COBERTURAS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| **CURSO DE VIDA O PROGRAMA** | **INDICADOR** | **TERRITORIO** | **2024** |
| PRIMERA INFANCIA | VALORACIÓN CYD - PRIMERA INFANCIA | BOGOTA | 18% |
| | | META | 38% |
| | | SOACHA | 6% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 22% |
| INFANCIA | VALORACIÓN CYD - INFANCIA | BOGOTA | 10% |
| | | META | 18% |
| | | SOACHA | 7% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 12% |
| ADOLESCENCIA | VALORACIÓN ADOLESCENCIA | BOGOTA | 6% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | META | 17% |
| | | SOACHA | 5% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 8% |
| JUVENTUD | VALORACIÓN JUVENTUD | BOGOTA | 19% |
| | | META | 34% |
| | | SOACHA | 14% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 23% |
| ADULTEZ | VALORACIÓN ADULTEZ | BOGOTA | 41% |
| | | META | 44% |
| | | SOACHA | 23% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 41% |
| VEJEZ | VALORACIÓN VEJEZ | BOGOTA | 42% |
| | | META | 44% |
| | | SOACHA | 27% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 42% |

Fuente: Resolución 202 años 2019 a diciembre 2024. Base de Salud Pública 2024 y BDUA

**Tabla 26 Coberturas Programas de Protección Específica y Detección Temprana VI Trimestre del 2024**

| COBERTURAS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| **CURSO DE VIDA O PROGRAMA** | **INDICADOR** | **TERRITORIO** | **2024** |
| ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICOPCEPCIÓN | PLANIFICACIÓN FAMILIAR | BOGOTA | 60% |
| | | META | 57% |
| | | SOACHA | 34% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 59% |
| DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER DE PROSTATA | PSA | BOGOTA | 34% |
| | | META | 20% |
| | | SOACHA | 15% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 32% |
| DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER DE COLON | SANGRE OCULTA | BOGOTA | 15% |
| | | META | 14% |
| | | SOACHA | 8% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 15% |
| DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES VISUALES | AGUDEZA VISUAL | BOGOTA | 10% |
| | | META | 16% |
| | | SOACHA | 6% |
| | | CAPITAL SALUD EPS | 11% |

Fuente: Resolución 202 años 2019 a diciembre 2024. Base de Salud Pública 2024 y BDUA

- En relación con las proporciones para el indicador de consulta de planificación familiar, para el territorio de Bogotá y Meta se cierra el cuarto trimestre con el 60 y 57% respectivamente.
- Para la tamización de cáncer de próstata la EAPB Capital Salud tiene un porcentaje del 32%; en relación con el aporte de cada uno de los territorios, se observa que Bogotá tiene un 34% de hombres tamizados, Meta está en el 20% y Soacha en 15%

- En cuanto a la cobertura del tamizaje de agudeza visual, se observa que la mayor proporción la aporta el territorio de Meta, esta del 16% frente a Bogotá, del 10% y Soacha 6%, al calcular este indicador para toda la población de la EAPB Capital Salud este dato es del 11 %.
- Para el cálculo de los indicadores de protección específica y detección temprana se tiene en cuenta los rangos de edad y las frecuencias de uso establecidas en la resolución 3280/2018.

**Tabla 27 Indicadores de Coberturas de PYD - vigencia 2024 Resolución 202 Capital Salud EPS-S**

| N° | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B | 9,229 | 11,153 | 83% |
| 2 | Proporción de niños y niñas en primera infancia con valoración integral | 19,433 | 88,320 | 22% |
| 3 | Proporción de niños y niñas en infancia con valoración integral | 11639 | 99602 | 12% |
| 4 | Proporción de adolescentes con valoración integral | 8,293 | 102,291 | 8% |
| 5 | Proporción de jóvenes con valoración integral | 39177 | 173041 | 23% |
| 6 | Proporción de adultos con valoración integral | 165,448 | 401,827 | 41% |
| 7 | Proporción de usuarios en vejez con valoración integral | 98088 | 231227 | 42% |
| 8 | Proporción de usuarias de 30 a 65 años tamizadas con ADN VPH | 27,186 | 265,534 | 10% |
| 9 | Proporción de hombres de 50 a 75 años, tamizados con PSA | 44,553 | 140,486 | 32% |
| 10 | Proporción de usuarios de 50 a 75 años, tamizados con prueba de sangre oculta | 46,054 | 307,988 | 15% |
| 11 | Proporción de usuarios de 3 años o más con tamizaje de agudeza visual | 118,816 | 1,064,453 | 11% |

Fuente: Base de datos resolución 202 diciembre 2024

A continuación, se presentan los resultados por territorio:

**Tabla 28 Indicadores de Coberturas de PYD - vigencia 2024 Resolución 202 Sucursal Bogotá**

| N° | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B | 7,053 | 8,093 | 87% |
| 2 | Proporción de niños y niñas en primera infancia con valoración integral | 12,427 | 69,581 | 18% |
| 3 | Proporción de niños y niñas en infancia con valoración integral | 7,689 | 76,894 | 10% |
| 4 | Proporción de adolescentes con valoración integral | 4,683 | 80,731 | 6% |
| 5 | Proporción de jóvenes con valoración integral | 25,345 | 131,547 | 19% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **6** | Proporción de adultos con valoración integral | 129,361 | 318,924 | 41% |
| **7** | Proporción de usuarios en vejez con valoración integral | 81,436 | 193,055 | 42.2% |
| **8** | Proporción de usuarias de 30 a 65 años tamizadas con ADN VPH | 25,181 | 215,261 | 12% |
| **9** | Proporción de hombres de 50 a 75 años, tamizados con PSA | 39,537 | 115,000 | 34% |
| **10** | Proporción de usuarios de 50 a 75 años, tamizados con prueba de sangre oculta | 38,452 | 254,175 | 15% |
| **11** | Proporción de usuarios de 3 años o más con tamizaje de agudeza visual | 83,666 | 843,130 | 10% |

Fuente: Base de datos resolución 202 diciembre 2024

Ante estos resultados se realiza de manera periódica el seguimiento a cada uno de los prestadores, en los seguimientos se ha identificado que existe una disminución de usuarios en promedio del 2.9%, así mismo ingresan usuarios sin ninguna actividad de PYD, los cuales pueden representar el 1.2%. Es importante mencionar que las frecuencias de uso para los cursos de vida de infancia, primera infancia y adolescencia, son bastante cortas lo que hace que en un único trimestre se vea dicha variabilidad. De igual forma se ha identificado que la capacidad instalada de los prestadores es insuficiente. Otro factor determinante es la no contactabilidad de los usuarios ya que pese a plantear estrategias de demanda inducida, no es posible concretar las actividades y otra dificultad evidenciada es que los usuarios contactables de los cursos de vida de adultez y vejez no aceptan las citas por asuntos laborales.

**Tabla 29 Indicadores de Coberturas de PYD - vigencia 2024 Resolución 202 Sucursal Meta**

| N° | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| **1** | Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B | 2,130 | 2,994 | 71% |
| **2** | Proporción de niños y niñas en primera infancia con valoración integral | 6,972 | 18,199 | 38% |
| **3** | Proporción de niños y niñas en infancia con valoración integral | 3,900 | 21,997 | 18% |
| **4** | Proporción de adolescentes con valoración integral | 3,576 | 20,870 | 17% |
| **5** | Proporción de jóvenes con valoración integral | 13,631 | 40,090 | 34% |
| **6** | Proporción de adultos con valoración integral | 35,436 | 80,090 | 44% |
| **7** | Proporción de usuarios en vejez con valoración integral | 16,405 | 37,266 | 44% |
| **8** | Proporción de usuarias de 30 a 65 años tamizadas con ADN VPH | 1,936 | 49,025 | 4% |
| **9** | Proporción de hombres de 50 a 75 años, tamizados con PSA | 4,916 | 24,823 | 20% |
| **10** | Proporción de usuarios de 50 a 75 años, tamizados con prueba de sangre oculta | 7,483 | 52,282 | 14% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **11** | Proporción de usuarios de 3 años o más con tamizaje de agudeza visual | 34,748 | 214,507 | 16% |

Fuente: Base de datos resolución 202 diciembre 2024

Ante estos resultados se realiza de manera periódica el seguimiento a cada uno de los prestadores, en los seguimientos se ha identificado que los usuarios son resistentes a la realización de la prueba de sangre oculta por la preparación en dieta que deben realizar previamente, al igual que aún existe el mito de que al tamizarse con el psa de próstata están obligados a realizarse el tacto rectal. Así mismo existe una alta rotación de personal en los municipios, personal rural que en su gran mayoría no tiene claro las frecuencias de uso y no realiza direccionamiento adecuado de los servicios. Ahora existe dificultad frente a la contratación con los prestadores ya que tamizajes como ADN VPH y hepatitis B, no se realizan por parte del prestador primario. De igual manera se identifica que existe subregistro de información por parte del prestador frente al reporte de algunas actividades que se realizan durante la valoración integral. Otro factor determinante es la no contactabilidad de los usuarios, ya que pese a plantear estrategias de demanda inducida, no es posible concretar las actividades.

**Tabla 30 Indicadores de Coberturas de PYD - vigencia 2024 Resolución 202 Sucursal Soacha**

| N° | INDICADOR | NUMERADOR | DENOMINADOR | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| **1** | Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B | 46 | 66 | 70% |
| **2** | Proporción de niños y niñas en primera infancia con valoración integral | 34 | 540 | 6% |
| **3** | Proporción de niños y niñas en infancia con valoración integral | 50 | 711 | 7% |
| **4** | Proporción de adolescentes con valoración integral | 34 | 690 | 5% |
| **5** | Proporción de jóvenes con valoración integral | 201 | 1,404 | 14% |
| **6** | Proporción de adultos con valoración integral | 651 | 2,813 | 23% |
| **7** | Proporción de usuarios en vejez con valoración integral | 247 | 906 | 27% |
| **8** | Proporción de usuarias de 30 a 65 años tamizadas con ADN VPH | 69 | 1,248 | 6% |
| **9** | Proporción de hombres de 50 a 75 años, tamizados con PSA | 100 | 663 | 15% |
| **10** | Proporción de usuarios de 50 a 75 años, tamizados con prueba de sangre oculta | 119 | 1,531 | 8% |
| **11** | Proporción de usuarios de 3 años o más con tamizaje de agudeza visual | 402 | 6,816 | 6% |

Fuente: Base de datos resolución 202 diciembre 2024

Ante estos resultados se realiza de manera periódica el seguimiento a cada uno de los prestadores, en los seguimientos se ha identificado que la población en Soacha crece en promedio 1.5%, que dichos usuarios ingresan sin actividades de PYD. Otro factor determinante es la no contactabilidad de los usuarios, ya que pese a plantear estrategias

de demanda inducida, no es posible concretar las actividades. En este territorio el contrato se encuentra por evento lo que hace que el prestador solo realice las actividades que le llegan y no realice demanda inducida.

## 8. Ruta Materno perinatal Capital Salud diciembre 2024

**Tabla 31 Distribución de la población Ruta Materno Perinatal Capital Salud**

| Sucursal | Subs | Cont | Total Gestantes |
|---|---|---|---|
| **Bogotá** | 2829 | 347 | 3176 |
| **Meta** | 1046 | 120 | 1166 |
| **Soacha** | 32 | 6 | 38 |
| **CAPITAL SALUD** | **3,907** | **473** | **4,380** |

Fuente: Tablero poblacional Cohorte gestantes MGR 2024

El análisis de los datos correspondientes a la población gestante afiliada a CAPITAL SALUD revela una marcada concentración de mujeres en condición de vulnerabilidad, evidenciada por el predominio del régimen subsidiado en todos los territorios.

Del total de 4,380 gestantes registradas, el 89,2% (3,907) pertenece al régimen subsidiado, mientras que solo el 10,8% (473) se encuentra en el régimen contributivo. Esta distribución es consistente con el perfil socioeconómico de la población cubierta por esta EPS, la cual atiende principalmente a personas en condiciones de pobreza o informalidad laboral.

Bogotá concentra la mayor proporción de gestantes, con 3,176 mujeres (72,5% del total), de las cuales el 89% está en el régimen subsidiado. Esta alta carga asistencial sugiere que los esfuerzos institucionales deben enfocarse prioritariamente en esta ciudad, donde la demanda de servicios maternos es más alta y el riesgo de complicaciones asociadas a determinantes sociales es significativo.

El segundo territorio en importancia es el departamento del Meta, con 1,166 gestantes (26,6%), presentando una distribución similar en cuanto al régimen, con un 89,7% en el subsidiado.

En este caso, las dificultades de acceso geográfico en zonas rurales representan un desafío adicional para garantizar un control prenatal oportuno y de calidad. Por último, Soacha reporta un número bajo de gestantes (38 en total), pero llama la atención que presenta la proporción más alta de afiliadas al régimen contributivo (15,8%), aunque el tamaño de la muestra no permite establecer conclusiones definitivas.

**Tabla 32 Ruta Materno Perinatal Sucursal Bogotá 2024**

| AÑO | | | 2024 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COHORTE GESTANTES | | | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
| BOGOTA | REGIMEN | SUBSIDIADO | 2773 | 2990 | 2951 | 2972 | 2972 | 2907 | 2964 | 2933 | 3047 | 3141 | 2818 | 2829 |
| | | CONTRIBUTIVO | 317 | 365 | 360 | 316 | 316 | 250 | 319 | 316 | 372 | 377 | 316 | 347 |
| | SEXO | F | 3090 | 3555 | 3311 | 3288 | 3288 | 3157 | 3283 | 3249 | 3419 | 3518 | 3134 | 3176 |
| | RIESGO | ARO | 1411 | 1638 | 1843 | 1640 | 1640 | 1639 | 1639 | 1658 | 1622 | 1644 | 1410 | 825 |
| | | BRO | 1464 | 1695 | 1450 | 1618 | 1618 | 1621 | 1621 | 1556 | 1797 | 1514 | 1724 | 2351 |
| | CURSO DE VIDA | ADOLESENCIA | 337 | 340 | 345 | 354 | 354 | 339 | 191 | 199 | 231 | 242 | 238 | 235 |
| | | JUVENTUD | 1867 | 1989 | 1983 | 1945 | 1945 | 1876 | 1900 | 1864 | 2136 | 1936 | 1961 | 2010 |
| | | ADULTEZ | 1218 | 1360 | 1320 | 1336 | 1336 | 1280 | 1192 | 1186 | 1052 | 963 | 935 | 931 |
| | | **TOTAL GESTANTES** | **3090** | **3355** | **3311** | **3288** | **3288** | **3157** | **3283** | **3249** | **3419** | **3518** | **3134** | **3176** |

Fuente: Tablero poblacional Cohorte gestantes MGR 2024

Bogotá Durante el año 2024, se observó un comportamiento relativamente estable en el número de gestantes afiliadas a Capital Salud en Bogotá, con una mediana mensual de 3.249 gestantes, y un rango que osciló entre 3.090 (enero) y 3.518 (octubre). Esta tendencia evidencia una continuidad en el seguimiento de la población materna afiliada, con ligeras variaciones atribuibles a dinámicas estacionales y operativas.

En cuanto al régimen de afiliación, se mantiene una proporción alta de gestantes en el régimen subsidiado (promedio del 91% mensual), lo cual es consistente con el perfil socioeconómico predominante en la afiliación a esta EPS. El régimen contributivo, por su parte, representa entre el 7% y 10% de los registros mensuales.

Desde el enfoque de riesgo materno, los casos clasificados como alto riesgo obstétrico (ARO) presentan una tendencia elevada en los primeros tres trimestres del año, con un pico en marzo (1.843 casos) y una reducción sostenida en los últimos meses, alcanzando el valor más bajo en diciembre (825 casos). Este comportamiento podría asociarse a la mejor captación y seguimiento en etapas tempranas del embarazo, aunque también puede reflejar una reducción en la oportunidad del registro o referencia de casos. En contraste, los casos con bajo riesgo obstétrico (BRO) muestran un comportamiento inverso, con aumento sostenido hacia el cierre del año, alcanzando el máximo en diciembre con 2.351 gestantes. Este desplazamiento puede indicar un mayor acceso a controles prenatales o una reclasificación favorable durante el seguimiento.

Respecto a los cursos de vida, la mayor proporción de gestantes se concentra en el grupo de juventud (15 a 28 años), con un promedio mensual de 1.954 gestantes, lo que corresponde a cerca del 60% de la cohorte mensual. El grupo de adultez (29 a 59 años) representa en promedio el 37%, mientras que la adolescencia (10 a 14 años) participa con cerca del 2% mensual, destacando la necesidad de reforzar acciones de prevención del embarazo adolescente.

Este análisis evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de tamizaje de riesgo obstétrico temprano, atención prenatal diferenciada y seguimiento oportuno, especialmente en mujeres jóvenes y en condición de vulnerabilidad. Así mismo, es fundamental mantener la articulación intersectorial para garantizar el acceso integral a los servicios maternos y neonatales, en coherencia con el modelo de salud con enfoque poblacional y territorial.

**Tabla 33 Ruta Materno Perinatal Sucursal Soacha 2024**

| AÑO | | | 2024 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COHORTE GESTANTES | | | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
| SOACHA | REGIMEN | SUBSIDIADO | 8 | 7 | 8 | 7 | 10 | 17 | 12 | 11 | 19 | 21 | 22 | 32 |
| | | CONTRIBUTIVO | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| | SEXO | F | 10 | 8 | 10 | 8 | 12 | 20 | 12 | 28 | 19 | 22 | 24 | 38 |
| | RIESGO | ARO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | BRO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 |
| | CURSO DE VIDA | ADOLESENCIA | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| | | JUVENTUD | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 9 | 7 | 5 | 14 | 18 | 14 | 27 |
| | | ADULTEZ | 7 | 5 | 7 | 5 | 8 | 11 | 5 | 5 | 2 | 2 | 8 | 8 |
| | | **TOTAL GESTANTES** | **10** | **8** | **10** | **8** | **12** | **20** | **12** | **11** | **19** | **22** | **24** | **38** |

Fuente: Tablero poblacional Cohorte gestantes MGR 2024

En la Sucursal de Soacha, durante el año 2024, la captación acumulada de gestantes afiliadas a CAPITAL SALUD mostró un comportamiento lento y progresivo, pasando de 10 gestantes registradas en enero a 38 al cierre de diciembre. Esta cifra representa una proporción muy baja del total de gestantes captadas por la EPS, pero su evolución permite identificar aspectos importantes en términos de vigilancia, equidad y respuesta territorial.

Durante el primer semestre, los registros fueron bajos y prácticamente constantes, oscilando entre 7 y 12 gestantes acumuladas. No fue sino hasta el segundo semestre, particularmente desde agosto, cuando se observa un aumento más notorio en la captación, alcanzando su punto más alto en diciembre con 38 mujeres gestantes identificadas. Este incremento tardío podría deberse a mejoras en la búsqueda activa, fortalecimiento de registros o aumento en la sensibilidad del sistema local de salud para captar mujeres embarazadas.

En cuanto al régimen de afiliación, el comportamiento es coherente con el perfil socioeconómico de Soacha: el régimen subsidiado representa la gran mayoría de los casos, con 32 gestantes al corte de diciembre (84%), mientras que solo 6 gestantes (16%) pertenecen al régimen contributivo. Esta relación pone en evidencia la alta vulnerabilidad económica y social de esta población, lo que debería traducirse en estrategias diferenciales de seguimiento, acompañamiento social y fortalecimiento de redes de apoyo en salud materna.

Una situación crítica se presenta en la caracterización del riesgo obstétrico. Durante los primeros once meses del año, no se reportaron gestantes clasificadas con riesgo (ni ARO ni BRO), lo cual evidencia una grave omisión en la valoración clínica y en la codificación del riesgo materno. Solo hasta diciembre se identificaron 16 gestantes con alto riesgo obstétrico (ARO) y 22 con bajo riesgo (BRO). Este hallazgo sugiere que no se estaba realizando oportunamente el tamizaje de riesgo, o que los registros no estaban siendo consolidados adecuadamente en los primeros meses. Dado que más del 40% de las gestantes captadas hasta diciembre fueron clasificadas como ARO, esto representa una alerta importante: la población gestante de Soacha podría estar expuesta a mayores desenlaces adversos sin la debida atención clínica diferencial.

Desde la perspectiva del curso de vida, el grupo predominante fue el de juventud, con 27 mujeres al final del año (71% del total), seguido por mujeres adultas (8 gestantes) y un pequeño pero persistente grupo de adolescentes gestantes (3 al corte de diciembre). Aunque numéricamente bajo, el hecho de que en todos los meses (salvo enero y marzo) se reporte al menos una gestante adolescente, reafirma la necesidad de intervenciones específicas en prevención del embarazo temprano, educación sexual integral y acceso efectivo a métodos anticonceptivos en esta población.

**Tabla 34 Ruta Materno Perinatal Sucursal Meta 2024**

| AÑO | | | 2024 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COHORTE GESTANTES | | | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
| META | REGIMEN | SUBSIDIADO | 953 | 946 | 953 | 916 | 948 | 978 | 972 | 1006 | 1005 | 1040 | 1032 | 1046 |
| | | CONTRIBUTIVO | 142 | 159 | 139 | 130 | 137 | 130 | 123 | 134 | 116 | 115 | 120 | 120 |
| | SEXO | F | 1095 | 1105 | 1092 | 1046 | 1085 | 1108 | 1095 | 1140 | 1121 | 1155 | 1152 | 1166 |
| | RIESGO | ARO | 900 | 902 | 869 | 820 | 831 | 845 | 822 | 866 | 844 | 1066 | 1022 | 1030 |
| | | BRO | 195 | 203 | 223 | 226 | 254 | 263 | 273 | 274 | 277 | 91 | 130 | 136 |
| | CURSO DE VIDA | ADOLESENCIA | 125 | 104 | 108 | 105 | 107 | 115 | 110 | 113 | 120 | 119 | 118 | 120 |
| | | JUVENTUD | 688 | 703 | 693 | 653 | 675 | 688 | 679 | 710 | 696 | 740 | 723 | 731 |
| | | ADULTEZ | 282 | 298 | 291 | 288 | 303 | 305 | 306 | 317 | 305 | 296 | 311 | 315 |
| | | **TOTAL GESTANTES** | 1095 | 1105 | 1092 | 1046 | 1085 | 1108 | 1095 | 1140 | 1121 | 1155 | 1152 | 1166 |

Fuente: Tablero poblacional Cohorte gestantes MGR 2024

Durante el año 2024, La Sucursal del Meta registró un total acumulado de 1.166 gestantes al corte de diciembre, lo que representa aproximadamente el 26,6% de la cohorte total atendida por CAPITAL SALUD. La captación acumulada de mujeres embarazadas en esta región se mantuvo estable a lo largo del año, con ligeras fluctuaciones, pero sin caídas abruptas ni aumentos inusuales. Esto sugiere que existe una buena capacidad instalada para identificar y registrar gestantes desde los primeros meses del embarazo.

El comportamiento por régimen de afiliación es coherente con el perfil socioeconómico del territorio: el 89,7% de las gestantes fueron subsidiadas, mientras que apenas el 10,3% correspondió al régimen contributivo. Esta proporción es similar a la observada en Bogotá

y refuerza la necesidad de mantener políticas públicas con enfoque de equidad y protección para poblaciones en situación de vulnerabilidad social y económica.

En cuanto a la clasificación de riesgo obstétrico, se observa una alta carga de gestantes ARO (alto riesgo obstétrico), que representa en promedio entre el 74% y el 82% del total de gestantes acumuladas mensualmente. Este patrón se mantiene de forma constante durante todo el año, lo que representa un desafío importante para el sistema de salud local. La elevada proporción de ARO sugiere factores estructurales como barreras de acceso geográfico, diagnóstico tardío, comorbilidades no controladas o limitaciones en la calidad del control prenatal. Aunque también puede reflejar una mayor sensibilidad y cumplimiento en la clasificación clínica, el hecho de que los casos de bajo riesgo (BRO) estén en proporciones tan bajas e incluso con una caída drástica en octubre (solo 91 casos) indica la necesidad de revisar los criterios y protocolos de tamizaje de riesgo en el territorio.

Desde la perspectiva del curso de vida, el grupo dominante fue el de juventud, que representa alrededor del 60% de las gestantes mensualmente. Las mujeres adultas constituyeron aproximadamente el 25–27% del total acumulado, mientras que las adolescentes gestantes se mantuvieron en un rango de 104 a 125 mujeres durante el año, representando entre el 10% y el 11% mensual. Esta proporción sostenida de adolescentes gestantes es una alerta epidemiológica, ya que está relacionada con mayores riesgos maternos, neonatales y sociales. Además, denota la necesidad de reforzar las acciones en prevención del embarazo adolescente, educación sexual integral en contextos rurales y periurbanos, y acceso efectivo a servicios de salud amigables para jóvenes.

Otro aspecto relevante es que, a pesar de que el total de gestantes aumenta progresivamente, la variación mensual es mínima, lo que sugiere que la mayoría de mujeres son captadas en etapas similares del embarazo y permanecen en seguimiento durante toda la gestación.

### 8.1 Mortalidad Materna

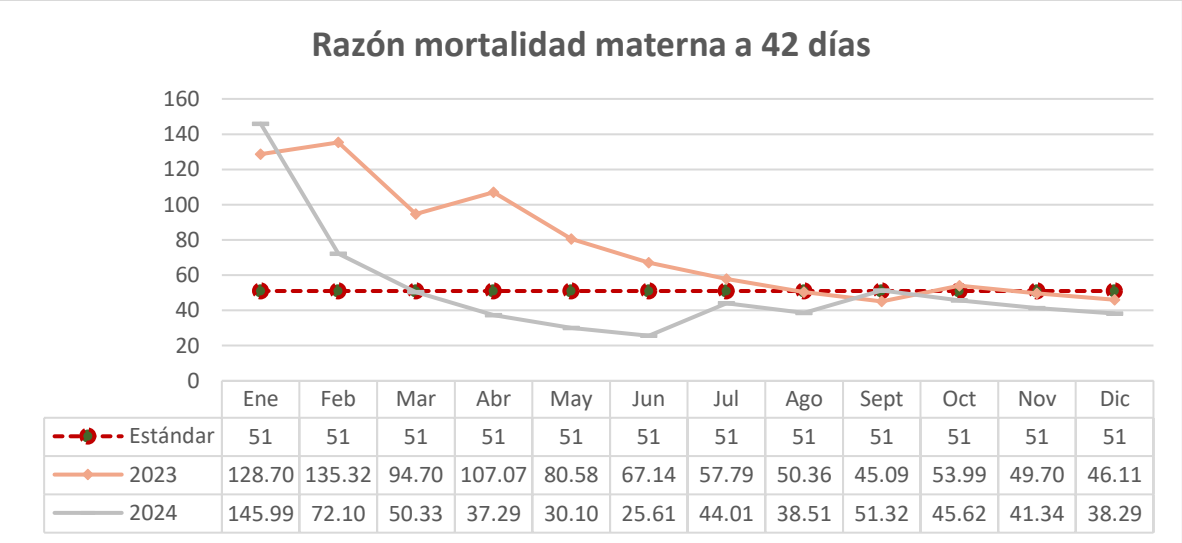
La mortalidad materna refleja la situación de salud y calidad de vida de la población porque advierte sobre las condiciones sociales, económicas, educativas, familiares y personales de las mujeres, a la vez que permite evaluar el acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud en cuanto a la atención integral de la mujer. En este resultado intervienen diversos factores determinantes relacionados con el contexto que influyen en la mujer durante su etapa reproductiva, entre los cuales se destaca la situación de desventaja económica, la educación, así como su estado de salud en cuanto a los comportamientos reproductivos, el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar.
La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por

cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

En este contexto, la mortalidad materna hace parte de la lista global de referencia de los indicadores básicos de salud de la OMS. La RMM se define como el número anual de defunciones de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo durante el embarazo y el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo (excluyendo las causas accidentales o incidentales), independientemente de la duración y el lugar del embarazo por cada 100.000 nacidos vivos, durante un período determinado

La mortalidad materna a nivel mundial es inaceptablemente alta, la mayoría de las muertes maternas son evitables y las soluciones para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto y así mismo la salud materna y neonatal está estrechamente relacionada

**Gráfica 14 Razón de Mortalidad Materna para el año 2024**




| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sept | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estándar | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| 2023 | 128.70 | 135.32 | 94.70 | 107.07 | 80.58 | 67.14 | 57.79 | 50.36 | 45.09 | 53.99 | 49.70 | 46.11 |
| 2024 | 145.99 | 72.10 | 50.33 | 37.29 | 30.10 | 25.61 | 44.01 | 38.51 | 51.32 | 45.62 | 41.34 | 38.29 |

Fuente: Matriz técnico-científica Capital Salud- SIVIGILA a diciembre 2024

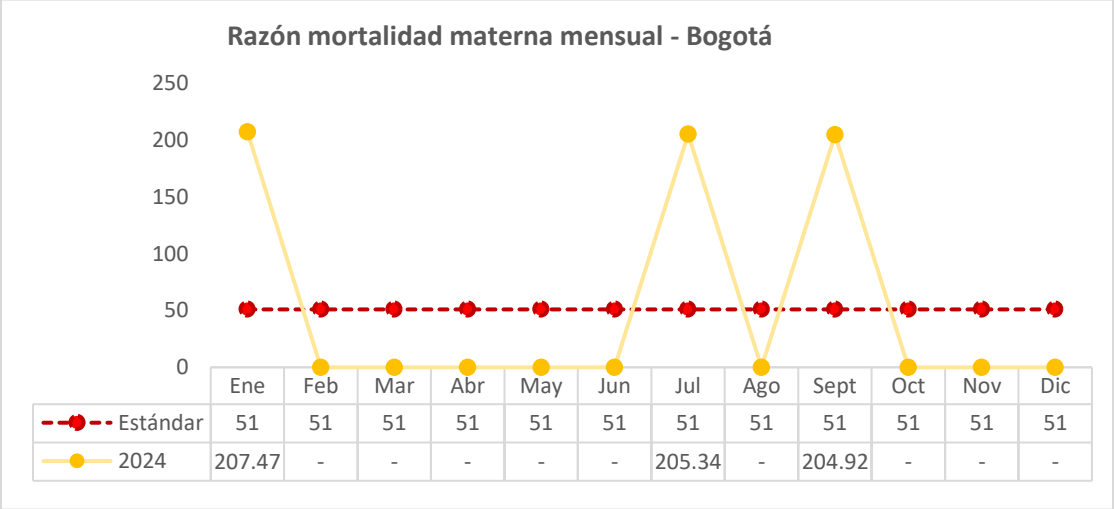
Para diciembre de 2024, Capital Salud EPSS no reporta casos de mortalidad materna temprana, resultando para el cierre de la vigencia del año 2024 en una razón de mortalidad materna acumulada de 38.29 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (n=3), con un total de 7.834 nacidos vivos a corte de este mes. Este dato representa un descenso significativo de 3.35 puntos en comparación con el mes noviembre. El estándar establecido para este indicador es menor de 51 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, lo que indica un cumplimiento en el indicador para Capital Salud EPSS.

El territorio Bogotá para el cierre de la vigencia del año 2024 con corte al 31 de diciembre,

presenta una razón de mortalidad materna acumulada de 53.66 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, lo que indica un incumplimiento del estándar establecido a nivel nacional, la razón de mortalidad materna del mes diciembre es 0 no presentándose casos para el mes relacionado.

Los casos reportados corresponden a Bogotá en los meses de enero, julio y septiembre de 2024, se describe en la siguiente tabla la razón de mortalidad materna mes en el territorio Bogotá.

**Gráfica 15 Razón de Mortalidad Materna para el año 2024**




| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sept | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estándar | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| 2024 | 207.47 | - | - | - | - | - | 205.34 | - | 204.92 | - | - | - |

Fuente: Matriz técnico-científica Capital Salud- SIVIGILA a diciembre 2024

En la sucursal de Bogotá se presentaron tres casos. En enero, falleció una mujer de 16 años, en unión libre, con escolaridad secundaria y ocupación de hogar, residente en la localidad de Engativá. El 26 de agosto, fue asignada al IPS Hospital Pablo VI de Bosa por SAT, y posteriormente, derivada al hospital de Engativá, donde asistió a cinco controles prenatales, con ingreso al primer control prenatal a las 17.7 semanas de la gestación.

La muerte ocurrió en el Hospital Simón Bolívar. Número de Certificado de Defunción: 24019920463261, Causa básica: Edema cerebral maligno debido a un accidente cerebrovascular masivo en paciente puérpera adolescente, El caso se clasifica como Mortalidad Temprana Indirecta - No Evitable, Intervenible. En los hallazgos identificados, se observan aspectos administrativos y económicos que limitan la accesibilidad y la oportunidad de atención. En particular, se detectaron fallas en la articulación entre la EAPB y las IPS, así como en el proceso de afiliación de la EPS (documentación incompleta).

En julio se reportó un caso de mortalidad materna de una mujer de 25 años, en unión libre, con escolaridad secundaria. La mujer se encontraba a las 36.3 semanas de gestación al momento del evento quien asistió a 8 controles prenatales. La conclusión, se realizó el 25 de noviembre de 2024. Según el resultado de la necropsia clínica, se determinó que el evento corresponde a una mortalidad indirecta no evitable. El número del certificado de

defunción es 24074040613785, y la causa básica de la muerte fue un tumor glial de alto grado (WHO grado 4) con morfología de glioblastoma.

Para septiembre se reporta un caso el cual fue analizado el día 29/10/2024 fecha de muerte 30/09/2024, paciente de 36 años, estado civil unión libre, escolaridad secundaria, ocupación hogar, semanas en las que ocurrió el evento 11.2 semanas de gestación, no asistió a controles prenatales, institución en la que ocurre la muerte Hospital Meissen II nivel con certificado de defunción 24104840688376, certificado de defunción donde se reporta: mortalidad temprana causa básica aborto séptico, se concluye de manera preliminar como muerte temprana, causa directa, evitable. Por parte de los participantes se decide en consenso esperar al reporte oficial de la necropsia para la conclusión del evento. Se identifican demoras.

**Factores que influyen en el incumplimiento del indicador:**

1. Determinantes propios de las usuarias:
    - Patologías preexistentes como tumor glial de alto grado who Grado 4
    - IVE insegura
    - Patologías Preexistentes no diagnosticadas.
2. El 66.67% (n=2) Con ingreso tardío al control prenatal y baja percepción del riesgo en salud, una corresponde a usuaria que no acude a control prenatal y la segunda a gestante adolescente con ingreso tardío al control prenatal y doble afiliación.

**Estrategias de mejora para los indicadores que no cumplen y para los que actualmente cumplen relacionar las acciones implementadas.**

Capital Salud EPS-S continúa implementando estrategias para la captación temprana de gestantes, con el objetivo de clasificar y gestionar riesgos de manera oportuna. Las acciones incluyen:

- **Vigilancia epidemiológica**: Descarga diaria en el aplicativo SIVIGILA web del evento 549 (morbilidad materna) para garantizar un seguimiento del 100% de los casos y gestionar las necesidades identificadas en coordinación con la subred y articulación de la estrategia ángeles guardianes con el distrito.
- **Control prenatal**: Garantizar que todas las gestantes inicien su control prenatal antes de la semana 10 de gestación, Seguimiento de gestantes para asegurar el cumplimiento de exámenes de laboratorio, ecografías y otras actividades necesarias para identificar riesgos, con el apoyo de líderes de ruta en las sucursales que facilitan la atención de casos con barreras.
- **Mejorar la cobertura de métodos anticonceptivos:** Ampliar el acceso a métodos anticonceptivos, especialmente para mujeres en edad fértil con condiciones crónicas
- **Comunicación efectiva**: Creación de un grupo en WhatsApp para el reporte oportuno de casos, mejorando la gestión según sea necesario.
- **Articulación y envío de pruebas de embarazo**: Estrategias quincenales para enviar la base de pruebas de embarazo, tanto positivas como negativas de forma

semanal, que fomenten la consulta preconcepcional y prioricen el agendamiento del primer control prenatal.

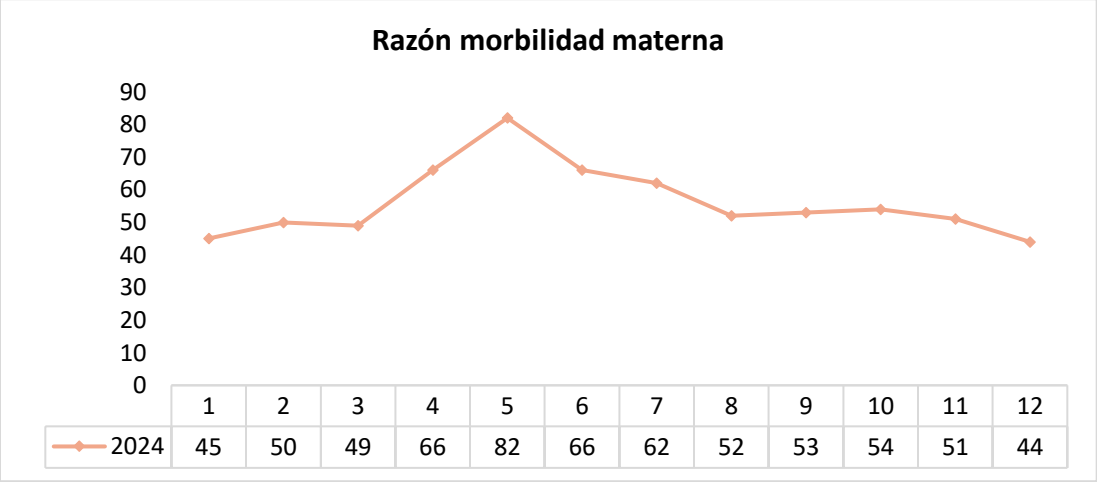
- **Activación de ruta materno perinatal**: Gestión de casos especiales y nuevas gestantes afiliadas, asegurando un seguimiento completo de cada caso.
- **Promoción de controles prenatales**: Envío de mensajes de texto y piezas comunicativas en redes sociales que fomentan la asistencia a controles prenatales y el tratamiento adecuado de penicilina benzatínica.
- **Ingreso a control desde el primer contacto**: Activación inmediata de la ruta materno perinatal con notificación a los actores correspondientes en la IPS y EAPB, buscando el 100% de los casos.
- **Participación en comités**: Asistencia al 100% de los comités de materno perinatal en el Distrito Capital para identificar estrategias de intervención en salud pública.
- **Plan de choque institucional**: Elaboración de un plan de acción para abordar la mortalidad materna en 2024.

### 8.2 Morbilidad Materna

La morbilidad materna es un evento centinela en salud pública que comprende cualquier condición patológica que afecte la salud de la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio (hasta 42 días después del parto), y que puede tener repercusiones tanto a corto como a largo plazo para la madre y el recién nacido. La Morbilidad Materna Moderada: Corresponde a condiciones que requieren atención médica, pero que no representan un riesgo vital inmediato para la mujer.

Morbilidad Materna Extrema (MME) Hace referencia a aquellas situaciones en las que la mujer sobrevive a una complicación potencialmente letal, ya sea por la atención médica recibida o por haber accedido oportunamente a servicios de salud.

**Gráfica 16 Razón de Morbilidad Materna para el año 2024**




| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 45 | 50 | 49 | 66 | 82 | 66 | 62 | 52 | 53 | 54 | 51 | 44 |

Fuente: SIVIGILA a diciembre 2024

Durante el año 2024, Capital Salud reportó un total de 674 casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) en la sucursal Bogotá, lo que equivale a una razón de 120 casos por cada 1.000 nacidos vivos (n=5.591). Este indicador es marcadamente superior a los estándares deseables y refleja una alta carga de complicaciones obstétricas graves en la población afiliada, donde 120 mujeres por cada 1.000 partos presentaron condiciones clínicas que pusieron en riesgo inminente su vida y que, de no haber recibido intervención oportuna, habrían podido resultar en muerte materna.

Este hallazgo es epidemiológicamente preocupante, ya que la MME es un indicador centinela de fallas en la calidad y oportunidad de la atención materna. Una razón tan elevada evidencia brechas estructurales y operativas en la atención del embarazo, parto y puerperio, incluyendo demoras en la búsqueda de atención, en el acceso a servicios resolutivos, o en la respuesta institucional ante emergencias obstétricas. Además, esta razón sugiere una subutilización de los servicios preventivos, especialmente el control prenatal temprano y adecuado, el cual es clave para la identificación de riesgos y la reducción de complicaciones graves.

Desde el enfoque de curso de vida, estos eventos están profundamente ligados a determinantes sociales de la salud, tales como condiciones socioeconómicas, barreras geográficas, baja adherencia al sistema de salud y desarticulación entre los niveles de atención. Por tanto, la alta razón de MME en Bogotá requiere una respuesta integral y multisectorial, que vaya más allá del componente clínico, e integre vigilancia epidemiológica activa, fortalecimiento de la red de servicios, articulación interinstitucional y educación comunitaria.
Asimismo, este comportamiento refuerza la necesidad de una auditoría clínica rigurosa de los casos de MME, con análisis de causas evitables y aplicación inmediata de medidas correctivas en los servicios obstétricos de primer, segundo y tercer nivel. La MME es, en esencia, un espejo que muestra dónde el sistema de salud estuvo a punto de fallar. La prioridad debe estar en transformar estos hallazgos en acciones concretas para garantizar el derecho a una maternidad segura, digna y sin riesgo de muerte evitable.

En 2024, se registraron 674 casos de morbilidad materna extrema en Capital Salud EPS-S, sucursal Bogotá. La distribución por edad muestra una concentración del 49,9% de los casos en mujeres de 20 a 29 años, coincidiendo con el pico de la edad reproductiva. Además, el 18,3% de los casos corresponde a adolescentes menores de 20 años, incluyendo 6 niñas de 10 a 14 años, lo que evidencia un patrón de embarazo temprano asociado a mayor riesgo obstétrico.

Las mujeres de 30 años o más representaron el 32% de los casos, siendo relevante por la posible presencia de comorbilidades crónicas. Esta distribución etaria refleja una triple vulnerabilidad: adolescentes con embarazos de alto riesgo biológico y social, mujeres jóvenes sin acceso adecuado a servicios preventivos y mujeres mayores con riesgo médico acumulado. Esta pirámide de morbilidad evidencia la urgencia de intervenciones

diferenciadas por grupo etario para reducir complicaciones graves y evitar muertes maternas.

Se identificó que el 13% de las mujeres (87 casos) cumplieron tres o más criterios de severidad, lo cual indica un alto nivel de compromiso clínico y riesgo vital. Esta situación sugiere la existencia de brechas en la captación oportuna del embarazo, en el control prenatal y en la atención de emergencias obstétricas. La elevada carga de MME, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes, refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y respuesta efectiva en todos los niveles de atención.

**Tabla 35 Primera Causas De Notificación Del Evento MME**

| CAUSAS DE NOTIFICACION | N- CASOS | % |
|---|---|---|
| Falla cardiaca | 401 | 59 |
| Falla renal | 23 | 3 |
| Falla Hepática | 48 | 7 |
| Falla cerebral | 63 | 9 |
| Falla respiratoria | 4 | 1 |
| Falla de coagulacion | 76 | 11 |
| Eclampsia | 16 | 2 |
| Preeclamsia | 436 | 65 |
| Choque septico | 63 | 9 |
| Hemorragia | 154 | 23 |

Fuente: SIVIGILA a diciembre 2024

Al identificar la causa de MME se identifican en primer lugar Preeclampsia (65%) y eclampsia (2%) representan más de dos tercios de los casos. Esto indica que los trastornos hipertensivos del embarazo son la principal causa de morbilidad materna extrema en esta población afiliada a capital salud seguido de Falla cardíaca (59%), coagulopatías (11%), fallas cerebrales (9%), hepáticas, renales y respiratorias reflejan un patrón de shock sistémico y deterioro multiorgánico, Hemorragias (23%) y sepsis (9%) A pesar de no ser la causa más común, la hemorragia sigue siendo crítica por su potencial letal inmediato, El choque séptico (9%) habla de infecciones mal manejadas o diagnosticadas tardíamente.

| SUBREDES | TOTAL |
|---|---|
| CENTRO ORIENTE | 145 |
| NORTE | 103 |
| PORTABILIDAD | 4 |
| SUR | 154 |
| SUR OCCIDENTE | 268 |
| **TOTAL** | 674 |

Fuente: SIVIGILA a diciembre 2024

Al analizar los casos reportados por subredes con IPS primaria, se observa que la Subred Sur Occidente concentra el mayor número de casos, representando el 39,8%, seguida por

las Subredes Sur (22,8%) y Centro Oriente (21,5%). La Subred Norte aporta el 15,3% de los casos, mientras que los reportes por portabilidad (0,6%). Atribuido al alto volumen de afiliados que tiene la subred sur occidente por ende es necesario, Por tanto, es fundamental fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la calidad del control prenatal la captación temprana y fortalecer la planificación familiar.

En cuanto al método de planificación familiar, se identificó que el 73% de las mujeres egresaron con un método de larga duración, mientras que el 8% optó por un método de corta duración. El 19% restante no reportó método anticonceptivo, manifestó no desear planificar o expresó intención de quedar en embarazo.

### 8.3 Sífilis Gestacional

La sífilis gestacional es una infección de transmisión sexual que afecta a mujeres embarazadas y puede generar graves complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, incluyendo aborto espontáneo, parto prematuro, muerte perinatal y sífilis congénita. Por ello, la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado durante el embarazo son fundamentales para prevenir estas consecuencias.

Para el año 2024, se notificaron un total de 184 casos de sífilis gestacional en Capital Salud EPS-S. De estos, se identificó que 168 mujeres (91%) fueron adherentes al tratamiento, recibiendo las tres dosis completas de penicilina benzatínica según el esquema recomendado. Entre las causas de no adherencia se reportaron: Habitantes de calle (2%), Falta de contacto o reporte de dosis en la historia clínica (7%), Respecto a las parejas sexuales, se encontró que 103 casos (56%) mostraron adherencia al tratamiento con penicilina benzatínica. Entre las causas de no adherencia en parejas se identificaron, Falta de contacto con la pareja (35%), Habitantes de calle (2%), Parejas que residen fuera del país (5%), Parejas que no desean recibir tratamiento (2%).

En el año 2024, la distribución por rangos de edad de los casos de sífilis gestacional muestra una clara concentración en mujeres entre los 20 y 29 años, que representaron el 68% de los casos, seguidas por mujeres mayores de 30 años (23%) y adolescentes (9%). Este patrón confirma que la infección afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva activa, aunque también impacta a grupos más vulnerables como adolescentes y mujeres mayores con condiciones de riesgo adicionales.

Respecto al componente migratorio, se reportaron 76 casos en mujeres migrantes, lo que representa el 41% del total, con 28 casos (15%) en mujeres con menos de tres meses de afiliación al sistema de salud. Este comportamiento se alinea con el crecimiento sostenido de la población migrante en zonas urbanas densamente pobladas, donde Capital Salud ha absorbido una mayor proporción de afiliaciones en comparación con años anteriores. A pesar de que el flujo migratorio desde Venezuela se intensificó desde 2020, actualmente muchas de estas mujeres han logrado algún grado de regularización e inclusión en el sistema de aseguramiento.

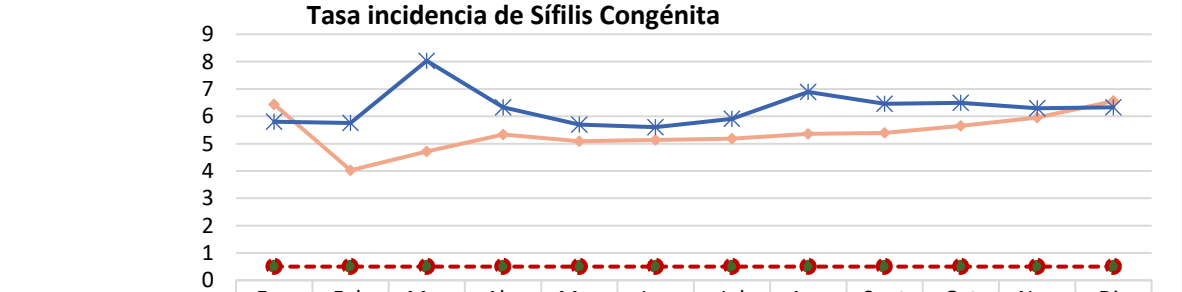
En contraste, las mujeres de nacionalidad colombiana aportaron 108 casos (59% del total), de las cuales 12 (7%) también tenían una afiliación reciente (menos de tres meses). En conjunto, el 22% de todas las gestantes notificadas con sífilis gestacional presentaban afiliación inferior a tres meses, lo cual refleja posibles barreras de acceso temprano al control prenatal. Esta situación implica un riesgo significativo de diagnóstico tardío, tratamiento insuficiente y, por ende, mayor probabilidad de transmisión vertical de la infección, lo que exige reforzar estrategias de captación oportuna y aseguramiento efectivo para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Dentro del análisis de la población notificada, se identifica que la Subred Sur Occidente presenta el mayor número de notificaciones, con un 42% (n=77) de los casos. Las localidades con mayor número de reportes en esta subred son Bosa y Kennedy, Le sigue la Subred Sur, con un 22% (n=41) de las notificaciones. Las principales localidades con mayor número de casos en esta subred son Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme, En tercer lugar, la Subred Centro Oriente aporta un 18% (n=34) del total de casos notificados, mientras que la Subred Norte representa el 17% (n=31), con Engativá y Suba como las localidades con mayor número de casos notificados.

### 8.4 Sífilis Congénita

La sífilis congénita es prevenible mediante la detección y tratamiento oportuno de la madre durante el embarazo. El tratamiento estándar es la administración de penicilina benzatínica, que es eficaz y segura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan realizar pruebas de sífilis a todas las mujeres embarazadas durante el primer control prenatal y en cada uno de los trimestres para tratar inmediatamente a las que resulten positivas, así como a sus parejas sexuales evitando la sífilis congénita y garantizando por lo menos una dosis de penicilina benzatinica 30 días previo al parto  A nivel nacional se notificaron 50 casos siendo 42 casos para Bogotá y 8 para Meta.

**Gráfica 17 Tasa de incidencia Sifilis Congenita Capital Salud 2024**




| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sept | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estándar | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |
| 2023 | 6.44 | 4.03 | 4.71 | 5.33 | 5.09 | 5.13 | 5.18 | 5.36 | 5.40 | 5.66 | 5.95 | 6.56 |
| 2024 | 5.81 | 5.75 | 8.03 | 6.33 | 5.69 | 5.60 | 5.91 | 6.89 | 6.46 | 6.49 | 6.29 | 6.33 |

Fuente: Sivigila semana Epidemiologica 52 años 2024

**Distribución Por Nacionalidad y Afiliación al Sistema de Salud**

De los 42 casos notificados, 26 corresponden a gestantes de nacionalidad extranjera migrante, lo que equivale al 62% de las notificaciones. De estas, el 52% presentó afiliación inferior a 3 meses o no asegurada, mientras que el 10% tenía afiliación superior a 6 meses.

16 casos fueron de gestantes de nacionalidad colombiana, representando el 38% de las notificaciones. De estas, el 38% contaba con afiliación superior a 6 meses, y el 10% tenía afiliación inferior a 6 meses.

| SUBREDES | CANTIDAD | % |
|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | 9 | 21 |
| NORTE | 5 | 12 |
| SUR | 6 | 14 |
| SUR OCCIDENTE | 22 | 52 |
| TOTAL | 42 | 100 |

Fuente : Indicadores fenix 2024

En cuanto a la distribución por subredes, se identifica que la mayor concentración se presenta en la subred Sur Occidente, con un 52%, seguida por Centro Oriente con un 21%, Sur con un 14% y, por último, la subred Norte con un 12%.

**Criterios de Ingreso al Evento de Sífilis Congénita – Sucursal Bogotá, 2024**

En el año 2024, la Sucursal Bogotá notificó un total de 42 casos de sífilis congénita. De estos, el 83% (n=35) fueron clasificados como casos por nexo epidemiológico. En muchos de estos casos, las gestantes iniciaron el control prenatal de forma tardía, a partir de la semana 36 de gestación, o presentaron una prueba serológica positiva en el tercer trimestre, tras resultados negativos en muestras previas. Esta situación impide garantizar la administración de la penicilina benzatínica 2.400.000 UI intramuscular, que debe aplicarse al menos 30 días antes del parto para prevenir la transmisión al neonato.

Por otro lado, 7 casos (17%) fueron clasificados como reinfecciones, a pesar de que las gestantes habían recibido tratamiento adecuado con penicilina benzatínica. La reinfección se define como la aparición de lesiones compatibles con sífilis o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de al menos cuatro veces o dos diluciones con respecto a la prueba inicial . En estos casos, se requiere repetir el tratamiento con penicilina benzatínica, administrando una dosis cada semana hasta completar tres dosis. De los 42 casos notificados de sífilis congénita en la Sucursal Bogotá durante el año 2024, el 93% (n=39) de las gestantes egresaron con algún método de planificación familiar. Sin embargo, en 3 casos no se reportó el método de planificación utilizado, a pesar de haberse realizado seguimiento y verificación de la historia clínica.

Entre los métodos reportados, 4 gestantes (10%) egresaron con un método de planificación de corta duración, específicamente con inyección anticonceptiva trimestral. Este método es de acción prolongada y se administra cada tres meses, siendo una opción eficaz para la prevención de embarazos no deseados en el período postparto, casos los cuales se

direccionana a la IPS primaria para realzair seguimiento y garantiza metodo de planificacion de larga duracion.

### 8.5 Mortalidad Perinatal

a mortalidad perinatal comprende el fallecimiento de un feto a partir de la semana 22 de gestación (muerte fetal tardía) hasta los primeros siete días de vida del recién nacido (muerte neonatal precoz). Este indicador es de gran relevancia para evaluar la calidad de la atención en salud materna y neonatal, así como las condiciones socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud de la población.

Para el territorio de la sucursal bogota; año 2024 se notifican un total de 109 casos de mortalidad perinatal con una tasa de 19.50 por 1.000 nacidos vivo; superando el estandar nacional de 13,16 por cada 1000 nacidos vivos. Durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se notificaron un total de 109 casos de mortalidad perinatal en Bogotá. La distribución mensual de los casos mostró un pico en los meses de abril (12 casos) y septiembre (14 casos), mientras que la menor ocurrencia se presentó en el mes de julio (6 casos).

Al analizar la afiliación al sistema de salud y la nacionalidad de las gestantes, se identificó que 28 casos (25,7%) correspondieron a mujeres extranjeras, de las cuales: 7 casos (8%) no contaban con afiliación al sistema o llevaban menos de tres meses afiliadas, 21 casos (23%) presentaban una afiliación superior a tres meses, Por su parte, 81 casos (74,3%) correspondieron a mujeres de nacionalidad colombiana, entre las cuales: 14 casos (13%) no tenían afiliación o llevaban menos de tres meses afiliadas, 67 casos (61%) contaban con afiliación al sistema de salud mayor a tres meses, lo cual facilita el acceso y adherencia a los controles prenatales.

**Distribución de la Mortalidad Perinatal según Grupo Etario de la Gestante**

Al analizar la distribución de los casos de mortalidad perinatal según el grupo etario de las gestantes, se evidencia que la mayor proporción de casos se concentró en mujeres jóvenes: El grupo de 20 a 24 años registró el mayor número de casos, con 33 eventos, lo que representa una parte significativa del total, Le sigue el grupo de 25 a 29 años, con 26 casos, y el grupo de 15 a 19 años, con 21 casos, Los grupos etarios de mayor edad presentaron una menor proporción: 30 a 34 años (15 casos), 35 a 39 años (11 casos) y 40 a 44 años (3 casos).

| Grupos de peso | Anteparto (Fetales = o >22 Semanas | Intraparto | Neonatal Temprana | | Neonatal Tardía |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Muertes ocurridas en menos de 24 horas después del nacimiento (Día 0) | Muertes entre el día 1 y 6 después del nacimiento | |
| 500-999 gr | 25 | 5 | 8 | 7 | 9 |
| 1000-1499 gr | 9 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| 1500-2499 gr | 5 | 1 | 1 | 4 | 5 |
| 2500-3999 gr | 4 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| 4000 o mas gr | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL | 44 | 8 | 15 | 15 | 27 |

| Grupos de peso | Anteparto (Fetales = o >22 Semanas | Intraparto | Neonatal Temprana: Muertes ocurridas en menos de 24 horas después del nacimiento (Día 0) | Neonatal Temprana: Muertes entre el día 1 y 6 después del nacimiento | Neonatal Tardía |
|---|---|---|---|---|---|
| 500-999 gr | 74 | | | | |
| 1000-1499 gr | | | | | |
| 1500-2499 gr | 10 | 2 | 9 | | 14 |
| 2500-3999 gr | | | | | |
| 4000 o mas gr | | | | | |
| TOTAL | 44 | 8 | 15 | 15 | 27 |

| | Clasificacion | *Numero de Casos* | *Porcentajes (%)* |
|---|---|---|---|
| | Salud Materna | 74 | 67.89 |
| | Cuidados Prenatales | 10 | 9.17 |
| | Atención del Parto | 2 | 1.83 |
| | Atención del Recién Nacido | 9 | 8.26 |
| | Atención del Neonato AIEPI | 14 | 12.84 |
| | Total | 109 | 100 |

## Clasificación de los Casos de Mortalidad Perinatal según el Momento de Atención

Durante el periodo analizado, los 109 casos de mortalidad perinatal fueron clasificados de acuerdo con el momento de atención en que se identificaron posibles fallas o determinantes. La distribución fue la siguiente: Salud Materna concentró la mayor proporción de casos, con 74 eventos (67,89%), lo que evidencia la importancia de intervenir de manera oportuna los factores de riesgo asociados a la salud general de la gestante antes y durante el embarazo, Atención del Neonato bajo la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) representó el 12,84% de los casos (14 eventos), reflejando la necesidad de reforzar la atención integral en los primeros días de vida, Los cuidados prenatales aportaron 10 casos (9,17%), lo que indica brechas en el seguimiento o calidad del control prenatal, La atención del recién nacido estuvo asociada a 9 casos (8,26%), mientras que la atención del parto representó el menor porcentaje, con 2 casos (1,83%).

**Problemas derivados de la salud materna:** La mayoría de los bebes con un peso al nacer menor a 1500 gramos tienen predeterminado retardo de crecimiento uterino. Tanto el carácter prematuro como el retardo del crecimiento uterino están relacionados con el estado de salud de la madre (nutrición, infecciones, alta paridad, o embarazo a temprana edad). Las celdas que registran recién nacidos cuyo peso es menor de 1500 gramos y son recién nacidos que nacen muertos. Por consiguiente, las intervenciones que deben ser aplicadas para el mejoramiento de los resultados están dirigidas primariamente a la madre e incluyen: Fortalecimiento de las acciones en salud para la planificación familiar, Asesoría, remisión y tratamiento para condiciones médicas preexistentes Ej. hipertensión, diabetes, malaria. o Mejoramiento del estado nutrición, de micronutrientes, y de la conservación de la energía materna. o Prevención, identificación y tratamiento de infecciones especialmente

las causadas por transmisión sexual en el primer y segundo trimestre o Evitar el abuso del cigarrillo, alcohol y otras drogas.

**Problemas derivados de los cuidados prenatales.**

Las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan carencia de la frecuencia o calidad en el cuidado durante el embarazo de enfermedades como la sífilis gestacional o la diabetes. La diferencia entre los recién nacidos muertos que están en estado de maceración y los que han muerto recientemente indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados (los que mueren recientemente). Las intervenciones incluyen:

- Cuidado prenatal adecuado incluyendo seguimiento a complicaciones del embarazo tales como hemorragia antes del parto, diabetes gestacional, desordenes de hipertensión en el embarazo.
- Recomendar mejoramiento de la alimentación durante el embarazo incluyendo micronutrientes. o Diagnóstico y tratamiento de la anemia durante el embarazo,
- Planeación del parto en especial para aquellas madres que son VIH positivos.
- Vacuna contra la rubéola para reducir la mortinatalidad y evitar el síndrome de rubéola congénita. o Inmunización contra el tétanos
- El diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor para reducir los riesgos de parto prematuro y la mortalidad perinatal provocada directamente por la sífilis.
- Proporcionar información y servicios a las mujeres que desean utilizar métodos de planificación familiar, con esta intervención se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan la supervivencia del siguiente hijo.

**Problemas derivados de los cuidados durante la atención del parto.**

Con un peso igual o mayor a 1500 gramos, reflejan el cuidado de la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Estas muertes indican una baja calidad del cuidado y asistencia del sistema durante la atención del parto. Las intervenciones en esta situación incluyen:

- Una buena cobertura de servicios de atención del parto por personal calificado
- Calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar la sepsis, la eclampsia, la hemorragia y el trabajo de parto obstruido)
- Calidad adecuada de los servicios de atención para los recién nacidos
- Funcionamiento de sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso para atención de la madre y del recién nacido

**Problemas derivados de los primeros cuidados al recién nacido**

Un número excesivo de muertes tempranas entre recién nacidos que pesan 1500 gramos o más, refleja la capacidad institucional del sistema de atención al recién nacido. Las

muertes registradas son resultado de la incapacidad para resucitar al recién nacido, mantener su control térmico, o tratar infecciones. Las muertes registradas en estas celdas usualmente ocurren en instituciones de salud desde una hora después del alumbramiento, hasta los 2 o 3 días de vida. Las intervenciones incluyen:

- Monitoreo adecuado del recién nacido para evitar complicaciones
- Una calidad adecuada de resucitación del recién nacido, si es necesaria.
- Servicios médicos para tratar infecciones, asfixia, ictericia, y condiciones metabólicas que afecten al recién nacido.
- El funcionamiento de sistemas de comunicación y transporte para reducir las demoras en el acceso a la atención

**Problemas derivados de los cuidados en el post alta del recién nacido o atención de los cuidados del neonato caso domiciliario (AIEPI).**

Un número excesivo de muertes entre recién nacidos que pesen 1500 gramos o más refleja la atención de recién nacidos saludables después que dejan la institución de salud. Las muertes en un periodo de 4 a 7 días de vida, debe alertar sobre la posibilidad de tétanos neonatal u otro tipo de infección neonatal, la cual puede estar relacionada con las prácticas de atención. Los cuidados que recibe el recién nacido en la familia son muy importantes para su salud. Si la madre está bien preparada para atenderlo (preparación que se puede mejorar durante las consultas de atención prenatal) y si puede amamantarlo y mantenerlo caliente, el niño estará básicamente bien. En las sociedades en que las mujeres tienen amplias redes sociales, movilidad y autonomía para controlar los recursos, así como acceso a una buena atención sanitaria e información, las madres están en mejor situación para atender a sus hijos recién nacidos.

## 9. Enfermedades de Alto Costo y Rutas de Riesgo Capital Salud diciembre 2024

### 9.1 Cohorte Cancer

Capital Salud EPS-S a diciembre de 2024 tiene un total de 16253 afiliados diagnosticados con Cáncer en estado activo. El 81% (n=13164) pertenecen a la sucursal Bogotá, el 19% (n=3074) pertenecen a sucursal Meta, el 0.05% (n=8) pertenecen a sucursal Soacha, el 0.04% (n=7) están en portabilidad, el 96% pertenecen al régimen subsidiado y el 4% de la población están en el régimen contributivo.

**Tabla 36 Distribución de Población por sucursal y régimen**

| Sucursal/Municipio | Régimen contributivo | Régimen Subsidiado | TOTAL |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | 507 | 12657 | 13164 |
| META | 140 | 2934 | 3074 |
| ACACIAS | 13 | 338 | 351 |
| BARRANCA DE UPIA | 2 | 34 | 36 |
| CABUYARO | 2 | 30 | 32 |
| CASTILLA LA NUEVA | 9 | 56 | 65 |
| CUMARAL | 0 | 4 | 4 |
| EL CALVARIO | 0 | 1 | 1 |
| EL CASTILLO | 1 | 70 | 71 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EL DORADO | 1 | 27 | 28 |
| FUENTE DE ORO | 0 | 1 | 1 |
| GRANADA | 15 | 404 | 419 |
| GUAMAL | 5 | 51 | 56 |
| LA MACARENA | 1 | 46 | 47 |
| LA URIBE | 2 | 35 | 37 |
| LEJANIAS | 1 | 82 | 83 |
| MAPIRIPAN | 2 | 23 | 25 |
| MESETAS | 0 | 1 | 1 |
| PUERTO GAITAN | 0 | 8 | 8 |
| PUERTO LLERAS | 3 | 57 | 60 |
| PUERTO LOPEZ | 5 | 141 | 146 |
| PUERTO RICO | 5 | 90 | 95 |
| RESTREPO | 6 | 65 | 71 |
| SAN CARLOS GUAROA | 8 | 59 | 67 |
| SAN JUAN DE ARMA | 5 | 64 | 69 |
| SAN JUANITO | 1 | 10 | 11 |
| SAN MARTIN | 7 | 121 | 128 |
| VILLAVICENCIO | 43 | 1026 | 1069 |
| VISTA HERMOSA | 3 | 90 | 93 |
| SOACHA | 2 | 6 | 8 |
| PORTABILIDAD | 0 | 7 | 7 |
| ACACIAS | 0 | 1 | 1 |
| BOGOTA | 0 | 5 | 5 |
| PACHO | 0 | 1 | 1 |
| TOTAL GENERAL | 649 | 15604 | 16253 |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

## Características demográficas

La distribución de la población con diagnostico oncológico y por curso de vida muestra que los cursos con mayor afectación son los de adultez (n=5349) y vejez (n=10019), que corresponden al 94.6% del total de usuarios con diagnóstico oncológico. Para las poblaciones de primera infancia e infancia, el número de usuario con diagnóstico de cáncer con 42 y 171 respectivamente, lo que equivalen al 1.3% de la población oncológica.

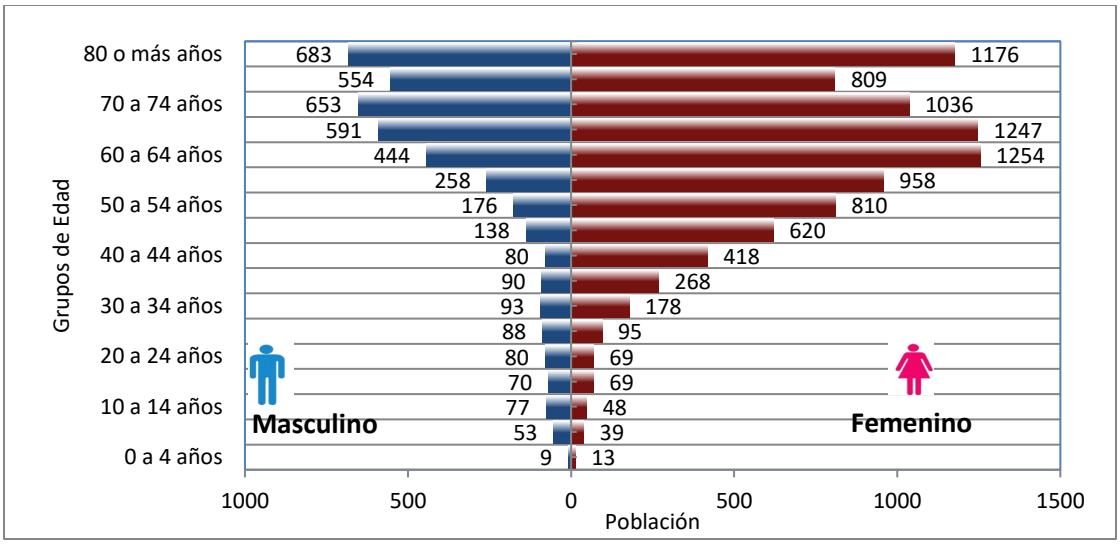
**Tabla 37 Distribución de Población oncológica por curso de vida.**

| CURSO DE VIDA | BOGOTA | META | SOACHA | PORTABILIDAD | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| VEJEZ | 8338 | 1674 | 4 | 3 | 10019 |
| ADULTEZ | 4153 | 1189 | 3 | 4 | 5349 |
| JUVENTUD | 338 | 127 | 1 | 0 | 466 |
| ADOLESCENCIA | 164 | 42 | 0 | 0 | 206 |
| INFANCIA | 137 | 34 | 0 | 0 | 171 |
| PRIMERA INFANCIA | 34 | 8 | 0 | 0 | 42 |
| TOTAL GENERAL | 13164 | 3074 | 8 | 7 | 16253 |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

La Pirámide de población de la cohorte Cáncer muestra una pirámide desequilibrada, existe una desproporción respecto a la composición según sexo y en las edades, la población femenina participa con el 70% (n=11303), la población masculina participa con el 30% (n=4950) con mayor concentración a partir de los 45 años. El grupo quinquenal que más participa para sexo femenino es de 60 a 64 años (n=1504) y en población masculina de 80 años y más (n=835).

**Gráfica 18 Pirámide población oncológica Capital Salud 2024.**




**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

La población de usuarios activos con diagnóstico de cáncer 16253 con una participación de 1.46%. En cuanto al grupo poblacional más relevante, es población con Sisbén con un 82.8%, (n=13450) seguido de la población víctimas del conflicto armado con un 11.1% (n=1803) siendo estos los 2 grupos más representativos. En cuanto a la población comunidad indígena tenemos el 0.4% (n=64), Habitante de calle 0.4% (n=57) y población migrante venezolano tenemos un 0.3% (n=52).

**Tabla 38 Grupo Poblacional Capital Salud EPSS Cohorte Cáncer diciembre 2024**

| Grupo poblacional | Femenino | Masculino | # usuarios | Participación |
|---|---|---|---|---|
| 23.POBLACIÓN CON SISBEN | 9348 | 4102 | 13450 | 82.8% |
| 22.VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO | 1346 | 457 | 1803 | 11.1% |
| POBLACION NO POBRE NO VULNERABLE | 283 | 136 | 419 | 2.6% |
| 24.POBLACIÓN SIN SISBEN | 188 | 111 | 299 | 1.8% |
| 3.COMUNIDADES INDÍGENAS | 38 | 26 | 64 | 0.4% |
| 5.HABITANTE DE LA CALLE | 16 | 41 | 57 | 0.4% |
| 9.MIGRANTE VENEZOLANO CON PERMISO ESPECIAL | 31 | 21 | 52 | 0.3% |
| 2.ADULTO MAYOR EN CENTROS DE PROTECCIÓN | 11 | 20 | 31 | 0.2% |
| 10.MIGRANTES COLOMBIANOS REPATRIADOS, QUE HAN RETOMADO VOLUNTARIAMENTE AL PAÍS O HAN SIDO DEPORTADOS O EXPULSADOS DE TERRITORIO EXTRANJERO | 15 | 7 | 22 | 0.1% |
| 11.PERSONAS EN PRISIÓN DOMICILIARIA A CARGO DEL INPEC | 10 | 9 | 19 | 0.1% |
| 13.POBLACIÓN DESMOVILIZADA Y/O MIEMBROS DEL GRUPO ARMADO ILEGAL QUE CELEBREN ACUERDOS DE PAZ CON EL GOBIERNO NACIONAL) | 9 | 4 | 13 | 0.1% |
| 7.MENORES DESVINCULADOS DEL CONFLICTO ARMADO BAJO LA PROTECCIÓN DEL ICBF | 2 | 7 | 9 | 0.1% |
| 12.PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ESCASOS RECURSOS | 4 | 3 | 7 | 0.0% |
| RECIEN NACIDO Y MENOR DE PADRES NO AFILIADOS | 2 | 3 | 5 | 0.0% |
| 18.POBLACIÓN RECLUSA A CARGO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | 0 | 2 | 2 | 0.0% |
| 1.ADOLESCENTES Y JÓVENES A CARGO DEL ICBF EN EL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES | 0 | 1 | 1 | 0.0% |
| **Total general** | **11303** | **4950** | **16253** | **100%** |

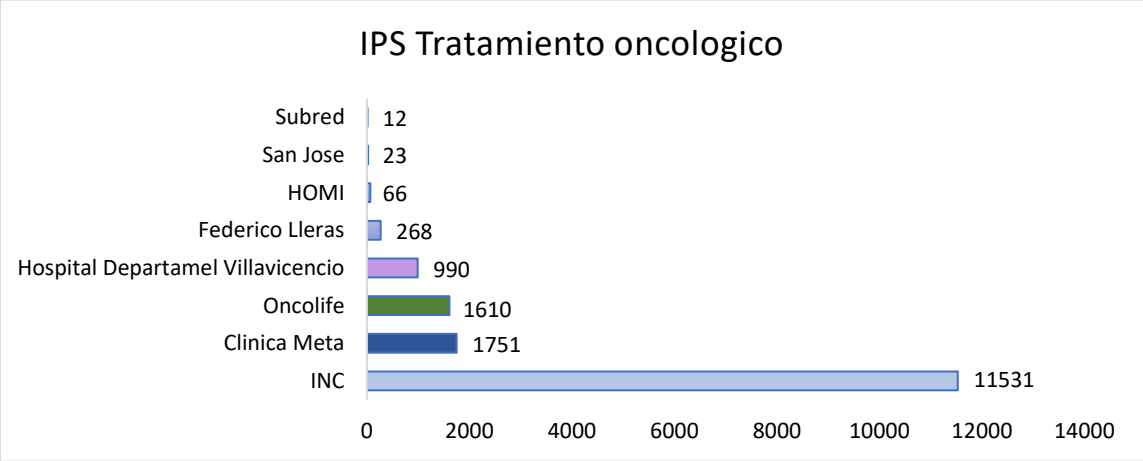
**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

**Accesibilidad a los servicios de salud**

En cuanto a la IPS de tratamiento la ruta inicia con presentación de usuarios desde el área de acceso. Los usuarios son asignados a la IPS Oncológica de acuerdo con directriz de dirección médica; Instituto Nacional de Cancerología (INC) Sucursal Bogotá régimen subsidiado, Oncolife sucursal Bogotá régimen contributivo, Régimen contributivo y subsidiado sucursal Meta y Soacha. La población pediátrica está siendo atendida en la IPS INC y Hospital de la Misericordia HOMI (los eventos de cáncer infantil ingresan a IPS oncológica desde la sospecha diagnostica).

La mayor concentración de afiliados se encuentra en la sucursal Bogotá, (n=13164) distribuidos en cuatro IPS especializadas, siendo INC la IPS con mayor proporción de usuarios asignados con un 70.95% (n=11531), Oncolife con un 9.91% (n=1610), Hospital San José con un 0.14% (n=23), HOMI con un 0.41% (n=66), subredes (atención cáncer de piel y/o cérvix) con un 0.07% (n=12). En cuanto a la sucursal Meta se realiza direccionamiento a Hospital Departamental de Villavicencio (HDV) con un 6.09% (n=990), Clínica Emperatriz con un 0.01% (n=2), en la cohorte hay registro de 1751 usuarios con registro de IPS tratante en clínica Meta, actualmente está contratado por evento el servicio de oncología de primera vez y oncología control. (información en validación desde la cohorte la cual se ha ido ajustando mes a mes).

**Gráfica 19 Distribución de afiliados en las IPS para tratamiento oncológico corte a diciembre 2024**




**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

**Situación de Salud de la Cohorte**

En cuanto a la participación de cáncer por agrupador en primer lugar participa cáncer de piel con un 19.73%, (n=3207) seguido de cáncer de mama con un 15.12% (n=2458), cáncer de cérvix con un 10.20%, (n=1658), Glándulas tiroides y endocrinas con un 9.6% (n=1561), cáncer de próstata con un 7.11% (n=1156). En los primeros lugares de participación se encuentran los canceres priorizados por resolución 3280 y circular 010, donde es importante fortalecer las acciones de detección temprana y demanda inducida realizando

tamizajes a población en riesgo, buscando estrategias que permitan sensibilizar a la población y aumentar el compromiso de participación en la toma de exámenes de detección temprana, impactando tanto las complicaciones de la enfermedad como en el costo médico.

**Tabla 39 Distribución tipo de Cáncer corte diciembre 2024**

| Tipo de Cáncer por agrupador DX CAC | F | M | Total | % Participación |
|---|---|---|---|---|
| 16= Otros tumores de la piel | 1977 | 1230 | 3207 | 19.73% |
| 1= CAC Mama | 2441 | 17 | 2458 | 15.12% |
| 3= CAC Cérvix | 1658 | 0 | 1658 | 10.20% |
| 22= Glándulas tiroides y endocrinas | 1386 | 175 | 1561 | 9.60% |
| 2= CAC Próstata | 0 | 1156 | 1156 | 7.11% |
| 18= Otros órganos genitales femeninos | 1072 | 0 | 1072 | 6.60% |
| 4= CAC Colorrectal | 634 | 436 | 1070 | 6.58% |
| 21= Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso | 264 | 208 | 472 | 2.90% |
| 5= CAC Estómago | 251 | 213 | 464 | 2.85% |
| 9= CAC Linfoma No Hodgkin | 241 | 189 | 430 | 2.65% |
| 24= Otros tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines | 200 | 155 | 355 | 2.18% |
| 12= Labio, cavidad bucal y faringe | 147 | 101 | 248 | 1.53% |
| 20= Vías urinarias | 95 | 152 | 247 | 1.52% |
| 17= Tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y tejidos blandos | 143 | 99 | 242 | 1.49% |
| 13= Otros órganos digestivos | 144 | 85 | 229 | 1.41% |
| 10= CAC Leucemia Linfocítica Aguda | 101 | 111 | 212 | 1.30% |
| 6= CAC Melanoma | 152 | 55 | 207 | 1.27% |
| 19= Otros órganos genitales masculinos | 0 | 180 | 180 | 1.11% |
| 15= Huesos y cartílagos articulares | 82 | 76 | 158 | 0.97% |
| 14= Otros órganos respiratorios e intratorácicos | 56 | 86 | 142 | 0.87% |
| 8= CAC Linfoma Hodgkin | 46 | 76 | 122 | 0.75% |
| 25= Tumores secundarios | 69 | 48 | 117 | 0.72% |
| 23= Otros sitios, sitios mal definidos, sitios no especificados | 68 | 35 | 103 | 0.63% |
| 7= CAC Pulmón | 57 | 37 | 94 | 0.58% |
| 11= CAC Leucemia Mielocitica Aguda | 20 | 29 | 49 | 0.30% |
| **Total general** | **11304** | **4949** | **16253** | **100%** |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

La población menor de 18 años participa en la cohorte con el 2.57% (n=418), en el mes de junio a octubre 2024 se presentó novedad de cambio de referente para cáncer infantil quien tiene como primer objetivo la depuración de la BD ya que se encuentra a la fecha usuarios que fueron ingresados año 2021, 2022 por evento 115 como caso sospechoso, esta actividad se realiza verificando al detalle las historias Clínicas, laboratorios y patologías con apoyo de la subredes e IPS de atención de los menores. En cuanto a la participación de cáncer por agrupador se encuentra en primer lugar LLA con el 25.4% (n=106), seguido de ojo, encéfalo y sistema nervioso 17.9% (n=75), tumores del tejido linfático 8.9% (n=37), linfoma no Hodgkin 7.7% (n=32), tumores de piel 5.5% (n=23)

**Tabla 40 Distribución Tipo Cáncer en menor de 18 años**

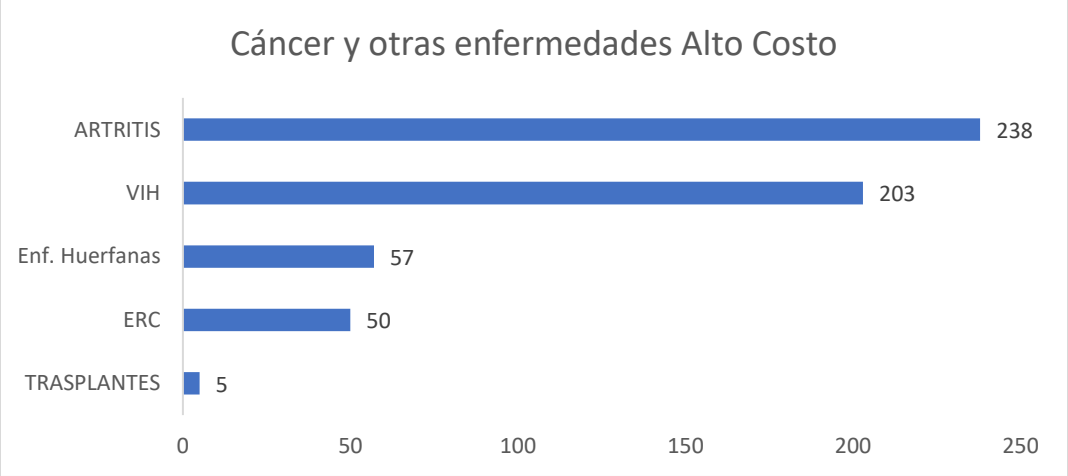
| Agrupador de tipo de cáncer Infantil | F | M | Total general | Participación |
|---|---|---|---|---|
| 10= CAC Leucemia Linfocítica Aguda | 47 | 59 | 106 | 25.4% |
| 21= Ojo, encéfalo, y otras partes del sistema nervioso | 35 | 40 | 75 | 17.9% |
| 24= Otros tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines | 12 | 25 | 37 | 8.9% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9= CAC Linfoma No Hodgkin | 12 | 20 | 32 | 7.7% |
| 16= Otros tumores de la piel | 10 | 13 | 23 | 5.5% |
| 15= Huesos y cartílagos articulares | 10 | 11 | 21 | 5.0% |
| 8= CAC Linfoma Hodgkin | 7 | 11 | 18 | 4.3% |
| 12= Labio, cavidad bucal y faringe | 5 | 9 | 14 | 3.3% |
| 17= Tejidos mesoteliales (excepto pulmón) y tejidos blandos | 8 | 5 | 13 | 3.1% |
| 20= Vías urinarias | 5 | 7 | 12 | 2.9% |
| 11= CAC Leucemia Mielocitica Aguda | 3 | 8 | 11 | 2.6% |
| 18= Otros órganos genitales femeninos | 9 | 0 | 9 | 2.2% |
| 22= Glándulas tiroides y endocrinas | 6 | 1 | 7 | 1.7% |
| 13= Otros órganos digestivos | 5 | 2 | 7 | 1.7% |
| 4= CAC Colorrectal | 2 | 4 | 6 | 1.4% |
| 19= Otros órganos genitales masculinos | 0 | 6 | 6 | 1.4% |
| 1= CAC Mama | 5 | 0 | 5 | 1.2% |
| 23= Otros sitios, sitios mal definidos, sitios no especificados | 5 | 0 | 5 | 1.2% |
| 25= Tumores secundarios | 2 | 3 | 5 | 1.2% |
| 14= Otros órganos respiratorios e intratorácicos | 1 | 2 | 3 | 0.7% |
| 5= CAC Estómago | 2 | 0 | 2 | 0.5% |
| 6= CAC Melanoma | 1 | 0 | 1 | 0.2% |
| **Total general** | **192** | **226** | **418** | **100%** |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

La cohorte de cáncer cuenta con usuarios con otras patologías de Alto Costo, las cuales están distribuidas en: usuarios con patologia de Artritis (n=238), VIH (n=203) usuarios, Enfermedades huérfanas (n=57), enfermedad renal crónica (n=50), trasplante (n=5); se mantiene la relación entre el cáncer y el diagnostico simultaneo de Artritis reumatoide en primer lugar.

**Gráfica 20 Población con cáncer con otras patologías Alto Costo**

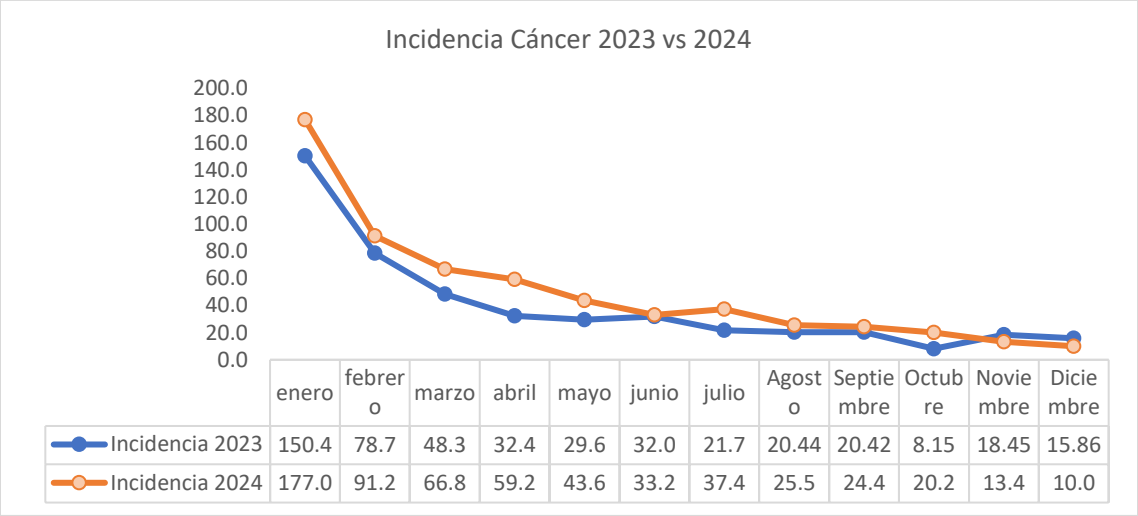



**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

## Indicadores de morbilidad

**Incidencia**: Para el año 2024 se presenta una incidencia de 201.5 por 100.000 habitantes, para los diagnósticos de patología oncológica, observando un incremento de 38.8 puntos respecto al año 2023.

**Gráfica 21 Incidencia Cáncer diciembre 2023-2024**

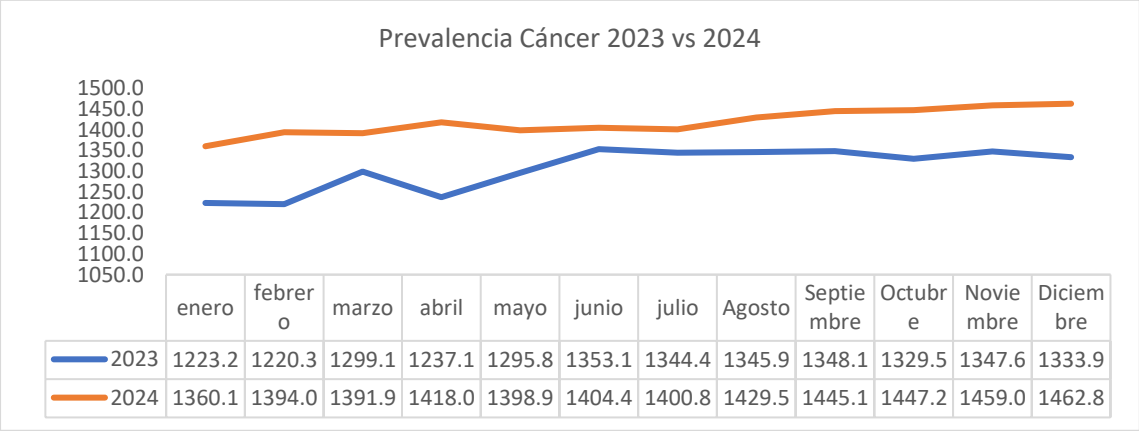



| | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Incidencia 2023 | 150.4 | 78.7 | 48.3 | 32.4 | 29.6 | 32.0 | 21.7 | 20.44 | 20.42 | 8.15 | 18.45 | 15.86 |
| Incidencia 2024 | 177.0 | 91.2 | 66.8 | 59.2 | 43.6 | 33.2 | 37.4 | 25.5 | 24.4 | 20.2 | 13.4 | 10.0 |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

En cuanto a la **prevalencia** para el año 2024 se observa un aumento en comparación con el año 2023; 1462.82 x 100.000 al cierre de 2024 vs 1333.9 x 100.000 habitantes al cierre de 2023.

**Gráfica 22 Prevalencia cohorte cáncer diciembre 2023 vs 2024**




| | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023 | 1223.2 | 1220.3 | 1299.1 | 1237.1 | 1295.8 | 1353.1 | 1344.4 | 1345.9 | 1348.1 | 1329.5 | 1347.6 | 1333.9 |
| 2024 | 1360.1 | 1394.0 | 1391.9 | 1418.0 | 1398.9 | 1404.4 | 1400.8 | 1429.5 | 1445.1 | 1447.2 | 1459.0 | 1462.8 |

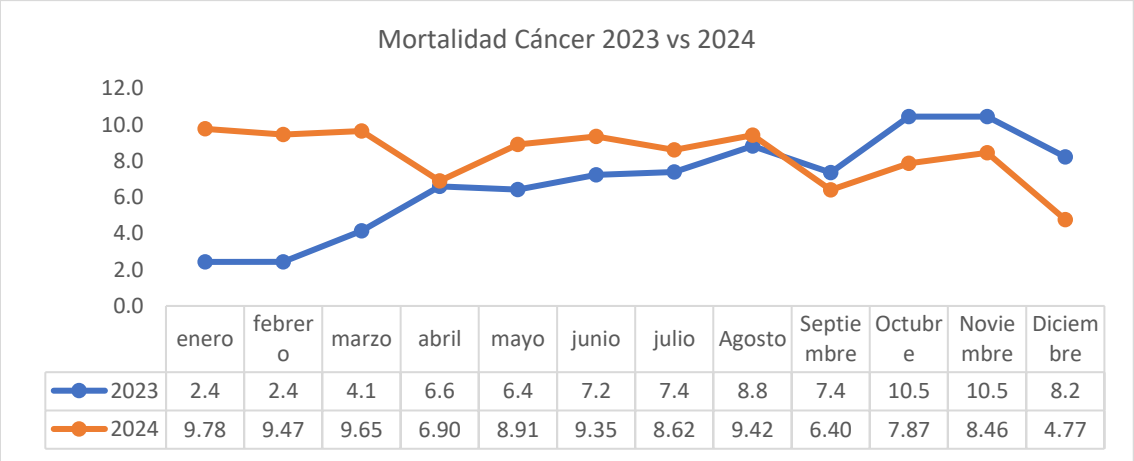
**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

**Causas de mortalidad**

En el año 2024 se presentaron 1131 muertes de pacientes con diagnóstico de cáncer, con un promedio tasa de 101.79 por 100000 afiliados. Dentro de las dificultades identificadas

en la cohorte, no se cuenta con la causa de muerte, por lo tanto, no se puede definir si el fallecimiento es por su diagnóstico de cáncer o por otra causa. En cuanto al comparativo año 2023 año 2024 se presenta un incremento de 20.73 puntos.
Adicional, hay fallecimientos que no se reportan ante la entidad de manera inmediata por lo cual se debe ir ajustando el dato mes a mes. Como se puede evidenciar en el mes de diciembre 2024.

**Gráfica 23 Mortalidad Cáncer diciembre 2023-2024**




| | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023 | 2.4 | 2.4 | 4.1 | 6.6 | 6.4 | 7.2 | 7.4 | 8.8 | 7.4 | 10.5 | 10.5 | 8.2 |
| 2024 | 9.78 | 9.47 | 9.65 | 6.90 | 8.91 | 9.35 | 8.62 | 9.42 | 6.40 | 7.87 | 8.46 | 4.77 |

**Fuente:** BD Cohorte Cáncer diciembre 2024

**Factores de riesgo prevalentes**

En el mundo, la incidencia del cáncer ha experimentado un incremento significativo en los últimos años. Esto se debe al envejecimiento poblacional, los cambios en el estilo de vida y la exposición a factores de riesgo.

De acuerdo con el observatorio Global en Cáncer (GLOBOCAN), durante el año 2023 se estimaron más de 19 millones de casos en el mundo, siendo los más comunes el cáncer de pulmón y el de mama. Las cifras en Colombia para el año 2023 muestran que el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia con el 14.5 % de cáncer en el país (n=17.018), mortalidad con el 8.4% (n=4.752), prevalencia con un 18% (n=54604), cifras que son consecuentes con los datos de la cohorte oncológica de Capital Salud EPSS.

**Acciones de Gestión del Riesgo y Estrategias de Intervención**

- Articulación con las diferentes áreas de Capital Salud, el objeto, validar y verificar los casos que se identifican con barrera administrativas.
- Apoyo a la gestión PQR, tutelas, evaluando la ruta de atención y verificando las barreras que presentan los usuarios; pendiente reunión con las coordinaciones de PAU, Acceso, Servicio al Cliente, autorizaciones, referencia y contrarreferencia, con el fin de reforzar el apoyo y alcance desde la cohorte para el cierre de los requerimientos se realice desde el alcance de cada área.

- Ruta cáncer infantil priorizada según resolución 0418 de 2014 del MsPs, articulada con IPS de atención HOMI y INC, donde se revisa ingreso, barreras, novedades administrativas y adherencia al tratamiento, encuentros mensuales.
- Mesas de trabajo con las diferentes IPS especializadas, revisión de informes mensuales e indicadores, ajustes y/o novedades a la ruta de oncología.
- Articulación y mesa de trabajo con área de acceso con la gestión de presentación de usuarios con cáncer confirmado a IPS oncológicas, novedades y ajustes de ruta.
- Gestión eventos 115 – 155 notificados por SIVIGILA, para realizar las actividades de reporte e ingreso a programa de manera oportuna. Activación de ruta priorizada.
- Gestión y articulación con profesional de rutas de detección temprana.
- Reporte de indicadores matriz técnico-científica, para cáncer de mama y cáncer de cérvix.
- Verificación del cumplimiento de indicadores requeridos en el anexo 4 de los contratos establecidos con las IPS complementarias.
- Mesa de trabajo mensuales con gestoras de INC de cáncer priorizados y entrega de informe según la estructura diseñada de CAC
- Priorización mesas de trabajo IPS reporte resolución 0247 de 2014, presentación de hallazgos a cada IPS.
- Presentación y retroalimentación de la ruta de atención de la cohorte de cáncer áreas
- Avance de gestión usuarios requeridos CAC, subredes, IPS oncológicas, EAPB

**Principales hallazgos**

- Mayor población prevalente en los cursos de vida adultez y vejez.
- Alta población rural en el departamento de Meta.
- Población migrante, habitante de calle y victimas de conflicto armado.
- Principales tipos de cáncer, acorde con dinamina nacional (agrupadores Piel, Mama, Cérvix, Próstata).

**Acciones prioritarias**

- Captación temprana con disminución de tiempos en la confirmación diagnostica, activación de ruta de atención en oncologia e inicio de tratamiento oportuno.
- Priorización de los eventos 155 cáncer de mama y cérvix y 115 cáncer infantil.
- Seguimiento a la población con diagnostico oncológico en abandono de tratamiento.
- Ejecución de lineamientos de circular externa 010 de 2024 del ministerio de salud y protección social.

### 9.2 Cohorte VIH Capital Salud 2024

**Distribución de la población**

Capital Salud EPS-S a diciembre de 2024 tenía un total de 5.587 afiliados diagnosticados con VIH, el 88.35% pertenecen a la sucursal Bogotá, el 11.01% a Meta y el 0.64% a Soacha. De esta población, el 88.9% son del régimen subsidiado y el 11.1% del régimen contributivo.

**Tabla 41 Distribución de la población con VIH de Capital salud EPSS por sucursal y régimen 2024**.

| Sucursal/régimen | Régimen contributivo | Régimen subsidiado | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| Bogotá | 535 | 4401 | **4936** | 88.35% |
| Meta | 82 | 533 | **615** | 11.01% |
| Soacha | 3 | 33 | **36** | 0.64% |
| **Total** | **620** | **4967** | **5587** | **100%** |
| **%** | **11.10%** | **88.90%** | **100%** | |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

La población de la ciudad de Bogotá se encuentra distribuida en las diferentes localidades con una mayor concentración en la localidad de Bosa con el 13.32% de los casos, seguida de la localidad de Kennedy con un 11.98% y en tercer lugar Ciudad Bolívar con 9.53%. Adicionalmente, los usuarios en su mayoría se encuentran en el ciclo de vida adultez y juventud con el 69.57% y 20.17% de casos respectivamente.

**Tabla 42 Distribución de la población con VIH sucursal Bogotá por localidad, ciclo de vida y sexo 2024.**

| Subred | Localidad/curso de vida | Primera infancia | | Infancia | | Adolescencia | | Juventud | | Adultez | | Vejez | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Centro oriente | Antonio Nariño | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 15 | 43 | 3 | 8 |
| | La Candelaria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 5 | 28 | 0 | 4 |
| | Los Mártires | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 8 | 27 | 34 | 119 | 7 | 27 |
| | Rafael Uribe Uribe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 36 | 73 | 132 | 7 | 28 |
| | San Cristóbal | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 12 | 44 | 75 | 168 | 16 | 37 |
| | Santa Fe | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 10 | 34 | 46 | 135 | 8 | 27 |
| Norte | Barrios Unidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 20 | 12 | 70 | 3 | 12 |
| | Chapinero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 31 | 8 | 67 | 1 | 7 |
| | Engativá | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 48 | 53 | 224 | 10 | 31 |
| | Suba | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 56 | 58 | 215 | 11 | 21 |
| | Teusaquillo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 | 6 | 54 | 2 | 6 |
| | Usaquén | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 35 | 21 | 112 | 4 | 11 |
| Portabilidad | Portabilidad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 14 | 30 | 3 | 4 |
| Sur | Ciudad Bolívar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16 | 79 | 84 | 219 | 8 | 42 |
| | Sumapaz | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Tunjuelito | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 15 | 27 | 80 | 3 | 17 |
| | Usme | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 8 | 43 | 53 | 141 | 11 | 23 |
| Sur occidente | Bosa | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 24 | 98 | 120 | 317 | 17 | 41 |
| | Fontibón | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 18 | 17 | 63 | 4 | 7 |
| | Kennedy | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16 | 101 | 88 | 315 | 23 | 36 |
| | Puente Aranda | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 15 | 23 | 129 | 4 | 13 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Total** | **3** | **0** | **4** | **6** | **0** | **13** | **134** | **726** | **832** | **2661** | **145** | **402** |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

Durante el 2024, Bogotá atendió 58 personas con VIH bajo portabilidad, provenientes de 18 departamentos, lo que evidencia una marcada dispersión territorial y centralización de servicios. Tolima y Antioquia destacan con 11 casos cada uno (18.97%), lo que sugiere problemas de acceso o capacidad resolutiva en esos territorios. Departamentos como Huila, Cundinamarca, Cauca y Magdalena también muestran cifras relevantes, posiblemente asociados a migración interna.

**Tabla 43 Distribución de la población con VIH sucursal Bogotá con portabilidad.**

| Departamento | No de usuarios | % |
|---|---|---|
| Tolima | 11 | 18.97% |
| Antioquia | 11 | 18.97% |
| Huila | 5 | 8.62% |
| Cundinamarca | 4 | 6.90% |
| Cauca | 3 | 5.17% |
| Norte de Santander | 3 | 5.17% |
| Magdalena | 3 | 5.17% |
| Cordoba | 3 | 5.17% |
| Risaralda | 2 | 3.45% |
| Valle del cauca | 2 | 3.45% |
| Santander | 2 | 3.45% |
| Casanare | 2 | 3.45% |
| Bolívar | 2 | 3.45% |
| Pereira | 1 | 1.72% |
| Caldas | 1 | 1.72% |
| Choco | 1 | 1.72% |
| Boyacá | 1 | 1.72% |
| Cesar | 1 | 1.72% |
| Total | 58 | 100% |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

Durante el año 2024, la población con VIH atendida en la sucursal Bogotá se concentró de manera abrumadora en zonas urbanas, con 4.903 casos (99.3%), frente a solo 33 casos rurales (0.7%), reflejando la fuerte urbanización del fenómeno epidemiológico del VIH. Las localidades con mayor carga fueron Bosa (614 casos), Kennedy (580), Ciudad Bolívar (450), Engativá (373) y Suba (372), todas caracterizadas por alta densidad poblacional y condiciones sociales que pueden aumentar la vulnerabilidad, como pobreza, informalidad laboral y barreras en el acceso a la salud.

Por subred, el mayor peso recae en Sur Occidente y Sur, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias de prevención focalizadas en estos territorios. La portabilidad representa 1.2% del total (58 casos), lo cual, aunque bajo, exige seguimiento para garantizar continuidad en la atención y evitar pérdidas en el proceso asistencial.

**Tabla 44 Distribución de la población con VIH sucursal Bogotá por localidad y ubicación 2024.**

| Subred | Localidad/Ubicación | Rural | Urbano |
|---|---|---|---|
| Centro Oriente | Antonio Nariño | 0 | 73 |
| | La Candelaria | 0 | 43 |
| | Los Mártires | 1 | 223 |
| | Rafael Uribe Uribe | 1 | 281 |
| | San Cristóbal | 1 | 355 |
| | Santa Fe | 3 | 261 |
| Norte | Barrios Unidos | 0 | 122 |
| | Chapinero | 0 | 118 |
| | Engativá | 1 | 373 |
| | Suba | 0 | 372 |
| | Teusaquillo | 0 | 83 |
| | Usaquén | 1 | 185 |
| Portabilidad | Portabilidad | 4 | 54 |
| Sur | Ciudad Bolívar | 2 | 450 |
| | Sumapaz | 0 | 0 |
| | Tunjuelito | 0 | 148 |
| | Usme | 0 | 282 |
| Sur Occidente | Bosa | 5 | 614 |
| | Fontibón | 0 | 111 |
| | Kennedy | 1 | 580 |
| | Puente Aranda | 13 | 175 |
| Total | | 33 | 4903 |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

Durante el año 2024, el departamento del Meta reportó 615 personas con diagnóstico de VIH, con una clara concentración en los municipios urbanos y de mayor densidad poblacional. Villavicencio, como capital y centro de referencia, concentra la mayoría de los casos: 256 personas (41.6%), con predominio masculino. Le siguen municipios como Granada (117 casos), Acacías (69 casos) y San Martín (19 casos), lo que muestra una expansión del diagnóstico hacia zonas intermedias. En cuanto a la distribución por sexo, el 68% son hombres, destacando el patrón epidemiológico nacional donde el VIH afecta en mayor proporción a hombres, especialmente en edades productivas.

Por curso de vida, el mayor peso está en la adultez (414 casos, 67%) y juventud (140 casos, 22.8%), lo cual resalta la importancia de fortalecer estrategias de prevención en población joven y adulta activa, especialmente en contextos urbanos y de movilidad laboral.
La presencia de casos en zonas rurales o de difícil acceso (como Mapiripán, Puerto Concordia o La Macarena) es baja o nula, lo que puede reflejar subregistro, barreras de acceso al diagnóstico, o baja cobertura de tamizaje. La portabilidad solo representa 2 casos (0.3%), lo que indica que la mayoría de las personas diagnosticadas residen y acceden a servicios dentro del mismo departamento.

**Tabla 45 Distribución de la población con VIH sucursal Meta por municipio, ciclo de vida y sexo 2024.**

| Municipio/Curso De Vida | Primera Infancia | | Infancia | | Adolescencia | | Juventud | | Adultez | | Vejez | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| 50001 - Villavicencio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 | 46 | 60 | 117 | 20 | 12 |
| 50006 - Acacías | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 | 22 | 29 | 0 | 1 |
| 50110 - Barranca De Upía | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| 50124 - Cabuyaro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 50150 - Castilla La Nueva | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| 50223 - Cubarral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50226 - Cumaral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 50245 - El Calvario | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50251 - El Castillo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| 50270 - El Dorado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 5 | 0 | 1 |
| 50287 - Fuente De Oro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50313 - Granada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 20 | 37 | 43 | 4 | 7 |
| 50318 - Guamal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 50325 - Mapiripán | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50330 - Mesetas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 50350 - La Macarena | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 50370 - La Uribe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 50400 - Lejanías | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 5 | 0 | 1 |
| 50450 - Puerto Concordia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50568 - Puerto Gaitán | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 50573 - Puerto López | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 9 | 8 | 2 | 0 |
| 50577 - Puerto Lleras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 |
| 50590 - Puerto Rico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| 50606 - Restrepo | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 50680 - San Carlos De Guaroa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| 50683 - San Juan De Arama | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| 50686 - San Juanito | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 50689 - San Martín | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 6 | 4 | 0 | 0 |
| 50711 - Vistahermosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 4 | 0 | 1 |
| Portabilidad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Total | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 34 | 106 | 167 | 247 | 29 | 26 |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

Durante el año 2024, la distribución de la población con VIH en la sucursal Meta evidencia una marcada concentración en zonas urbanas, con un total de 615 personas registradas, de las cuales 550 (89.4%) residen en áreas urbanas y solo 65 (10.6%) en zonas rurales. Esta tendencia refuerza el patrón nacional donde las zonas urbanas, por mayor densidad poblacional y acceso a servicios, concentran la mayoría de los casos, aunque la presencia rural es significativa y requiere estrategias diferenciadas de atención.

El municipio de Villavicencio concentra la mayor carga, con 266 casos (263 urbanos y 3 rurales), representando más del 43% del total departamental, lo cual refleja su papel como centro urbano principal y nodo de referencia para servicios especializados. Le siguen Granada (117 casos), Acacías (69 casos) y Puerto López (25 casos), también con predominancia urbana. Sin embargo, municipios como Lejanías, El Castillo, El Dorado y La Uribe presentan proporciones altas de casos en áreas rurales, lo que evidencia una

dispersión geográfica del VIH incluso en territorios de baja densidad y difícil acceso. Por ejemplo, en El Castillo, el 67% de los casos reportados son rurales, y en La Uribe, el 75%, lo que implica importantes desafíos en términos de cobertura, adherencia al tratamiento y continuidad del cuidado. La baja portabilidad (solo 2 casos) indica que la mayoría de la población con VIH accede a servicios dentro de su municipio de residencia, lo que refuerza la importancia de garantizar capacidades locales resolutivas, especialmente en municipios intermedios y rurales.

**Tabla 46 Distribución de la población con VIH sucursal Meta por municipio y ubicación 2024.**

| Municipio/Ubicación | Rural | Urbano |
|---|---|---|
| 50001 – Villavicencio | 3 | 263 |
| 50006 – Acacías | 5 | 64 |
| 50110 - Barranca De Upía | 2 | 4 |
| 50124 – Cabuyaro | 0 | 1 |
| 50150 - Castilla La Nueva | 3 | 4 |
| 50223 – Cubarral | 0 | 1 |
| 50226 – Cumaral | 0 | 4 |
| 50245 - El Calvario | 0 | 0 |
| 50251 - El Castillo | 2 | 1 |
| 50270 - El Dorado | 4 | 8 |
| 50287 - Fuente De Oro | 0 | 0 |
| 50313 – Granada | 16 | 101 |
| 50318 – Guamal | 1 | 6 |
| 50325 – Mapiripán | 0 | 0 |
| 50330 – Mesetas | 0 | 1 |
| 50350 - La Macarena | 0 | 5 |
| 50370 - La Uribe | 3 | 1 |
| 50400 – Lejanías | 8 | 6 |
| 50450 - Puerto Concordia | 0 | 0 |
| 50568 - Puerto Gaitán | 1 | 3 |
| 50573 - Puerto López | 2 | 23 |
| 50577 - Puerto Lleras | 3 | 4 |
| 50590 - Puerto Rico | 0 | 6 |
| 50606 – Restrepo | 5 | 5 |
| 50680 - San Carlos De Guaroa | 0 | 4 |
| 50683 - San Juan De Arama | 2 | 5 |
| 50686 - San Juanito | 1 | 1 |
| 50689 - San Martín | 2 | 17 |
| 50711 - Vistahermosa | 2 | 10 |
| Portabilidad | 0 | 2 |
| Total | 65 | 550 |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

La distribución de la población con VIH en la sucursal Soacha muestra un patrón concentrado principalmente en las etapas de juventud y adultez. No se reportaron casos en primera infancia, infancia ni adolescencia, lo cual es coherente con las tendencias epidemiológicas actuales del VIH, donde la mayoría de los diagnósticos se dan en población sexualmente activa.

La juventud representa el grupo más afectado, especialmente en hombres (12 casos) frente a solo 1 caso en mujeres. En la adultez, los casos están distribuidos más equitativamente, con 4 mujeres y 16 hombres, reflejando una continuidad del riesgo en edades productivas. La vejez presenta un pequeño número de casos femeninos (3), lo cual resalta la necesidad de mantener estrategias de detección en todas las edades, sin excluir a la población mayor. En términos generales, el 90% de los casos se concentran en hombres (28 de 31 casos).

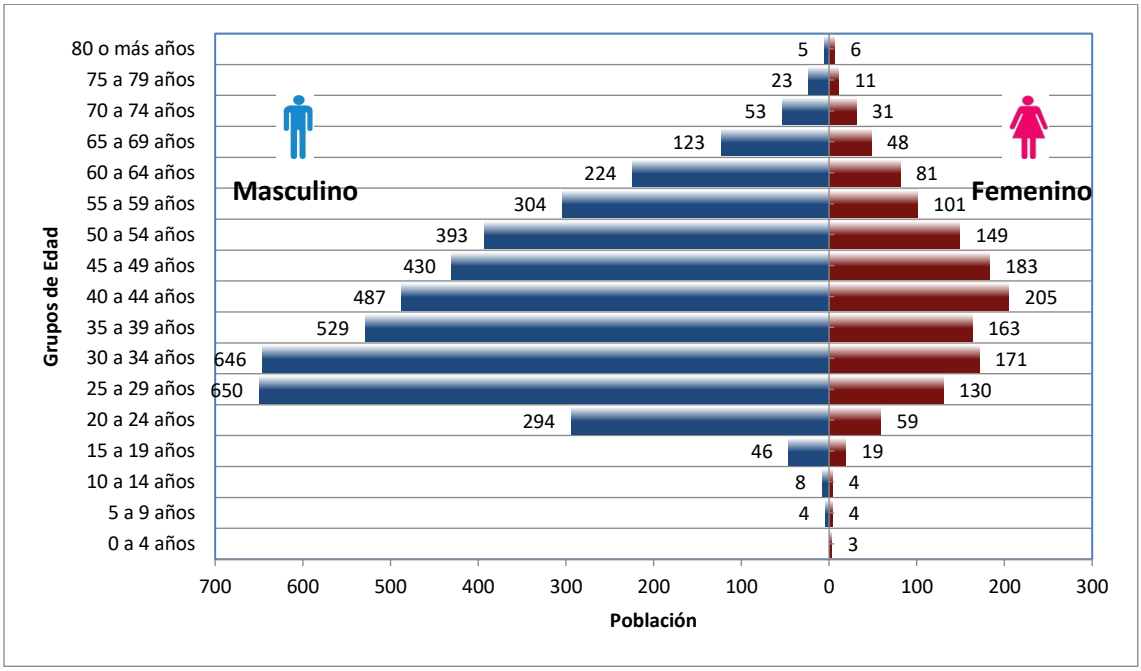
**Tabla 47 Distribución de la población con VIH sucursal Soacha por ciclo de vida y sexo 2024.**

| Curso De Vida | Primera Infancia | | Infancia | | Adolescencia | | Juventud | | Adultez | | Vejez | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Soacha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 | 4 | 16 | 3 | 0 |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

De manera general las personas viviendo con VIH afiliadas a Capital Salud EPSS son en su mayoría de sexo masculino con el 75.51% de los casos, por curso de vida la Primera infancia representa el 0.14% del total de los afiliados de la cohorte, de Infancia el 0.26%, Adolescencia representa el 0.38% y los cursos de vida con mayor población diagnosticada son Adultez, Juventud y Vejez con el 69.73%, 18.94% y 10.55% de los casos respectivamente.

**Gráfica 24 Pirámide Poblacional cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024.**




Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

La pirámide de población de la cohorte tiene una estructura desequilibrada, puesto que existe una desproporción tanto en lo que respecta a la composición según sexo, como en lo que respecta a las edades, este fenómeno se presenta por el mayor diagnostico en hombres de edades adultas.

**Clasificación de la población por grupo poblacional y discapacidad**

Con respecto a los grupos de población especial, en la cohorte de VIH el 69.12% de la población no se identifican en un grupo poblacional, el 11.44% son víctimas del conflicto armado interno, el 11.28% está identificado como personas con afiliación de oficio sin Sisbén (población que puede identificarse posiblemente como migrantes) y el 4.89% son habitantes de calle. La población restante se encuentra distribuida en porcentajes mínimos entre personas en prisión domiciliara (0.88%), comunidades indígenas (0.45%), migrantes venezolanos (0.36%), población reclusa a cargo de la entidad territorial (0.32%), población no pobre no vulnerable (0.27%), población infantil a cargo de ICBF (0.25%), migrantes colombianos repatriados (0.21%), personas con discapacidad en centros de protección (0.18%), adulto mayor en centros de protección (0.14%), población desmovilizada (0.07%), adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en SRPA (0.04%), población infantil no ICBF (0.04%), voluntarios acreditados (0.04%), comunidad ROM gitano (0.02%) y recién nacido de padres no afiliados (0.02%).

**Tabla 48 Distribución de usuarios cohorte VIH por grupo poblacional y sexo, 2024.**

| Grupo poblacional | Femenino | Masculino | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| Población con Sisbén | 959 | 2903 | 3862 | 69.12% |
| Víctimas conflicto armado | 235 | 404 | 639 | 11.44% |
| Afiliación oficio sin Sisbén | 73 | 557 | 630 | 11.28% |
| Habitante de la calle | 60 | 213 | 273 | 4.89% |
| Prisión domiciliaria | 9 | 40 | 49 | 0.88% |
| Comunidades indígenas | 8 | 17 | 25 | 0.45% |
| Migrante venezolano | 1 | 19 | 20 | 0.36% |
| Recluso a cargo del ente | 2 | 16 | 18 | 0.32% |
| Población no pobre no vulnerable | 1 | 14 | 15 | 0.27% |
| Población infantil ICBF | 7 | 7 | 14 | 0.25% |
| Migrantes colombianos repatriados | 3 | 9 | 12 | 0.21% |
| Discapacitado en protección | 5 | 5 | 10 | 0.18% |
| Adulto mayor en protección | 1 | 7 | 8 | 0.14% |
| Población desmovilizada | 1 | 3 | 4 | 0.07% |
| Responsable penal adolescente | 1 | 1 | 2 | 0.04% |
| Población infantil diferente a ICBF | 1 | 1 | 2 | 0.04% |
| Voluntarios acreditados | 1 | 1 | 2 | 0.04% |
| Recién nacido de padres no afiliados | 0 | 1 | 1 | 0.02% |
| Comunidad ROM (gitano) | 0 | 1 | 1 | 0.02% |
| Total | 1368 | 4219 | 5587 | 100% |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

Referente a la condición de discapacidad de los usuarios de la cohorte VIH se evidencia que el 98.28% de los usuarios de la cohorte no presenta discapacidad, el 1.07% presenta discapacidad física, el 0.29% discapacidad múltiple, el 0.16% discapacidad psicosocial mental, el 0.13% representan los usuarios con discapacidad visual y el 0.07% discapacidad intelectual.

**Tabla 49 Distribución de usuarios cohorte VIH según condición de discapacidad y sexo, 2024.**

| Tipo discapacidad | Femenino | Masculino | Total | % |
|---|---|---|---|---|
| Ninguna | 1340 | 4151 | 5491 | 98.28% |
| Física | 18 | 42 | 60 | 1.07% |
| Múltiple | 3 | 13 | 16 | 0.29% |
| Psicosocial, mental | 5 | 4 | 9 | 0.16% |
| Visual | 2 | 5 | 7 | 0.13% |
| Intelectual | 0 | 4 | 4 | 0.07% |
| Total | 1368 | 4219 | 5587 | 100% |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

**Prestación de servicios de salud**

Los usuarios de Capital Salud EPSS con diagnóstico confirmado de VIH reciben atención a través de IPS especializadas con un contrato de paquete integral de servicios. Para la sucursales Bogotá y Soacha, los usuarios están distribuidos en dos IPS, siendo Aunarsalud la IPS de mayor concentración de usuarios con un 64.31% (3593 usuarios) y Vidamedical con el 24.72% (1381 usuarios). En la Sucursal Meta se atiende la población a través de Aunarsalud sede Villavicencio con un total de 613 usuarios (10.97%).

**Tabla 50 Distribución de afiliados en las IPS especializadas para tratamiento y seguimiento de la patología, 2024.**

| IPS tratante | Número de afiliados asignados | % |
|---|---|---|
| Aunarsalud | 3593 | 64.31% |
| Vidamedical | 1381 | 24.72% |
| Aunarsalud (Meta) | 613 | 10.97% |
| TOTAL | 5587 | 100% |

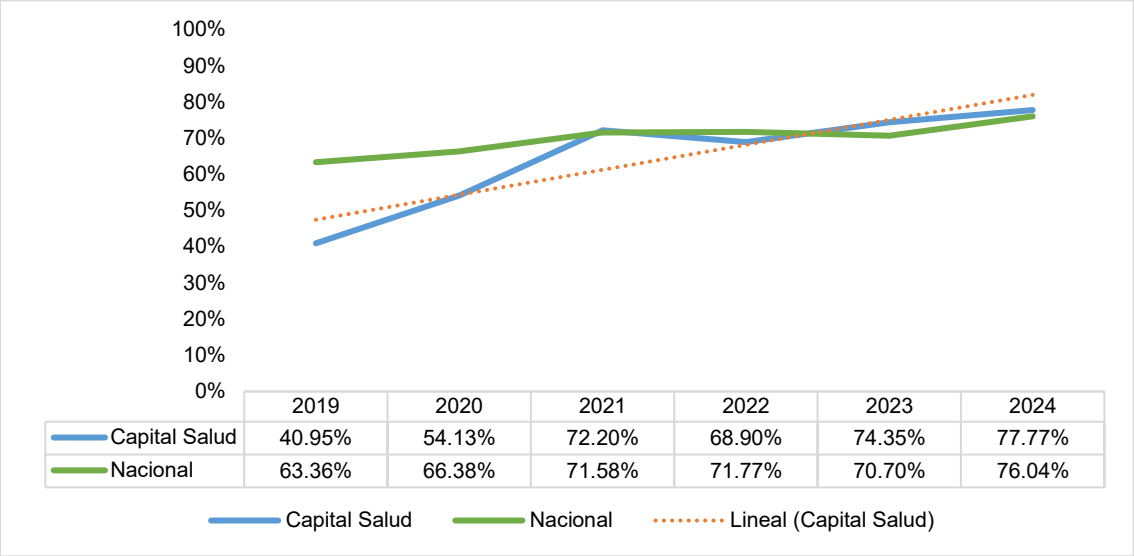
Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

**Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento se determina con la indetectabilidad de los pacientes con terapia antirretroviral (TAR), este indicador es medido de manera anual por la Cuenta de Alto Costo, para Capital Salud este indicador ha mejorado progresivamente superando el

promedio nacional para los años 20121, 2023 y 2024. Sin embargo, no se ha logrado alcanzar la meta de ONUSIDA del 95%.

**Tabla 51 Proporción de PVV con TAR y CV indetectable Capital Salud EPSS vs Nacional.**




| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Capital Salud | 40.95% | 54.13% | 72.20% | 68.90% | 74.35% | 77.77% |
| Nacional | 63.36% | 66.38% | 71.58% | 71.77% | 70.70% | 76.04% |

Fuente: Mecanismo de distribución de recursos CAC 2019 a 2024.

## Índices demográficos

**Tabla 52 Medición de índice demográfico de la cohorte de VIH 2024.**

| Índice Demográfico | 2024 |
|---|---|
| Población total | 5,587 |
| Población Masculina | 4,219 |
| Población femenina | 1,368 |
| Relación hombres: mujer | 308.41 |
| Razón niños: mujer | 0 |
| Índice de infancia | 0 |
| Índice de juventud | 21 |
| Índice de vejez | 5 |
| Índice de envejecimiento | 1304 |
| Índice demográfico de dependencia | 6.14 |
| Índice de dependencia infantil | 0.44 |
| Índice de dependencia mayores | 5.70 |
| Índice de Friz | 3.13 |

Fuente: Base de cohorte VIH Capital Salud EPSS 2024

La relación hombres:mujer es de 308.41, lo cual indica una desproporción altamente significativa que refleja una carga desproporcionada del VIH en la población masculina,

probablemente asociada a dinámicas particulares de transmisión, como las relaciones sexuales entre hombres y/o menor acceso o adherencia al diagnóstico temprano en hombres.

El índice de infancia (0) y la razón niños:mujer (0) reflejan una ausencia total de menores en la cohorte, lo que podría indicar una baja transmisión vertical o éxito en los programas de prevención materno-infantil del VIH. Esto es positivo desde una perspectiva de control epidemiológico.

El índice de juventud (21) indica una presencia relevante de personas jóvenes (probablemente entre 15 y 29 años), que coincide con los grupos de mayor incidencia en la transmisión del VIH. Sin embargo, el índice de vejez (5) sugiere que una proporción moderada de personas mayores conviven con el virus, en muchos casos debido a infecciones adquiridas años atrás y manejadas exitosamente con terapia antirretroviral.

El índice de envejecimiento (1304), que representa la proporción de adultos mayores respecto a niños, es extremadamente alto, reflejando una cohorte altamente envejecida y sin reemplazo generacional, propia de una enfermedad crónica mantenida en control en población adulta.

Por otro lado, el índice de dependencia total (6.14) es bajo, lo que implica que la mayoría de las personas con VIH se encuentran en edad económicamente activa. La dependencia infantil (0.44) es casi inexistente, mientras que la dependencia de mayores (5.70) domina el perfil, lo cual sugiere una creciente necesidad de adaptar los servicios a personas mayores con VIH, incluyendo atención de comorbilidades y envejecimiento saludable.

Finalmente, el índice de Friz (3.13) confirma una estructura demográfica invertida y envejecida, donde los mayores superan con creces a la población joven e infantil, característica de poblaciones crónicas y estables en el tiempo.

**Conclusiones**

Con el objetivo de facilitar el acceso al tratamiento y mejorar la adherencia de los usuarios de la cohorte VIH Capital Salud EPS tiene contratos en modalidad de paquete integral lo que garantiza que los usuarios no deban realizar trámites administrativos y que puedan acceder a todos los servicios relacionados con la patología en una misma institución. Sin embargo, las características especiales y los grupos de población clave de la cohorte se convierten en un reto para la EPS y los prestadores, puesto que estos usuarios por diferentes situaciones ajenas al sistema de salud (determinantes sociales de la salud) no son adherentes a sus tratamientos y son fluctuantes en la asistencia a los programas.

### 9.3 Cohorte Enfermedades Huérfanas Capital Salud 2024

**Distribución geográfica de la cohorte.**

A continuación, se presenta brevemente la estructura demográfica de la población de la cohorte de enfermedades huérfanas – raras (EHR) según afiliación al SGSSS, sexo, curso de vida, área territorial, pirámide poblacional, grupo poblacional, tipo de discapacidad y morbilidades durante el año 2024, identificando las proporciones de hombres y mujeres por grupos de edad.

**Tabla 53 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por sucursal en los territorios Bogotá, Meta y Soacha - Año 2024.**

| Territorio | Usuarios | % |
|---|---|---|
| **Bogotá** | 1172 | **93.10%** |
| **Meta** | 86 | **6.80%** |
| **Soacha** | 1 | **0.10%** |
| **Total** | 1259 | 100% |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Para el año 2024 se cuenta con un total acumulado de 1259 usuarios afiliados y activos durante ese periodo de tiempo con distribución de la siguiente manera de acuerdo con cada territorio, 1172 Bogotá, 86 Meta y 1 Soacha; en Bogotá se concentra la gran mayoría de los afiliados con enfermedades huérfanas con un 93%, el Meta aunque en segundo lugar, tiene una representación pequeña con un 6.8%, pero podría ser significativa considerando su población total y ruralidad, para finalizar, está el territorio de Soacha y presenta un solo caso, lo que podría indicar que así el usuario resida en este municipio, el diagnóstico está centralizado en Bogotá.

**Tabla 54 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por espacios geográficos y sociales - Año 2024.**

| Área | Rural | Urbana |
|---|---|---|
| Totales | 14 | 1245 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

La distribución geográfica de la población afiliada a la EAPB Capital Salud EPSS con diagnóstico de Enfermedades Huérfanas (EH) para el año 2024 revela una marcada concentración en el área urbana, con un total de 1,245 casos (98.9%) frente a solo 14 casos reportados en zona rural (1.1%).

Este patrón no solo responde a la densidad poblacional de los entornos urbanos, sino también a múltiples determinantes estructurales del sistema de salud que condicionan el acceso, diagnóstico y seguimiento de enfermedades de baja prevalencia.

**Tabla 55 Distribución de población con Enfermedades Huérfanas por Localidad, residentes en el territorio de Bogotá – Año 2024**

| Código | Localidad | Total | % |
|---|---|---|---|
| 0 | Portabilidad | 0 | 0.0% |
| 1 | Usaquén | 40 | 3.4% |
| 2 | Chapinero | 15 | 1.3% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Santa Fe | 50 | 4.3% |
| 4 | San Cristóbal | 154 | 13.1% |
| 5 | Usme | 100 | 8.5% |
| 6 | Tunjuelito | 33 | 2.8% |
| 7 | Bosa | 183 | 15.6% |
| 8 | Kennedy | 129 | 11.0% |
| 9 | Fontibón | 20 | 1.7% |
| 10 | Engativá | 53 | 4.5% |
| 11 | Suba | 79 | 6.7% |
| 12 | Barrios Unidos | 12 | 1.0% |
| 13 | Teusaquillo | 3 | 0.3% |
| 14 | Los Mártires | 23 | 2.0% |
| 15 | Antonio Nariño | 19 | 1.6% |
| 16 | Puente Aranda | 19 | 1.6% |
| 17 | La Candelaria | 1 | 0.1% |
| 18 | Rafael Uribe | 109 | 9.3% |
| 19 | Ciudad Bolívar | 129 | 11.0% |
| 20 | Sumapaz | 1 | 0.1% |
| Totales | | 1172 | 100.0% |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En 2024, la mayor parte de la población con Enfermedades Huérfanas (EH) en Bogotá se concentra en localidades de alta vulnerabilidad social como Bosa (15.6%), San Cristóbal (13.1%), Ciudad Bolívar y Kennedy (11% cada una), lo que refleja una posible asociación entre condiciones socioeconómicas precarias y mayor carga de enfermedad.

Localidades de mejor perfil socioeconómico como Teusaquillo, La Candelaria y Sumapaz reportan muy pocos casos.

**Tabla 56 Distribución de población con Enfermedades Huérfanas, por Subred Integrada de Servicios de Salud y localidad de residencia en el territorio de Bogotá – Año 2024**

| SUBRED | Localidad | Total | % |
|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | 19 | 1.6% |
| | La Candelaria | 1 | 0.1% |
| | Los Mártires | 23 | 2.0% |
| | Rafael Uribe Uribe | 109 | 9.3% |
| | San Cristóbal | 154 | 13.1% |
| | Santa Fe | 50 | 4.3% |
| NORTE | Barrios Unidos | 12 | 1.0% |
| | Chapinero | 15 | 1.3% |
| | Engativá | 53 | 4.5% |
| | Suba | 79 | 6.7% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Teusaquillo | 3 | 0.3% |
| | Usaquén | 40 | 3.4% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 129 | 11.0% |
| | Sumapaz | 1 | 0.1% |
| | Tunjuelito | 33 | 2.8% |
| | Usme | 100 | 8.5% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 183 | 15.6% |
| | Fontibón | 20 | 1.7% |
| | Kennedy | 129 | 11.0% |
| | Puente Aranda | 19 | 1.6% |
| SIN INFORMACION | Sin información | 0 | 0.0% |
| Totales | | 1172 | 100.0% |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En el territorio de Bogotá, la Subred Centro Oriente registra la mayor concentración de usuarios con diagnóstico confirmado de Enfermedades Huérfanas, con un total de 356 casos. Le sigue la Subred Sur Occidente con 351 pacientes, la Subred Sur con 263 y, finalmente, la Subred Norte con 202 personas

**Tabla 57 Distribución de población con Enfermedades Huérfanas, por Municipio en los territorios de Meta y Soacha – 2024**

| Municipio | Total | % |
|---|---|---|
| Acacias | 9 | 10.5% |
| Castilla La Nueva | 2 | 2.3% |
| El Castillo | 2 | 2.3% |
| Granada | 12 | 14.0% |
| Guamal | 1 | 1.2% |
| La Macarena | 1 | 1.2% |
| Lejanías | 2 | 2.3% |
| Puerto Lleras | 1 | 1.2% |
| Puerto López | 3 | 3.5% |
| Puerto Rico | 2 | 2.3% |
| Restrepo | 1 | 1.2% |
| San Carlos De Guaroa | 1 | 1.2% |
| San Juan De Arama | 2 | 2.3% |
| Uribe | 1 | 1.2% |
| Villavicencio | 44 | 51.2% |
| Vista hermosa | 2 | 2.3% |
| Totales | 86 | 100.0% |
| Municipio | Total | % |
| Soacha | 1 | 0% |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En los En 2024, la distribución de la población con Enfermedades Huérfanas (EH) en los territorios de Meta y Soacha muestra una clara concentración en el municipio de Villavicencio, que agrupa el 51.2% (44 casos) del total de pacientes, lo cual es consistente

con su rol como capital departamental, mayor densidad poblacional, y mayor disponibilidad de servicios especializados.

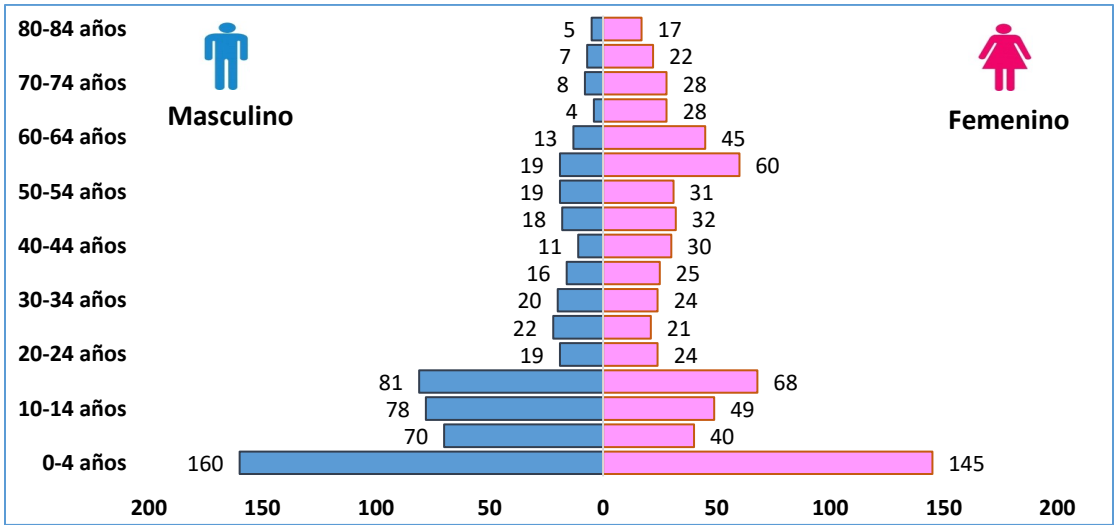
Le siguen en magnitud municipios como Granada (14%) y Acacías (10.5%), que también son centros urbanos relevantes en el Meta, lo que indica que la detección y atención de estas enfermedades se concentra en zonas con mayor infraestructura sanitaria.

Los demás municipios presentan una baja proporción de casos (entre 1.2% y 3.5%), lo cual podría estar relacionado con una menor capacidad diagnóstica o subregistro, más que con una verdadera menor incidencia. El caso de Soacha (1 caso, 0%) refleja una presencia mínima en este territorio de Cundinamarca, aunque su cercanía con Bogotá podría facilitar el acceso a servicios en la capital.

**Características demográficas.**

**Estructura etaria, distribución por género, tipo de afiliación.**

**Gráfica 25 Pirámide Poblacional de afiliados a la EAPB Capital Salud EPSS de la Cohorte de Enfermedades huérfanas - Año 2024**

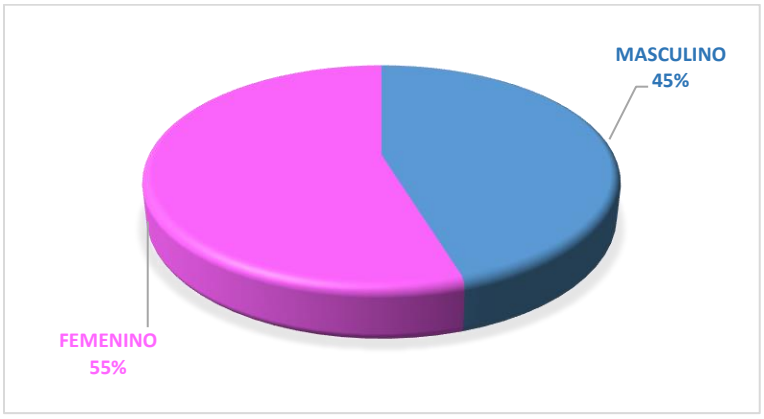



Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

La pirámide poblacional muestra una marcada inclinación hacia los grupos de edad más tempranos, especialmente el de 0 a 4 años, con 160 niños y 145 niñas. Le sigue el grupo de 15 a 19 años, con 81 jóvenes y 68 jovencitas, así como el de 10 a 14 años, con 78 niños y 49 niñas. En el rango de 5 a 9 años, se registran 70 niños y 40 niñas. En los demás grupos etarios, las cifras son relativamente similares.

Esta distribución sugiere que la confirmación diagnóstica de las Enfermedades Huérfanas se está priorizando en edades tempranas, con mayor número de casos en la primera infancia (0–4 años), con tendencia decreciente en edades mayores y leve diferencia entre sexos en algunos grupos.

**Gráfica 26 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por sexo – Año 2024.**



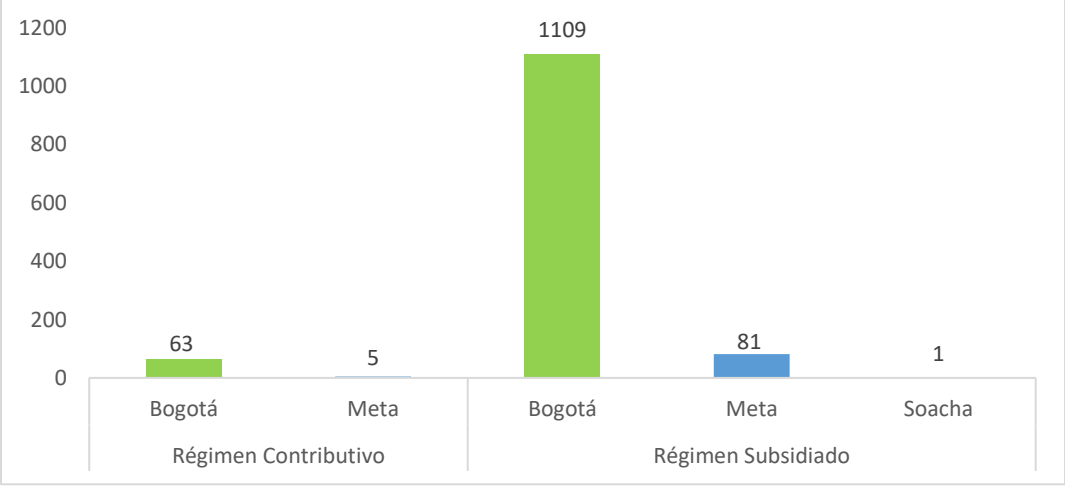

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En la distribución por sexo de la población con Enfermedades Huérfanas en 2024, se observa una ligera predominancia del sexo femenino, con un 54.73% (689 casos) frente a un 45.27% de casos masculinos (570 casos), en un total de 1,259 personas.

Este patrón es consistente con la epidemiología de varias enfermedades huérfanas, muchas de las cuales tienen mayor prevalencia en mujeres, especialmente aquellas de origen autoinmune o genético. También puede reflejar una mayor búsqueda de atención en mujeres, lo cual influye en el diagnóstico y registro.

Este dato subraya la importancia de considerar enfoques diferenciados por sexo en estrategias de atención y seguimiento para esta población.

**Gráfica 27 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por Régimen y territorio – Año 2024.**




Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

La distribución de la población con Enfermedades Huérfanas afiliada a la EAPB Capital Salud EPSS durante el año 2024 muestra una concentración significativa en el distrito capital de Bogotá, con una carga particularmente elevada en el régimen subsidiado. De los tres territorios analizados Bogotá, Meta y Soacha, Bogotá concentra el 91.8% de la población total con enfermedades huérfanas, con 1.109 casos en el régimen subsidiado y 63 en el régimen contributivo. Esto sugiere tanto una mayor capacidad diagnóstica como una concentración urbana de condiciones raras.

En el departamento del Meta, se identifican 86 casos, de los cuales 81 pertenecen al régimen subsidiado y 5 al contributivo. Esta distribución indica que, si bien la magnitud absoluta es mucho menor en comparación con Bogotá, existe una necesidad clara de fortalecer los servicios de diagnóstico, atención especializada y seguimiento clínico en zonas no capitalinas, particularmente en regiones con alta ruralidad. La presencia de casos en múltiples municipios del Meta también refleja una dispersión geográfica que puede representar un reto logístico para la garantía de la atención integral.

Por su parte, Soacha reporta únicamente un caso en el régimen subsidiado.

**Tabla 58 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por Curso de Vida, Régimen de filiación y Sexo – Año 2024.**

| ENFERMEDADES HUÉRFANAS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Curso de vida | Edad años | Contributivo | | Subsidiado | | Totales | | Totales |
| | | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | |
| Primera Infancia | 0-5 | 9 | 7 | 146 | 162 | 155 | 169 | 324 |
| Infancia | 6-11 | 3 | 4 | 41 | 83 | 44 | 87 | 131 |
| Adolescencia | 12-17 | 1 | 6 | 74 | 102 | 75 | 108 | 183 |
| Juventud | 18-28 | 6 | 7 | 63 | 55 | 69 | 62 | 131 |
| Adultez | 29-59 | 12 | 8 | 179 | 92 | 191 | 100 | 291 |
| Vejez | 60 y más | 3 | 2 | 152 | 42 | 155 | 44 | 199 |
| Totales | | 34 | 34 | 655 | 536 | 689 | 570 | 1259 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Del total de la población de la cohorte con Enfermedades Huérfanas, se observa que la mayoría de los usuarios activos afiliados a la EPS-S pertenecen al régimen subsidiado y se concentran en los tres territorios: Bogotá (n=1.109), Meta (n=81) y Soacha (n=1), sumando un total de 1.191 personas. En cuanto al régimen contributivo, se registran 63 pacientes en Bogotá y 5 en el Meta, para un total de 68 personas. Además, se identifica una mayor concentración de pacientes en el curso de vida de Primera Infancia, con 324 niños y niñas.

**Factores socioeconómicos y calidad de vida.**

Uno de los aspectos más críticos asociados a estas enfermedades es su impacto desproporcionado en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Este impacto se ve agravado por factores socioeconómicos como el nivel de ingresos, el acceso a servicios de salud especializados, la ubicación geográfica, el nivel educativo y las condiciones laborales de los cuidadores o del propio paciente.

**Tabla 59 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por Nivel de SISBEN y territorio – Año 2024.**

| Nivel SISBEN/Territorio | Bogotá | Meta | Soacha | Total |
|---|---|---|---|---|
| Nivel 0 | 179 | 10 | 0 | 189 |
| Nivel 1 | 697 | 68 | 1 | 766 |
| Nivel 2 | 296 | 8 | 0 | 304 |
| Totales | 1172 | 86 | 1 | 1259 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

El análisis de la población con Enfermedades Huérfanas afiliada a la EAPB Capital Salud EPSS en el año 2024, según nivel del SISBEN y territorio, evidencia una concentración marcada en Bogotá, tanto en número absoluto como en los niveles más bajos del sistema de clasificación socioeconómica. En cuanto al nivel de vulnerabilidad, el 69% de la población afectada pertenece a los niveles SISBEN 0 y 1 (189 y 766 personas respectivamente), lo cual confirma una alta carga de enfermedad en población con mayores condiciones de pobreza y barreras estructurales de acceso al sistema de salud. El nivel 1, en particular, agrupa el mayor número de personas (766), lo que indica una mayor exposición de población pobre urbana o periurbana a condiciones de salud críticas y con necesidades especiales. El caso de Meta, aunque con menor magnitud, también sigue esta tendencia: el 90% de sus afiliados con enfermedades huérfanas están en niveles SISBEN 0 y 1. Soacha, por su parte, aunque reporta solo un caso, se encuentra en nivel 1, lo cual mantiene la línea de vulnerabilidad social como común denominador.

**Tabla 60 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por Grupo Poblacional y territorio – Año 2024.**

| Grupo Poblacional | Bogotá | Meta | Soacha | Total |
|---|---|---|---|---|
| Población con SISBEN | 848 | 51 | 0 | 899 |
| Personas sin SISBEN | 118 | 3 | 0 | 121 |
| Víctimas del Conflicto Armado Interno | 78 | 28 | 1 | 107 |
| Recién Nacido y Menor de Padres No Afiliados | 67 | 0 | 0 | 67 |
| Población Infantil ICBF | 41 | 3 | 0 | 44 |
| Comunidades Indígenas | 9 | 0 | 0 | 9 |
| Habitante de Calle | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Personas con Discapacidad en Centros de Protección | 3 | 1 | 0 | 4 |
| Migrantes Colombianos Repatriados | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Personas en Prisión Domiciliaria A Cargo Del INPEC | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Población Infantil No ICBF | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Población Reclusa a Cargo de la Entidad Territorial | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Totales | 1172 | 86 | 1 | 1259 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Con relación al nivel del SISBÉN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), se observa que la mayoría de la población con enfermedades huérfanas se encuentra clasificada en el nivel socioeconómico 1, con un total de 766 pacientes. Le siguen el nivel 2 con 304 personas y el nivel 0 con 189 personas; así mismo,

se identifica que la mayoría de esta población está registrada en el grupo con SISBÉN con 899 usuarios, mientras que 121 no cuentan con clasificación en el sistema y 107 son reconocidos como víctimas del conflicto armado, lo que representa un dato relevante en términos de vulnerabilidad social.

**Tabla 61 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por Tipo de Discapacidad y territorio – Año 2024.**

| Tipo de Discapacidad | Bogotá | Meta | Soacha | Total |
|---|---|---|---|---|
| Ninguna (No reporta) | 1039 | 85 | 1 | 1125 |
| Física | 67 | 1 | 0 | 68 |
| Múltiple | 44 | 0 | 0 | 44 |
| Psicosocial Mental | 14 | 0 | 0 | 14 |
| Intelectual | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Auditiva | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Visual | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Totales | 1172 | 86 | 1 | 1259 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Aunque la población con enfermedades huérfanas podría desarrollar alguna discapacidad a lo largo de su vida, el análisis de los datos de la cohorte revela que la mayoría no presenta una discapacidad registrada; no obstante, esta aparente ausencia podría explicarse porque la discapacidad no ha sido reportada durante las atenciones médicas ni comunicada posteriormente a la EPS. Entre las discapacidades identificadas, las más frecuentes son la discapacidad física (n=68), seguida por la discapacidad múltiple (n=44) y la psicosocial o mental (n=14). Las discapacidades intelectual, auditiva y visual se presentan en menor proporción.

**Tabla 62 Población con Enfermedades Huérfanas afiliadas a la EAPB Capital Salud EPSS, distribuidas por los 20 principales diagnósticos – Año 2024.**

| Los 20 principales diagnósticos de Enfermedades huérfanas | Total | % |
|---|---|---|
| Displasia Broncopulmonar | 184 | 14.6 |
| Esclerosis Sistémica Cutánea Limitada | 82 | 6.51 |
| Microtia | 70 | 5.56 |
| Déficit Congénito del Factor VIII | 53 | 4.21 |
| Esclerosis Múltiple | 53 | 4.21 |
| Síndrome de Guillain-Barre | 38 | 3.02 |
| Gastrosquisis | 25 | 1.99 |
| Enfermedad de Von Willebrand | 22 | 1.75 |
| Miastenia Grave | 22 | 1.75 |
| Acalasia Primaria | 17 | 1.35 |
| Enfermedad de Wegener | 17 | 1.35 |
| Neuromielitis Óptica Espectro | 17 | 1.35 |
| Esclerosis Sistémica Cutánea Difusa | 15 | 1.19 |
| Fibrosis Quística | 15 | 1.19 |
| Neurofibromatosis | 15 | 1.19 |

| | | |
|---|---|---|
| Síndrome Hemolítico Urémico Atípico | 15 | 1.19 |
| Osteogénesis Imperfecta | 14 | 1.11 |
| Artritis Juvenil Idiopática de inicio Sistémico | 13 | 1.03 |
| Malformación de Ebstein | 12 | 0.95 |
| Raquitismo Hipofosfatemico Familiar Ligado al Cromosoma X | 13 | 1.03 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En la población con Enfermedades Huérfanas afiliada a la EAPB Capital Salud y de acuerdo con la distribución de los 20 principales diagnósticos registrados durante el año 2024, se destacan tres patologías como las más frecuentes. En primer lugar, la displasia broncopulmonar, que representa el 15 % de los casos (n=184), seguida por la esclerosis sistémica cutánea limitada con un 7 % (n=82) y la microtia, con un 6 % (n=70); adicionalmente, enfermedades como déficit congénito del factor VIII y la esclerosis múltiple reportan cada una el 4 % (n=53). Las demás patologías incluidas en este listado presentan una prevalencia que oscila entre el 3 % y el 1 %.

**Accesibilidad a los servicios de salud.**

Las enfermedades huérfanas, también conocidas como enfermedades raras, presentan grandes desafíos en términos de acceso a los servicios de salud. Esto se debe principalmente a su baja prevalencia, la escasa disponibilidad de tratamientos y el limitado conocimiento médico y científico sobre estas patologías; la accesibilidad, entendida en un sentido amplio, abarca no solo la posibilidad física de llegar a un servicio, sino también la disponibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad y la asequibilidad de este.

**Tabla 63 Distribución de población con Enfermedades Huérfanas por Subred Integrada de Servicios de Salud como Red Prestadora en la sucursal Bogotá – Año 2024**

| Subred Integrada de Servicios de Salud | Femenino | % | Masculino | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro Oriente | 194 | 0.3 | 175 | 0.3 | 369 | 0.3 |
| Norte | 122 | 0.2 | 84 | 0.2 | 206 | 0.2 |
| Sur | 137 | 0.2 | 130 | 0.2 | 267 | 0.2 |
| Sur Occidente | 192 | 0.3 | 138 | 0.3 | 330 | 0.3 |
| Portabilidad | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Totales | 645 | 1.0 | 527 | 1.0 | 1172 | 1.0 |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Se puede identificar que, hay más mujeres (n=645) que hombres (n=527) con enfermedades huérfanas registradas, representan el 55 % y 45 % del total respectivamente, la Subred con mayor concentración de casos es Centro Oriente que tiene el mayor número de pacientes (n=369), seguido de Sur Occidente (n=330), entre estas dos se concentran más del 59 % del total de pacientes registrados, la Subred con menor concentración es Norte que tiene la menor cantidad de usuarios (n=206), excluyendo la categoría “Portabilidad”, que no reporta casos.

**Tabla 64 Distribución de población con Enfermedades Huérfanas, por Municipio y Red Prestadora en las sucursales de Meta y Soacha – 2024**

| Municipio | IPS Primaria | Total | % |
|---|---|---|---|
| Acacias | Hospital Municipal de Acacias | 7 | 8.1% |
| | Multisalud Acacias | 1 | 1.2% |
| | Hospital Municipal de Acacias | 1 | 1.2% |
| Castilla La Nueva | Hospital de Castilla La Nueva ESE | 2 | 2.3% |
| El Castillo | Solución Salud Castillo ESE Dpt | 2 | 2.3% |
| Granada | ESE Primer Nivel Granada Salud | 12 | 14.0% |
| Guamal | Hospital De Primer Nivel Guamal ESE | 1 | 1.2% |
| La Macarena | Centro De Atención La Macarena | 1 | 1.2% |
| La Uribe | Solución Salud la Uribe ESE Dptal | 1 | 1.2% |
| Lejanías | Solución Salud Lejanías ESE Dptal | 2 | 2.3% |
| Puerto Lleras | Solución Salud Puerto Lleras ESE Dpta | 1 | 1.2% |
| Puerto López | Hospital de Puerto López | 3 | 3.5% |
| Puerto Rico | ESE Hospital Nivel 1 Puerto Rico | 2 | 2.3% |
| Restrepo | Solución Salud Restrepo ESE Dptal | 1 | 1.2% |
| San Carlos Guaroa | ESE Hospital Local de San Carlos de Guaroa | 1 | 1.2% |
| San Juan De Arama | Solución Salud San Juan de Arama ESE | 2 | 2.3% |
| Villavicencio | Puesto De Salud Buena Vista ESE Mpal | 1 | 1.2% |
| | Centro de Salud Barzal ESE Mpal | 1 | 1.2% |
| | Centro de Salud De Kirpas ESE Mpal | 1 | 1.2% |
| | Centro de Salud Doce De Octubre Ese | 4 | 4.7% |
| | Centro de Salud Esperanza ESE Mpal | 2 | 2.3% |
| | Centro de Salud La Reliquia ESE Mpal | 1 | 1.2% |
| | Centro de Salud Popular ESE Mpal | 6 | 7.0% |
| | Centro de Salud Recreo ESE Mpal | 2 | 2.3% |
| | ESE Municipio de Villavicencio | 8 | 8.1% |
| | ESE Primer Nivel Granada Salud | 1 | 1.2% |
| | Multisalud IPS El Recreo | 1 | 1.2% |
| | Multisalud Ltda | 11 | 12.8% |
| | Solución Salud Vista Hermosa ESE Dpt | 1 | 1.2% |
| | Puesto de Salud de Morichal ESE Mpal | 4 | 4.7% |
| Vista Hermosa | ESE Primer Nivel Granada Salud | 1 | 1.2% |
| | Solución Salud Vista Hermosa ESE Dpt | 1 | 1.2% |
| Totales | | 86 | 100.0% |

| IPS Primaria en Soacha | Total | % |
|---|---|---|
| ESE Municipal Soacha Julio Cesar Peñaloza | 1 | |
| Totales | 1 | 100.0% |

Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En el territorio del Meta se registran un total de 86 pacientes reportados. Los municipios con mayor número de casos son: Granada con 12 pacientes (14.0 %), Villavicencio con aproximadamente 42 pacientes (48.8 %), Multisalud Ltda en Villavicencio con 11 pacientes (12.8 %), la ESE Municipio de Villavicencio con 7 pacientes (8.1 %) y el Hospital Municipal de Acacías, también con 7 pacientes (8.1 %); por otro lado, municipios como Guamal, La

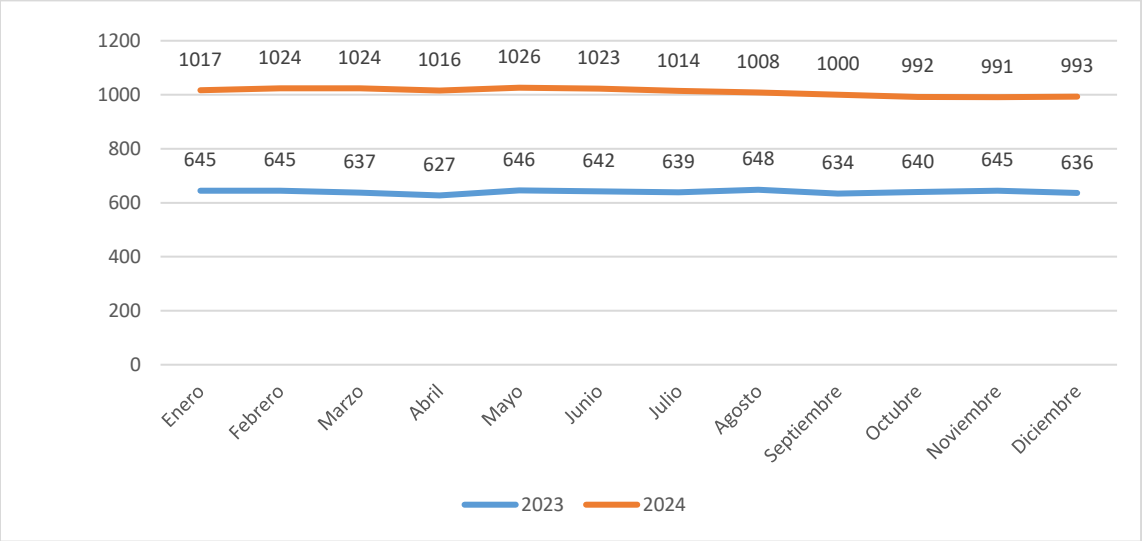
Macarena, La Uribe, Restrepo, Puerto Lleras y San Carlos de Guaroa, entre otros, presentan una baja concentración, con entre 1 y 2 pacientes cada uno, representando porcentajes individuales que oscilan entre el 1.2 % y el 2.3 %.

**Situación de Salud de la Cohorte**

La situación de salud de la cohorte de enfermedades huérfanas presenta desafíos significativos que afectan tanto a los pacientes como a sus familias. A continuación, se detallan los principales aspectos que la caracterizan:

- **Población afectada**: A corte de diciembre de 2024, se registraron 1259 personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas activos afiliados a la EPS-S Capital Salud, de los cuales el 36% son menores 11 años.
- **Distribución geográfica**: El territorio con mayor concentración de casos es Bogotá.

**Gráfica 28 Prevalencia de Enfermedades Huérfanas 2023 – 2024**

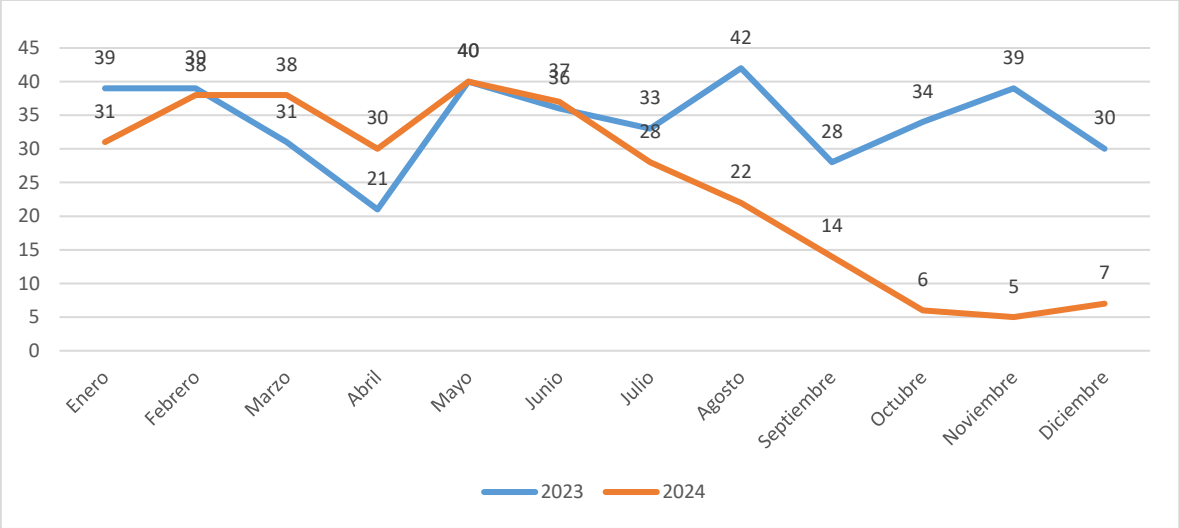



Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

Durante los años 2023 y 2024, la prevalencia de enfermedades huérfanas se ha mantenido relativamente estable, con fluctuaciones mensuales que varían entre 300 y 400 pacientes; sin embargo, esta cifra puede disminuir a lo largo del año, como resultado del proceso de actualización de la información, en el que se excluyen los pacientes fallecidos o retirados y se prioriza el registro de casos activos. La prevalencia registrada es de 10,34% por cada 10.000 habitantes.

Esto significa que, de cada 100 personas en la población analizada, aproximadamente 10 tienen una enfermedad huérfana y es una medida acumulada, no refleja solo nuevos casos, sino todos los casos existentes (antiguos y nuevos) en ese momento.

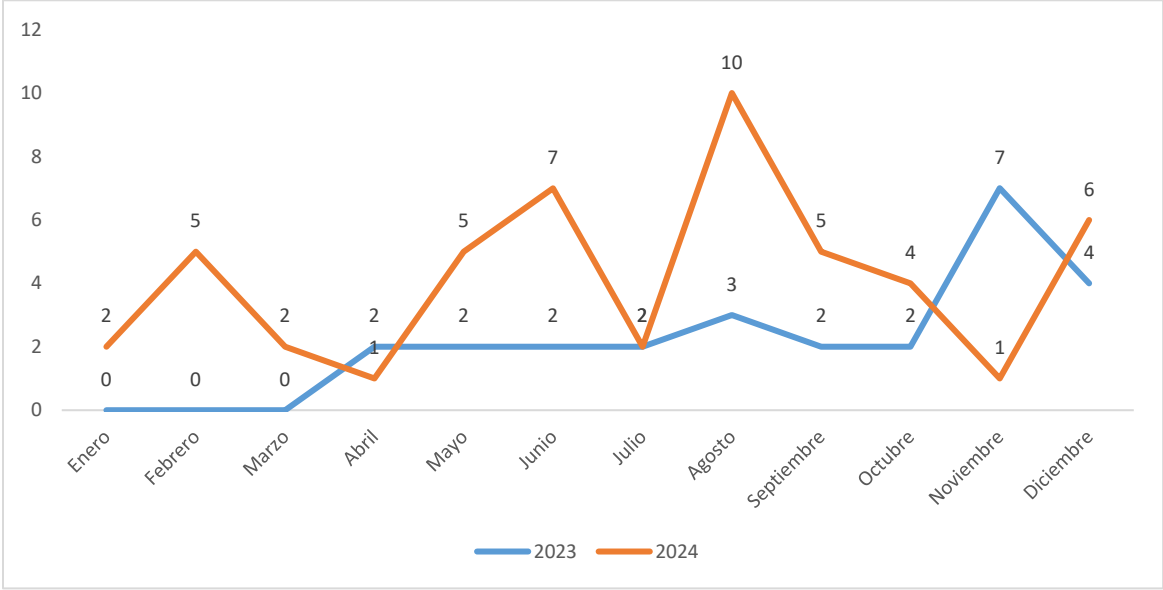
**Gráfica 29 Incidencia de Enfermedades Huérfanas 2023 - 2024**




Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

La cantidad de pacientes incidentes en la cohorte de Enfermedades Huérfanas se determina a partir de los registros de notificación al SIVIGILA, específicamente para el evento 342, reportado por semana epidemiológica, la incidencia registrada es de 2,70 casos por cada 100.000 habitantes, lo que significa que aproximadamente 2,7 personas de cada 100.000 desarrollaron la enfermedad durante el período analizado.

**Gráfica 30 Mortalidad de Enfermedades Huérfanas 2023 – 2024**




Fuente: Base de cohorte Enfermedades huérfanas Capital Salud EPSS, año 2024

En el período comprendido entre 2023 y 2024, se reportaron 76 defunciones asociadas a la cohorte de Enfermedades Huérfanas, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 0,32 por cada 10.000 habitantes, según los registros del reporteador de la EPS-S.

**Conclusiones y Recomendaciones**

- A corte de diciembre de 2024, se registraron 1259 personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas activos afiliados a la EPS-S Capital Salud, de los cuales el 36% son menores 11 años.
- El territorio con mayor concentración de casos es Bogotá.
- La cohorte cuenta con más pacientes mujeres, un 55% (n=645) y hombres el 45% (n=527).
- Infancia, adolescencia y adultez, son los cursos de vida donde más población se encuentra relacionada con alguna patología de enfermedad huérfana, perteneciente a la cohorte de enfermedades huérfanas - rara.
- El programa de Hemofilia para niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años) es tendido de manera prioritaria en la IPS HOMI y la población Adulto (Mayor de 18 años) en la IPS VIHONCO.
- Las 5 enfermedades huérfanas más representativas en los usuarios de la cohorte son: Displasia Broncopulmonar con n=194 (26%), Esclerosis Sistémica Cutánea Limitada con n=85 (12%), Microtia con n=72 (10%), Déficit Congénito del Factor VIII y Esclerosis Múltiple con n=53 (7%) respectivamente.
- Las enfermedades más comunes del programa de hemofilia u otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación son: la Enfermedad de Von Willebrand con CIE10 - D680, déficit congénito del factor VIII (Hemofilia tipo A) con CIE10 - D66X y déficit congénito del factor IX (hemofilia tipo B) con CIE10 - D67X.

**Acciones prioritarias**

La cohorte cuenta con una analista que realiza mensualmente, seguimientos telefónicos a aquellos casos priorizados de medicamentos No BPS, y seguimiento de información trazadora como lo son: fecha de última consulta, la especialidad que lo atendió, IPS que ordena la nueva formulación, la IPS que infunde el medicamento que requiere para manejo de su patología, lo que tiene pendiente de respuesta en atenciones o autorizaciones, la fecha de la última infusión y la fecha de la próxima infusión; la periodicidad de los seguimientos es de modo mensual, son realizados por la analista de la cohorte y revisados por la referente de la cohorte para la gestión de cualquier caso que lo requiera.

Capital Salud cuenta con un modelo de contratación de pagó global prospectivo con las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E.

- Permanentemente las IPS que atienden población con enfermedad Huérfana – Hemofilia, realizan de manera mensual y semestral jornadas donde se incluye la atención especializada para el control de su patología, entre estas está:

"La Feria de la Hemofilia" – HOMI, semestral

"Jornadas de Hematología "– VIHONCO, mensual

- Como estrategias implementadas la cohorte de Enfermedades Huérfanas (EH) de la EPS-S Capital Salud, se han realizado Mesas de trabajo y auditorías a los prestadores complementarios, donde se realiza seguimiento a la inoportunidad de atenciones de los pacientes con EH.
- Revisión y búsqueda de la confirmación de las Enfermedades Huérfanas para ser notificadas a SIVIGILA por evento 342 y verificación por semana epidemiológica de los casos nuevos reportados con enfermedades huérfanas-raras identificados por las UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) para su realimentación y disminución de barreras en la prestación de los servicios por diligenciamiento de la notificación al SIVIGILA.
- Se trabaja de modo articulado en la gestión de citas e identificación de las necesidades que los pacientes vayan presentando que se logre mitigar con las Subredes integradas de servicio de salud.
- Articulación con las diferentes áreas de la EPS-S, para la identificación de las necesidades de los pacientes con EH, en cuanto a la programación de citas con especialistas para la reformulación de su medicamento; por lo tanto, se realizan seguimientos telefónicos a las entregas y confirmación de aplicaciones de medicamentos, para lograr la continuidad de los tratamientos.

Relación de los programas contratados para la gestión y atención de los pacientes con Enfermedades Huérfanas garantizando sus atenciones, controles y seguimientos de su enfermedad:

- PROGRAMA HEMOFILIA - IPS HOMI (menores de 17 años): El equipo de atención integral al paciente con Hemofilia vincula y analiza de manera permanente la mayor cantidad de estrategias, desde las diferentes disciplinas de la salud para garantizar la atención completa y eficaz a todos los niños que padecen esta enfermedad y sus familias, no solo a través de las actividades evaluativas y asistenciales, sino también desde el punto de vista educativo y de prevención, lo que nos permitirá entregar a la vida adulta personas con mínimas secuelas o sin ellas.

**Caracterización basal**

- Consulta por: Hematología, Ortopedia, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Fisiatría, Nutrición, Genética
- Abordaje inicial al paciente y su familia
- Laboratorios clínicos específicos del programa dependerán del dx (Factor IX de la coagulación-Factor VIII de la coagulación-Factor Von Willebrand-Factor VIII Inhibidor-Hemograma IV)
- Evaluación estado viral (VHC, VHB, VIH)
- Definición de Tratamiento.
- Consentimientos y compromisos de ingreso al programa.

- PROGRAMA HEMOFILIA - IPS VIHONCO (mayores de 18 años): La IPS nace para liderar, innovar y aportar soluciones en programas de atención integrados e integrales a pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas de Alto costo para la atención de pacientes con coagulopatías hemorrágicas congénitas.

ATENCION INTEGRAL DE PACIENTES CON DEFECTOS CONGENITOS DE LA COAGULACION. El modelo de atención confluye un grupo interdisciplinario de profesionales con experticia en hemofilia y otras coagulopatías: Fisiatra, ortopedista, enfermeras, químicos farmacéuticos, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos hematólogos de adultos y pediatras; organizados en unidades de apoyo que soportan la atención integral e integrada del paciente y su familia orientados a la mitigación del riesgo hemorrágico.

- PROGRAMA DE ENFERMEDADES HUÉRFANAS – IPS ARTMEDICA: Enfermedades huérfanas en Artmedica según resolución 023 de 2023, para lo cual se realiza ficha de enfermedad huérfana a aquellos pacientes que tienen la enfermedad confirmada, reporte semanal de enfermedad huérfana como notificación rutinaria y estos reportes son realizados en cada sede por el personal médico.

Las estrategias de atención son: Seguimiento estrecho por equipo multidisciplinario, acceso oportuno, detección temprana, clasificación del riesgo en la población objeto, sistema de alertas, articulación con el asegurador, información clínica, capacitación a la red básica, optimización de terapias convencionales, regulación adecuada de la prescripción de agentes biológicos basados en estrategias de intervención intensiva, intervención oportuna, dispensación eficiente de medicamentos y entrega domiciliaria, educación, parámetros de seguimiento, grupo de apoyo en adherencia (EMA), plataforma telemedicina,

**El Modelo de atención se basa en:**

- No Autoinmune, no auto inflamatoria: Contra remisión a la red básica y Estructuración de clínicas de dolor
- Diagnóstico de autoinmunidad (Artritis, Lupus, Espondiloartropatías, Otras autoinmunes, huérfanas en reumatología): Ingreso al programa

Las Actividades de gestión al programa son:

- Seguimiento estrecho todas las veces que sea necesario por reumatólogo hasta controlar la actividad de la enfermedad.
- Intervenciones de telemedicina sincrónica y asincrónica.
- Sistema de alarmas y consultas prioritarias.
- Aplicación de medicamentos intravenosos en sala de infusión.
- Seguimiento por químico farmacéutico presencial y telemedicina.
- Seguimiento por psicología presencial y telemedicina.
- Intervención por el grupo EMA (Equipo Multidisciplinario de Adherencia) Compuesto por médico, químico farmacéutico, psicólogo:

- ➢ Adecuado escalonamiento terapéutico
- ➢ Identificación de condiciones psicosociales asociados a mala respuesta farmacológica
- ➢ Evaluación multidimensional de los pacientes con alta actividad inflamatoria
- ➢ Pacientes candidatos a Staff
    - Procedimientos menores: artrocentesis, infiltraciones de tejidos blandos, toma de biopsias de glándula salival menor
    - Terapias de rescate
    - Educación por fisioterapia
    - Toma de exámenes y procesamiento de muestras de laboratorio
    - Dispensación presencial y domiciliaria de medicamentos
    - Staff de especialistas
    - Junta de profesionales MIPRES
    - Entrega de los indicadores de la cuenta de alto costo en artritis reumatoide
    - Taller virtual personal médico de la red básica del asegurador
    - CUIDARTE

### 9.4 Cohorte Artritis

En el marco de la Resolución 1536 de 2015 (metodología de análisis que permite identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB), la EPS-S Capital Salud, adapta los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) para la actualización y modificación del modelo de atención, alineando las políticas estatales con la plataforma estratégica y objetivos de la Organización que buscan mantener y mejorar los resultados de salud de la población afiliada, destacando al afiliado como el centro de las intervenciones y asegurando mediante la gestión del riesgo, la integralidad en el cuidado de su salud a través de una atención efectiva, eficiente, eficaz, accesible, segura y humanizada ante el usuario, su familia y la Organización, con la participación de los otros sectores en que se realicen acciones sobre los determinantes y que puedan influir sobre el control o mitigación de los riesgos de la población afiliada.

Por lo anterior, el presente documento muestra el comportamiento poblacional de Capital Salud EPS-S con información desde la cohorte de Artritis Reumatoide representada en la identificación territorial y demográfica, la morbilidad e identificación de los determinantes sociales de la salud de la población afiliada; en la que se puede detectar, las necesidades de salud de los afiliados con el fin de fortalecer la red de servicios así como el fortalecimiento de los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad por curso vida, encaminado en promover los hábitos saludables y la cultura del autocuidado.

**Distribución geográfica de la cohorte**

A continuación, se presenta la estructura demográfica de la población que conforma la cohorte de Artritis Reumatoide según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sexo, curso de vida, área territorial, pirámide poblacional, grupo

poblacional, tipo de discapacidad y morbilidades durante el año 2024, identificando las proporciones de hombres y mujeres por grupos de edad.

**Tabla 65 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud, por sucursal. Año 2024.**

| SUCURSAL | | % |
|---|---|---|
| **BOGOTÁ** | 6391 | **84.7** |
| **META** | 1120 | **14.8** |
| **SOACHA** | 38 | **0.5** |
| **TOTAL** | **7549** | **100** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

La EAPB Capital Salud, durante el año 2024, presentó un total de n=7.549 afiliados pertenecientes a la cohorte de Artritis Reumatoide; el 84.7% pertenecen a la sucursal Bogotá, el 14.8% a Meta y el 05% a Soacha.

**Tabla 66 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud, sucursal Bogotá por Curso de vida y régimen de afiliación. Año 2024.**

| BOGOTA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| **PRIMERA INFANCIA** | 0-5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **INFANCIA** | 6-11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **ADOLESCENCIA** | 12-17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| **JUVENTUD** | 18-28 | 23 | 1 | 204 | 11 | 227 | 12 | **239** |
| **ADULTEZ** | 29-59 | 102 | 30 | 2,264 | 481 | 2366 | 511 | **2877** |
| **VEJEZ** | 60 y mas | 42 | 22 | 2,610 | 601 | 2652 | 623 | **3275** |
| **TOTAL** | | **167** | **53** | **5078** | **1093** | **5245** | **1146** | **6391** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En la cohorte de artritis se evidencia que teniendo una población de n=6.391 casos en la sucursal Bogotá; el 3.5% (n=220) casos corresponden al régimen contributivo y el 96.5% (n=6171) al régimen subsidiado.

Teniendo en cuenta la población de Bogotá según el curso de vida, la vejez representa el 51.3% (n=3275) del total, seguida por Adultez con el 45% (n=2877) y con menor porcentaje del 3.7% (n=239) juventud.

**Tabla 67 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud, sucursal Meta por Curso de vida y régimen de afiliación. Año 2024.**

En la cohorte de artritis se evidencia que teniendo una población de n=1.120 casos en la sucursal Meta; el 4.5% (n=50) casos corresponden al régimen contributivo y el 95.5% (n=1070) al régimen subsidiado.

| META | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| INFANCIA | 6-11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUVENTUD | 18-28 | 6 | 0 | 40 | 3 | 46 | 3 | 49 |
| ADULTEZ | 29-59 | 28 | 10 | 483 | 71 | 511 | 81 | 592 |
| VEJEZ | 60 y mas | 5 | 1 | 393 | 80 | 398 | 81 | 479 |
| TOTAL | | 39 | 11 | 916 | 154 | 955 | 165 | 1120 |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Teniendo en cuenta la población de Meta según el curso de vida, la Adultez representa el 52.8% (n=592) del total, seguida por Vejez con el 42.8% (n=479) y con menor porcentaje del 4.4% (n=49) juventud.

**Tabla 68 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud, sucursal Soacha por Curso de vida y régimen de afiliación. Año 2024.**

| SOACHA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| INFANCIA | 6-11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JUVENTUD | 18-28 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 |
| ADULTEZ | 29-59 | 0 | 0 | 17 | 1 | 17 | 1 | 18 |
| VEJEZ | 60 y mas | 1 | 0 | 13 | 2 | 14 | 2 | 16 |
| TOTAL | | 1 | 0 | 33 | 4 | 34 | 4 | 38 |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En la cohorte de artritis se evidencia que teniendo una población de n=38 casos en la sucursal Soacha; el 2.6% (n=1) caso corresponde al régimen contributivo y el 97.4% (n=37) al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta la población de Soacha según el curso de vida, la Adultez representa el 47.3% (n=18) del total, seguida por Vejez con el 42.2% (n=16) y con menor porcentaje del 10.5% (n=4) juventud.

**Tabla 69 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud por Subred, localidad de residencia y área demográfica para Bogotá D.C. Año 2024.**

| SUBRED | LOCALIDAD | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | | 0.0% | 75 | 1.2% | **75** | 1.2% |
| | La Candelaria | | 0.0% | 20 | 0.3% | **20** | 0.3% |
| | Los Mártires | | 0.0% | 86 | 1.4% | **86** | 1.3% |
| | Rafael Uribe Uribe | 1 | 3.4% | 415 | 6.5% | **416** | 6.5% |
| | San Cristóbal | 3 | 10.3% | 527 | 8.3% | **530** | 8.3% |
| | Santa Fe | | 0.0% | 151 | 2.4% | **151** | 2.4% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORTE | Barrios Unidos | | 0.0% | 52 | 0.8% | **52** | 0.8% |
| | Chapinero | | 0.0% | 69 | 1.1% | **69** | 1.1% |
| | Engativá | | 0.0% | 483 | 7.6% | **483** | 7.6% |
| | Suba | 3 | 10.3% | 578 | 9.1% | **581** | 9.1% |
| | Teusaquillo | | 0.0% | 22 | 0.3% | **22** | 0.3% |
| | Usaquén | | 0.0% | 210 | 3.3% | **210** | 3.3% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 4 | 13.8% | 901 | 14.2% | **905** | 14.2% |
| | Sumapaz | 11 | 37.9% | 1 | 0.0% | **12** | 0.2% |
| | Tunjuelito | | 0.0% | 282 | 4.4% | **282** | 4.4% |
| | Usme | 5 | 17.2% | 674 | 10.6% | **679** | 10.6% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 2 | 6.9% | 1026 | 16.1% | **1028** | 16.1% |
| | Fontibón | | 0.0% | 181 | 2.8% | **181** | 2.8% |
| | Kennedy | | 0.0% | 514 | 8.1% | **514** | 8.0% |
| | Puente Aranda | | 0.0% | 95 | 1.5% | **95** | 1.5% |
| SIN INFORMACION | Sin información | | 0.0% | 0 | 0.0% | **0** | 0.0% |
| **Total, general** | | **29** | **0.5%** | **6362** | **99.5%** | **6391** | **100.0%** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En la tabla anterior, se puede observar que del total de la cohorte sucursal Bogotá (n=6391) hay más población residente en el área urbana con un porcentaje del 99.5% (n=6362); concentrada en la subred Sur con n=1878 usuarios, seguido de la subred Sur Occidente n=1818, Subred Norte con n=1417, al final está la subred Centro oriente con n=1278 y con una población en el área rural del 0.5% (n=29) concentrada en la Subred sur con n=20 casos.

**Tabla 70 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud por municipio de residencia y área demográfica para el departamento del Meta. Año 2024.**

| MUNICIPIO | URBANO | % | RURAL | % | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ACACIAS** | 144 | 15.1% | 31 | 18.3% | **175** | 15.6% |
| **BARRANCA DE UPIA** | 6 | 0.6% | 3 | 1.8% | **9** | 0.8% |
| **CABUYARO** | 3 | 0.3% | 1 | 0.6% | **4** | 0.4% |
| **CASTILLA LA NUEVA** | 7 | 0.7% | 13 | 7.7% | **20** | 1.8% |
| **CUMARAL** | 0 | 0.0% | 1 | 0.6% | **1** | 0.1% |
| **EL CASTILLO** | 0 | 0.0% | 3 | 1.8% | **3** | 0.3% |
| **EL DORADO** | 7 | 0.7% | 13 | 7.7% | **20** | 1.8% |
| **FUENTE DE ORO** | 1 | 0.1% | 0 | 0.0% | **1** | 0.1% |
| **GRANADA** | 158 | 16.6% | 28 | 16.6% | **186** | 16.6% |
| **GUAMAL** | 15 | 1.6% | 2 | 1.2% | **17** | 1.5% |
| **LA MACARENA** | 2 | 0.2% | 5 | 3.0% | **7** | 0.6% |
| **LEJANIAS** | 14 | 1.5% | 15 | 8.9% | **29** | 2.6% |
| **MAPIRIPAN** | 2 | 0.2% | 2 | 1.2% | **4** | 0.4% |
| **MESETAS** | 1 | 0.1% | 0 | 0.0% | **1** | 0.1% |
| **PUERTO GAITAN** | 5 | 0.5% | 0 | 0.0% | **5** | 0.4% |
| **PUERTO LLERAS** | 7 | 0.7% | 6 | 3.6% | **13** | 1.2% |
| **PUERTO LOPEZ** | 46 | 4.8% | 7 | 4.1% | **53** | 4.7% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PUERTO RICO** | 6 | 0.6% | 2 | 1.2% | **8** | 0.7% |
| **RESTREPO** | 19 | 2.0% | 9 | 5.3% | **28** | 2.5% |
| **SAN CARLOS DE GUAROA** | 10 | 1.1% | 3 | 1.8% | **13** | 1.2% |
| **SAN JUAN DE ARAMA** | 13 | 1.4% | 5 | 3.0% | **18** | 1.6% |
| **SAN JUANITO** | 2 | 0.2% | 8 | 4.7% | **10** | 0.9% |
| **SAN MARTIN** | 39 | 4.1% | 2 | 1.2% | **41** | 3.7% |
| **URIBE** | 4 | 0.4% | 4 | 2.4% | **8** | 0.7% |
| **VILLAVICENCIO** | 436 | 31.4% | 3 | 1.7% | **439** | 28.2% |
| **VISTAHERMOSA** | 4 | 0.4% | 3 | 1.8% | **7** | 0.6% |
| **TOTAL** | **951** | **84.9%** | **169** | **15.1%** | **1120** | **100.0%** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Durante el año 2024, Capital Salud registró un total de 1.120 personas diagnosticadas con artritis en el departamento del Meta, distribuidas por municipio de residencia y área demográfica. El análisis de esta cohorte evidencia un claro predominio urbano, ya que el 84,9% de los casos (n=951) se concentran en zonas urbanas, mientras que solo el 15,1% (n=169) corresponde a áreas rurales.

El municipio de Villavicencio sobresale como el principal centro de concentración de pacientes con artritis, albergando 439 personas, lo que representa el 39,2% del total departamental. De estos, el 99,3% corresponde a residentes urbanos. Le siguen en volumen Granada con 186 casos (16,6%) y Acacías con 175 (15,6%), municipios que, junto con Villavicencio, agrupan el 71,4% de toda la cohorte.

Esta fuerte concentración en tres municipios refleja no solo un mayor acceso al sistema de salud y a servicios de diagnóstico especializados, sino también una probable migración de pacientes desde zonas rurales hacia áreas urbanas en busca de atención, lo cual es común en enfermedades crónicas que requieren seguimiento continuo, como la artritis.

Aunque los municipios de menor tamaño presentan una carga absoluta baja, algunos revelan características epidemiológicas relevantes. Por ejemplo, en municipios como El Dorado, Castilla la Nueva, Lejanías y San Juanito, más del 50% de los casos identificados con artritis residen en zonas rurales. En particular, San Juanito reporta el 80% de sus casos en área rural, y Lejanías el 51,7%.

Esto sugiere que, si bien hay barreras estructurales de acceso, en estos territorios se están alcanzando ciertos niveles de detección de enfermedades crónicas, lo cual podría estar relacionado con intervenciones comunitarias, presencia de rutas extramurales o derivación efectiva desde el primer nivel de atención. Sin embargo, estos pacientes rurales presentan desafíos importantes, como la continuidad en el tratamiento farmacológico, la adherencia terapéutica y la realización de controles periódicos, factores clave en el manejo clínico de la artritis.

Por otro lado, varios municipios como Cabuyaro, Mapiripán, Mesetas, Puerto Gaitán y Cumaral reportan menos de cinco casos, lo que puede deberse tanto a una baja densidad poblacional como a una limitada capacidad diagnóstica y de seguimiento clínico. En estos territorios, Capital Salud debería evaluar si la baja prevalencia obedece realmente a una

menor carga de enfermedad o si se trata de una subdetección relacionada con barreras de acceso, falta de tamizajes o desconocimiento de rutas de atención por parte de la población.

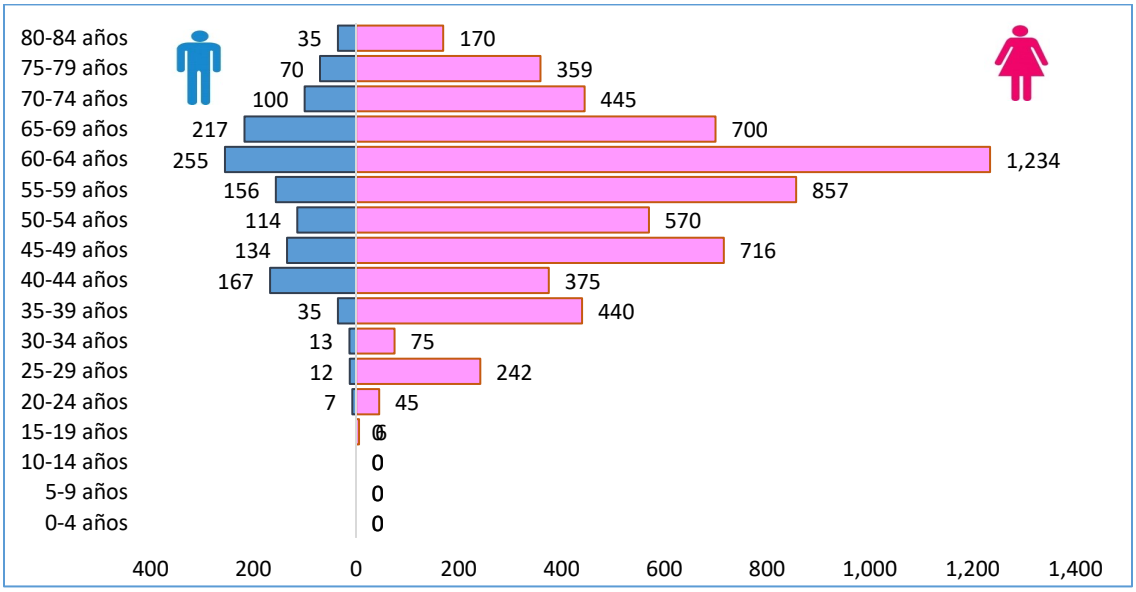
**Tabla 71 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud por municipio de residencia y área demográfica para el municipio de Soacha. Año 2024**

| SOACHA | URBANO | RURAL | TOTAL |
|---|---|---|---|
| ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 38 | 0 | **38** |
| **Total** | **38** | **0** | **38** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

La sucursal de Soacha registra con un 100% (n=38) población residente en el área Urbana.

**Gráfica 31 Pirámide Poblacional Capital Salud EPS-S cohorte Artritis Reumatoide. Año 2024**




**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

La pirámide poblacional de la cohorte de artritis se observa balanceada hacia el sexo femenino porque la artritis, especialmente la artritis reumatoide, afecta de manera más prevalente a las mujeres que a los hombres ya sea por factores hormonales, como el estrógeno, y diferencias en el sistema inmunológico, que pueden hacer que las mujeres sean más susceptibles a enfermedades autoinmunes, contribuyen a esta desigualdad en la prevalencia de la cohorte.

Es por tal motivo que la población de la cohorte cuenta con el 83% (n=6234) de afiliados de sexo femenino con un menor porcentaje de sexo masculino con el 17% (n=1315) usuarios con esta patología como se evidencia en el grafico siguiente.

**Tabla 72 Distribución Poblacional Capital Salud EPS-S cohorte Artritis Reumatoide por sexo. Año 2024**

| SEXO | CANTIDAD | % |
|---|---|---|
| **FEMENINO** | 6234 | 83 |
| **MASCULINO** | 1315 | 17 |
| **TOTAL** | 7549 | **100** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En el año 2024, la cohorte de personas afiliadas a Capital Salud EPS-S con diagnóstico confirmado de Artritis Reumatoide estuvo compuesta por un total de 7.549 pacientes. El análisis por sexo revela una clara predominancia femenina, con 6.234 mujeres, lo que representa el 83% del total de casos, frente a 1.315 hombres, que corresponden al 17%.

Está marcada diferencia es coherente con el comportamiento epidemiológico ampliamente documentado de la Artritis Reumatoide, una enfermedad autoinmune sistémica que afecta de manera desproporcionada al sexo femenino en una proporción cercana a 3:1 en contextos globales, y que en esta cohorte local incluso se aproxima a 5:1.

Desde el punto de vista fisiopatológico, esta tendencia puede estar relacionada con factores hormonales, inmunológicos y genéticos que predisponen a las mujeres a desarrollar enfermedades autoinmunes en mayor proporción.

**Clasificación de la población por grupo poblacional**

En este caso como la EAPB Capital Salud, EPS está dirigida al régimen subsidiado y su atención es priorizada para este grupo poblacional, dentro de la cohorte de Artritis Reumatoide se evidencia, que el 96.4% (n=7278) pertenecen al grupo poblacional con registro en el SISBÉN y su 1° nivel de atención se presta por medio de las IPS de la red pública en las tres sucursales.

**Tabla 73 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud por grupo poblacional y Sucursal, Cohorte Artritis Reumatoide. Año 2024.**

| Grupo Poblacional | BOGOTA | META | SOACHA | Total |
|---|---|---|---|---|
| POBLACIÓN CON SISBEN | 5584 | 757 | 35 | 6376 |
| VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO | 535 | 343 | 2 | 880 |
| AFILIACION OFICIO SIN SISBEN | 143 | 12 | 1 | 156 |
| HABITANTE DE CALLE | 36 | | | 36 |
| COMUNIDADES INDÍGENAS | 27 | 5 | | 32 |
| POBLACIÓN RECLUSA A CARGO DE LA ENTIDAD TERRITORIA | 20 | | | 20 |
| ADULTO MAYOR EN CENTROS DE PROTECCIÓN | 18 | 1 | | 19 |
| PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS DE PROTECCIÓN | 13 | 2 | | 15 |
| MIGRANTES COLOMBIANOS REPATRIADOS | 6 | | | 6 |
| PERSONAS QUE DEJEN DE SER MADRES COMUNITARIAS | 3 | | | 3 |
| POBLACIÓN NO POBRE NO VULNERABLE | 3 | | | 3 |
| MIGRANTE VENEZOLANO | 2 | | | 2 |
| POBLACION DESMOVILIZADA | 1 | | | 1 |
| **Total** | **6391** | **1120** | **38** | **7549** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En el cuadro anterior, se puede observar que, del total de la población de la cohorte n=7549; el 84.4% (n=6376) usuarios registran como población con SISBEN, el 11.6% (n=880) como Víctimas del conflicto armado interno, el 2% (n=156) figura como Afiliación oficios sin SISBEN; mientras como población Habitante de calle, Comunidades indígenas, población reclusa a cargo de la entidad territorial, adulto mayor, personas con discapacidad, migrantes colombianos, madres comunitarias, migrante venezolanos y desmovilizados corresponden a un porcentaje menor a 1%.

**Población con Discapacidad**

**Tabla 74 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital Salud, identificada en alguna categoría de Discapacidad de la cohorte de Artritis Reumatoide por sucursal Año 2024.**

| TIPO DE DISCAPACIDAD | BOGOTA | META | SOACHA | Total |
|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 6090 | 1069 | 38 | 7197 |
| FISICA | 211 | 42 | | 253 |
| MULTIPLE | 52 | 3 | | 55 |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 22 | 5 | | 27 |
| VISUAL | 9 | | | 9 |
| AUDITIVA | 2 | 1 | | 3 |
| INTELECTUAL | 3 | | | 3 |
| MENTAL | 2 | | | 2 |
| **Total** | **6391** | **1120** | **38** | **7549** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Según el reporte de afiliados con marcación de discapacidad al interior de cohorte se puede observar el 95.3% (n=7197) están categorizados como no presentar ninguna discapacidad y entre las discapacidades más representativas está la física con el 3.3% (n=253); con discapacidad múltiple, psicosocial-Mental, visual, Auditiva, intelectual y Mental se encuentran en un porcentaje menor a 1%.

**Factores socioeconómicos y calidad de vida**

**Tabla 75 Nivel de SISBEN de la cohorte de Artritis Reumatoide por Sucursal. Año 2024.**

La distribución de los niveles SISBEN en la cohorte de Artritis Reumatoide afiliada a Capital Salud EPS-S permite identificar con claridad la situación de vulnerabilidad socioeconómica de esta población, aspecto clave para la planificación de servicios, priorización de intervenciones y garantía de acceso equitativo a tratamientos crónicos de alto costo.

**Sucursal Bogotá**

| SEXO/ NIVEL SISBEN | Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Tota |
|---|---|---|---|---|---|
| Femenino | 609 | 2212 | 2323 | 101 | 5245 |
| Masculino | 136 | 450 | 537 | 23 | 1146 |
| **Total** | **745** | **2662** | **2860** | **124** | **6391** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Con un total de 6.391 pacientes, Bogotá concentra la mayoría de los casos de la cohorte nacional. El 42% de los afiliados se encuentran en el Nivel 1 del SISBEN, seguido por el Nivel 2 (44,7%), lo que refleja que el 86,7% de los pacientes están clasificados en los dos niveles más vulnerables. El Nivel 0, que incluye a población sin clasificación o en extrema vulnerabilidad, representa el 11,7%, y apenas un 1,9% corresponde al Nivel 3, lo que indica una afiliación minoritaria de personas con mejores condiciones socioeconómicas.

En términos de género, las mujeres (5.245 casos) representan el 82% de la cohorte en Bogotá, y su distribución sigue el mismo patrón, con un peso importante en los niveles 1 y 2.

### Sucursal Meta

| SEXO/ NIVEL SISBEN | Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Femenino | 318 | 508 | 127 | 2 | 955 |
| Masculino | 49 | 88 | 28 | 0 | 165 |
| **Total** | **367** | **596** | **155** | **2** | **1120** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

En el Meta, donde la cohorte asciende a 1.120 pacientes, se evidencia un perfil aún más vulnerable. El 53,2% de los afiliados pertenece a los niveles 0 (32,8%) y 1 (53,2%), mientras que solo el 13,8% está en el Nivel 2, y apenas 2 personas aparecen en el Nivel 3, lo que equivale al 0,2%. Esta distribución revela una alta concentración de personas con artritis en condiciones de pobreza o pobreza extrema, especialmente en áreas rurales y dispersas donde el acceso a servicios de salud especializados puede ser limitado. La distribución por sexo es consistente con los demás territorios, con una clara predominancia femenina (85,3%).

### Sucursal Soacha

| SEXO/ NIVEL SISBEN | Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Total |
|---|---|---|---|---|
| Femenino | 1 | 26 | 7 | 34 |
| Masculino | 1 | 3 | 0 | 4 |
| **Total** | **2** | **29** | **7** | **38** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Aunque representa una cohorte pequeña (apenas 38 pacientes), la distribución en Soacha sigue la misma tendencia de vulnerabilidad. El Nivel 1 agrupa al 76,3% de los casos, seguido del Nivel 0 con el 5,3%, y el Nivel 2 con el 18,4%. No hay pacientes en Nivel 3 en este municipio. La presencia de pacientes en Soacha, aunque pequeña, debe considerarse en función de su contexto territorial, caracterizado por alta densidad poblacional, pobreza urbana y presencia de población desplazada, factores que pueden aumentar la carga de enfermedad y dificultar el seguimiento continuo.

- A nivel nacional, la gran mayoría de pacientes con Artritis Reumatoide atendidos por Capital Salud EPS-S pertenecen a los niveles 0, 1 y 2 del SISBEN, lo que refleja una alta vulnerabilidad socioeconómica de esta población crónica.
- Solo el 1,6% de la cohorte nacional (126 personas entre Bogotá y Meta) está clasificada en el Nivel 3, lo que indica que esta enfermedad es más visible y/o se atiende prioritariamente en población con menor capacidad de pago.

- Esta situación plantea retos importantes para la adherencia al tratamiento, el acceso a reumatología, medicamentos de alto costo, rehabilitación y transporte, especialmente en zonas rurales como el Meta o en contextos urbanos periféricos como Soacha.

## Índices Demográficos

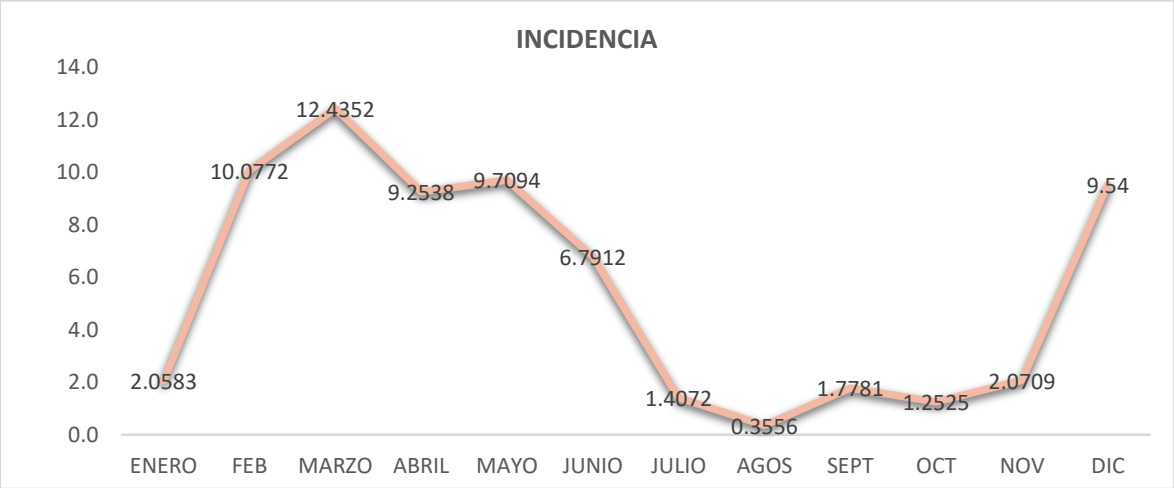
**Tabla 76 Medición de índice demográfico de la cohorte de Artritis Reumatoide. Año 2024.**

| INDICADOR | BOGOTA | META | SOACHA | TOTAL | ANALISIS GENERAL |
|---|---|---|---|---|---|
| **Índice de masculinidad** | 22 | 17 | 12 | 21 | Esto significa que por cada 100 mujeres en Capital Salud, hay aproximadamente 90 hombres. |
| **Proporción de mujeres** | 82 | 85 | 89 | 83 | Aproximadamente el 53% de la población total de Capital Salud está compuesta por mujeres. |
| **Población económicamente activa** | 71 | 78 | 79 | 72 | El 64% de la población de Capital Salud se encuentra en la población económicamente activa. |
| **Índice de envejecimiento** | 68 | 62 | 60 | 67 | Capital Salud tiene un índice de envejecimiento de 67. Esto significa que por cada 100 personas menores de 15 años, hay aproximadamente 67 personas mayores de 65 años. |
| **Índice de dependencia** | 41 | 28 | 27 | 38 | El índice de dependencia para el total de Bogotá, Meta y Soacha es del 57%. Esto significa que por cada 100 personas en edad de trabajar, hay aproximadamente 57 personas dependientes (niños y personas mayores). |
| **Proporción de hombres** | 18 | 15 | 11 | 17 | La proporción de hombres para el total de Bogotá, Meta y Soacha es del 47%. Esto significa que aproximadamente el 47% de la población total en Capital Salud son hombres. |
| **Razón niña – mujer** | 0 | 0 | 0 | 0 | La razón niña-mujer para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 14. Esto significa que en estas áreas combinadas, en promedio, hay 14 niñas por cada mujer. |
| **El índice de infancia** | 0 | 0 | 0 | 0 | El índice de infancia para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 22. Esto significa que, en promedio, el 22% de la población de estas áreas se encuentra en la etapa de la infancia. |
| **Índice de juventud** | 4 | 5 | 11 | 4 | El índice de juventud para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 22. Esto significa que, en promedio, el 22% de la población de estas áreas se encuentra en la etapa de juventud. |
| **Índice de vejez** | 29 | 22 | 21 | 28 | El índice de vejez para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 15. Esto significa que, en promedio, el 15% de la población en estas áreas se encuentra en la categoría de personas mayores de 65 años. |
| **Índice de dependencia infantil** | 0 | 0 | 0 | 0 | El índice de dependencia infantil para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 34. Esto significa que, en promedio, por cada 100 personas en edad laboral en estas áreas, hay 34 personas menores de 15 años. |
| **Índice de dependencia de mayores** | 41 | 28 | 27 | 38 | El índice de dependencia de mayores para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 23. Esto significa que, en promedio, por cada 100 personas en edad laboral en estas áreas, hay 23 personas de 65 años o más. |
| **Índice de Friz** | 0 | 0 | 0 | 0 | El índice de Friz para el total de Bogotá, Meta y Soacha es de 145 (POBLACIÓN MADURA). Esto significa que, en promedio, por cada 100 personas mayores de 65 años, hay 145 niños y jóvenes menores de 15 años en estas áreas. |
| **Proporción de mujeres en edad fértil** | 29 | 38 | 24 | 28 | La proporción de mujeres en edad fértil para el total de Bogotá, Meta y Soacha es del 45%. Esto indica que, en promedio, el 45% de la población femenina en estas áreas se encuentra en edad reproductiva. |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

## Morbilidad

### Gráfica 32 INCIDENCIA cohorte Artritis Reumatoide. Año 2024




**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

La incidencia mensual de la cohorte de artritis varía ampliamente de un mes a otro,

con los meses de marzo y febrero siendo los que muestran más nuevos casos, y los meses de julio y agosto los que tienen la menor cantidad de ingresos debido a que se realiza ajuste de revisión a la información para el reporte anual a la CAC. Se observa una reactivación en la incidencia, especialmente en los meses de noviembre y diciembre debido a que se reinicia la búsqueda de afiliados para ingreso a la cohorte de artritis.

### Gráfica 33 PREVALENCIA cohorte Artritis Reumatoide. Año 2024




**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

La prevalencia de la cohorte de artritis en el año 2024 muestra un aumento continuo durante la mayor parte del año, con un aumento más pronunciado en octubre. La caída en los últimos dos meses (noviembre y diciembre) demuestra la depuración realizada a los casos anteriores y remitidos que si fueron confirmados por especialista por tal motivo se afectó la incidencia de la cohorte al final del año.

**Tabla 77 Principales diagnósticos de la cohorte Artritis Reumatoide. relacionados con otras cohortes del área de alto costo. Año 2024**

| Sucursal | ENF. ALTO COSTO | F | M | Total |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | CANCER | 186 | 32 | 218 |
| | ENFERMEDADES HUERFANAS | 22 | 6 | 28 |
| | ERC | 8 | 7 | 15 |
| | VIH | 7 | 10 | 17 |
| | TRASPLANTES | 1 | 1 | 2 |
| | HEMOFILIA | 1 | | 1 |
| | HEPATITIS C | | 1 | 1 |
| | **NINGUNA** | 5020 | 1089 | 6109 |
| META | CANCER | 50 | 4 | 54 |
| | VIH | 1 | 1 | 2 |
| | ERC | 2 | | 2 |
| | TRASPLANTES | | 1 | 1 |
| | ENFERMEDADES HUERFANAS | 1 | | 1 |
| | **NINGUNA** | 901 | 159 | 1060 |
| SOACHA | **NINGUNA** | 34 | 4 | 38 |
| **Total** | | **6234** | **1315** | **7549** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Se evidencia en la sucursal Bogotá que los usuarios de la cohorte de artritis reumatoide presentan a menudo comorbilidades con otras patologías de alto costo; encabezada por cáncer en un 2.8% (n=218) y en un 0.3% (n=28) enfermedad huérfana; sin embargo, con menos porcentaje presentan patología de ERC, VIH, han sido trasplantados, Hemofilia y hepatitis C; es de resaltar que un total de n=6109 pacientes de artritis no presentan comorbilidad con otra patología de alto costo.

En la sucursal Meta, la comorbilidad con otra patología de alto costo la encabeza también el cáncer con un porcentaje del 0.7% (n=54), VIH con n=2 pacientes seguida de la ERC, trasplante y enfermedad huérfana con porcentajes muy bajos; n=1060 usuarios de la cohorte de Artritis no registran ningún otro diagnóstico de alto costo.

En la sucursal de Soacha se observa que ninguno de los n=38 usuarios de la cohorte de artritis presentan relación con otra enfermedad de las de alto costo.

Según el análisis realizado a la población perteneciente a la cohorte de Artritis Reumatoide, se encuentra que las patologías Artritis reumatoide, Seropositiva, seronegativa y con compromiso de otros órganos y sistemas, son alguna de las enfermedades más comunes en la cohorte de la EPS-S Capital Salud.

**Tabla 78 FALLECIDOS Año 2024 Cohorte Artritis Reumatoide por sucursal**

| Sucursal | Curso de vida | Femenino | Masculino | Total |
|---|---|---|---|---|
| Bogota | Adultez | 11 | 2 | **13** |
| | Vejez | 65 | 36 | **101** |
| Meta | Adultez | 2 | | **2** |
| | Vejez | 12 | 4 | **16** |
| Soacha | **0** | 0 | 0 | **0** |
| **Total** | | **90** | **42** | **132** |

**Fuente:** Base de cohorte Artritis Reumatoide Capital Salud EPS-S, año 2024

Con relación al evento de fallecidos, en la cohorte durante el periodo 2024; se observa que falleció un total de n=132 usuarios, de los cuales a la sucursal Bogotá le corresponde el 86% (n=114) y el 14% (n=18) a la sucursal Meta; la sucursal Soacha no registra fallecidos para el periodo. Se informa en estos casos que no se tiene conocimiento de los motivos de estos decesos.

## CONCLUSIÓN

En la cohorte de pacientes con Artritis Reumatoide afiliados a Capital Salud EPS-S durante el año 2024, se identifican necesidades críticas en materia de acceso y oportunidad de atención especializada. En Bogotá, donde se concentra el mayor volumen de casos, actualmente solo se cuenta con una sede de la IPS especializada ubicada en el norte de la ciudad, lo cual representa una importante barrera geográfica para los afiliados que residen en el sur, suroccidente y periferias urbanas.

Por su parte, en la sucursal Meta, que atiende a más de mil pacientes con esta condición, no existe un contrato formal con una IPS especializada. La atención se presta por evento, lo que fragmenta el proceso asistencial, dificulta la continuidad del tratamiento y expone a los pacientes a demoras, trámites administrativos y desprotección clínica. Esta situación se agrava por la dispersión territorial y la presencia de pacientes en zonas rurales con barreras adicionales de movilidad y acceso.

Ante este panorama, se hace prioritaria la formalización de contratos con IPS especializadas que garanticen cobertura territorial adecuada, atención continua y estándares de calidad. Para Bogotá, se recomienda ampliar la red de atención hacia el sur y occidente de la ciudad; y en Meta, establecer una relación contractual estable que permita organizar la atención integral de forma regional. Esta estrategia es clave para garantizar la adherencia al tratamiento, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población con Artritis Reumatoide.

### 9.5 Cohorte Enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de la función renal, cuyo grado de afectación se determina por una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m2 o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente; como consecuencia los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus son sus principales precursoras.

La red de atención está conformada por 6 unidades renales

1. USS Hospital el Tunal
2. USS Hospital Occidente de Kennedy
3. USS Hospital Simón Bolivar
4. Hospital Cardiovascular de Cundinamarca
5. RTS
6. Davita.

**Distribución de la población**

Capital Salud EPS-S finalizando el año 2024 presenta un total de **1108** afiliados diagnosticados con enfermedad renal estadio 5 en terapia dialítica, el 79,2% pertenecen a la sucursal Bogotá, el 15.6% a Meta y el 5,1% a la sucursal Soacha. El 97.1% son del régimen subsidiado y el 2.9% del régimen contributivo.

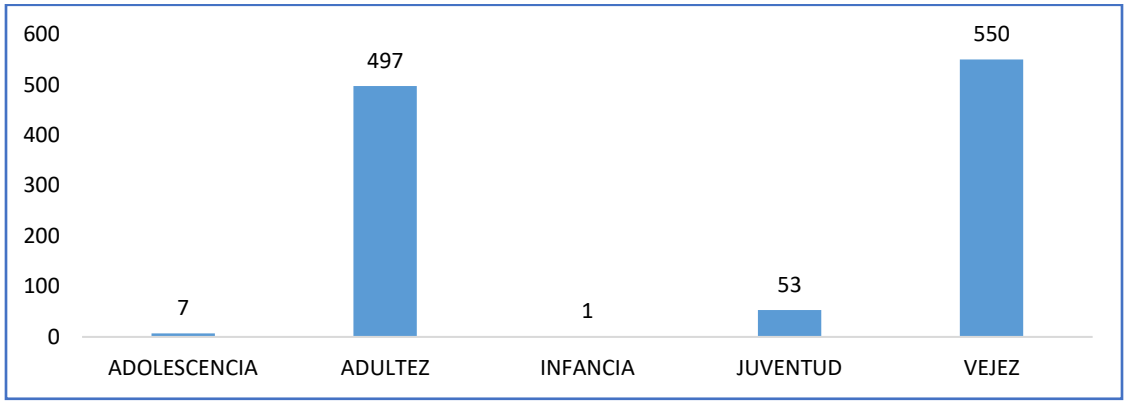
**Tabla 79 Distribución de Población afiliada a EAPB Capital salud EPSS por sucursal y régimen 2024**

| SUCURSAL | REGIMEN CONTRIBUTIVO | REGIMEN SUBSIDIADO | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|
| **BOGOTA** | 24 | 854 | 878 | **79.2%** |
| **META** | 6 | 167 | 173 | **15.6%** |
| **SOACHA** | 2 | 55 | 57 | **5.1%** |
| **Total general** | **32** | **1076** | **1108** | **100.0%** |

Fuente: Base de cohorte enfermedad renal crónica Capital Salud EPSS, 2024

La gran mayoría de pacientes pertenece al régimen subsidiado, lo que indica una alta vulnerabilidad social. Bogotá concentra casi 8 de cada 10 pacientes, reflejando tanto la densidad poblacional como la mayor disponibilidad de servicios especializados en la ciudad.

**Gráfica 34 Distribución de la población por curso de vida de Capital salud EPSS 2024 de la cohorte de Enfermedad Renal Crónica.**




Fuente: Base de cohorte enfermedad renal crónica Capital Salud EPSS 2024

La mayor carga de pacientes en diálisis se concentra en la vejez y adultez, lo que es coherente con la progresión típica de la enfermedad renal. Sin embargo, la presencia de casos en juventud, adolescencia e incluso infancia, aunque baja, indica la necesidad de alertas tempranas y estrategias diferenciales de seguimiento en edades tempranas. Esto también sugiere que la ERC no es exclusiva del envejecimiento, y puede ser resultado de condiciones crónicas mal controladas desde etapas previas.

**Tabla 80 Distribución por curso de vida, sexo y lugar de atención 2024**

| | ADOLESCENCIA | | ADULTEZ | | INFANCIA | JUVENTUD | | VEJEZ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Etiquetas de fila** | **F** | **M** | **F** | **M** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** |
| CENTRO ORIENTE | | | 28 | 41 | | 7 | 4 | 42 | 59 |
| META | | 1 | 44 | 38 | | 3 | 3 | 34 | 50 |
| NORTE | | 1 | 54 | 46 | 1 | 2 | 5 | 47 | 62 |
| PORTABILIDAD | | | 1 | 2 | | | 1 | | |
| SOACHA | | | 11 | 20 | | | | 9 | 17 |
| SUR | | 1 | 38 | 59 | | 5 | 6 | 38 | 83 |
| SUR OCCIDENTE | 3 | 1 | 69 | 46 | | 8 | 9 | 37 | 72 |
| **Total general** | **3** | **4** | **245** | **252** | **1** | **25** | **28** | **207** | **343** |

Fuente: Base de cohorte enfermedad renal crónica Capital Salud EPSS, 2024

La mayor concentración de usuarios en diálisis se encuentra en las subredes Sur, Sur Occidente y Norte. Se mantiene un predominio masculino en casi todos los cursos de vida, particularmente en la vejez. Además, Meta y Centro Oriente presentan cifras similares a las de Bogotá en usuarios adultos y mayores, confirmando su relevancia dentro del plan de atención integral.

**Tabla 81 Distribución por Sub Red de atención Bogota, población urbana y rural.**

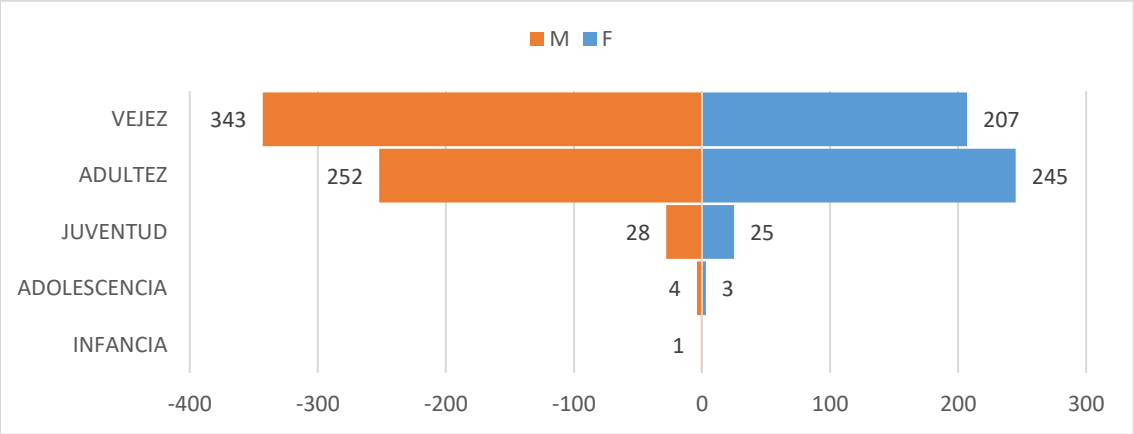
| Lugar de atención | Rural | Urbana |
|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | 2 | 179 |
| META | 24 | 149 |
| NORTE | 3 | 215 |
| PORTABILIDAD | | 4 |
| SOACHA | 2 | 55 |
| SUR | 4 | 226 |
| SUR OCCIDENTE | | 245 |
| **Total general** | **35** | **1073** |

Fuente: Base de cohorte enfermedad renal crónica Capital Salud EPSS, 2024

El 96,8% de los usuarios en diálisis son atendidos en zonas urbanas, lo que evidencia una centralización de los servicios nefrológicos y posibles barreras de acceso para la población rural.

Meta destaca como el único territorio con una proporción rural significativa (24 usuarios), lo que sugiere la necesidad de reforzar redes de transporte asistencial y atención cercana en áreas rurales de ese departamento.

**Gráfica 35 Pirámide Poblacional Capital Salud EPSS cohorte Enfermedad Renal crónica 2024.**




Fuente: Base de cohorte enfermedad renal crónica Capital Salud EPSS 2024

El gráfico muestra un claro predominio masculino en los extremos etarios, especialmente en la vejez, lo que puede asociarse a factores como menor control de comorbilidades y menor acceso a atención oportuna en hombres.

En adultos, la distribución por sexo es más equilibrada, lo que podría reflejar un mayor diagnóstico oportuno en mujeres de este grupo etario. La infancia y adolescencia siguen siendo marginales en la carga global, aunque su presencia indica necesidad de rutas pediátricas activas.

**Clasificación de la población por grupo poblacional**

**Tabla 82 Distribución de afiliados por grupo poblacional y sexo, 2024.**

| Grupo Poblacional | F | M | Total general |
|---|---|---|---|
| Adulto Mayor En Protección | 1 | 4 | 5 |
| Comunidades indígenas | 5 | 4 | 9 |
| Habitante De La Calle | | 6 | 6 |
| ICBF | | 1 | 1 |
| Migrantes Colombianos Repatriados | 1 | 1 | 2 |
| Personas Con Discapacidad En Centros De Protección | | 1 | 1 |
| Personas Sin Sisben | 13 | 17 | 30 |
| Población Con Sisben | 394 | 521 | 915 |
| Población Desmovilizada Y/O Miembros Del Grupo Arm | 1 | 2 | 3 |
| Población No Pobre No Vulnerable | 6 | 8 | 14 |
| Población Reclusa A Cargo De La Entidad Territorial | 1 | 1 | 2 |
| Prisión Domiciliaria | 1 | 8 | 9 |
| Sin Dato | 2 | 1 | 3 |
| Victimas Conflicto Armado | 55 | 53 | 108 |
| **Total general** | **480** | **628** | **1108** |

Fuente: base de datos cohorte enfermedad renal crónica 2024

La mayoría de los usuarios con enfermedad renal en diálisis y hemodiálisis pertenecen a población con SISBEN (82.6%), lo que indica una fuerte relación entre vulnerabilidad socioeconómica y desarrollo de la enfermedad.

Llama la atención la presencia de 108 víctimas del conflicto armado y 30 personas sin SISBEN, lo cual exige enfoques diferenciales en seguimiento y acceso a tratamiento.

Aunque la mayoría no pertenecen a grupos especiales, la diversidad de poblaciones vulnerables representadas (indígenas, privados de la libertad, migrantes, entre otros) sugiere retos importantes en accesibilidad, continuidad del tratamiento y articulación interinstitucional.

**Tabla 83 Distribución de afiliados en las IPS especializadas para tratamiento y seguimiento de la patología**

| Unidad Renal | Número de Usuarios |
|---|---|
| HCVC | 32 |
| HOSPITAL TUNAL | 233 |
| SANTA CLARA | 54 |
| UR SIMON BOLIVAR | 134 |
| USS KENNEDY | 214 |
| RTS | 209 |
| DAVITA | 192 |
| HOSPITAL DE GRANADA | 40 |
| **Total general** | **1108** |

Fuente: base de datos cohorte enfermedad renal crónica 2024

La atención en salud renal está fuertemente concentrada en cuatro instituciones: Hospital Tunal, USS Kennedy, RTS y Davita, las cuales atienden a 76% del total de usuarios. Esta concentración implica posibles retos en capacidad operativa y equidad en el acceso.

**Población en condición de discapacidad**

**Tabla 84 Distribución de afiliados por tipo discapacidad y sexo 2024.**

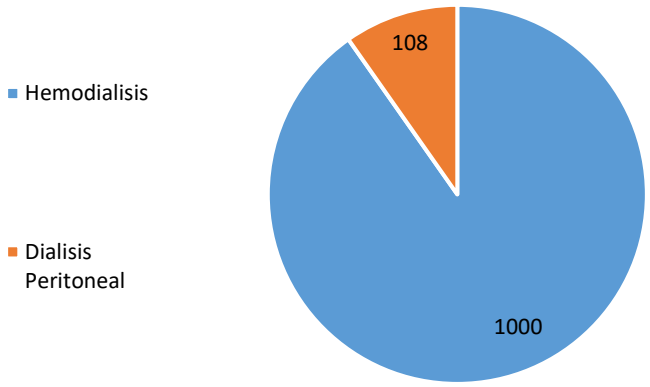
| Discapacidad | Número de usuarios |
|---|---|
| Auditiva | 1 |
| Física | 52 |
| Intelectual | 1 |
| Múltiple | 14 |
| Ninguna | 1039 |
| Visual | 1 |
| **Total general** | **1108** |

Fuente: base de datos cohorte enfermedad renal crónica 2024.

La cohorte de pacientes renales en terapia dialítica muestra una baja prevalencia de discapacidad (6.2%), siendo la limitación física la predominante (75.4% de los casos con discapacidad), lo que sugiere posibles complicaciones secundarias a la enfermedad renal crónica avanzada; este hallazgo implica la necesidad de implementar protocolos adaptados de acceso y atención sanitaria que consideren las limitaciones de movilidad en

aproximadamente 1 de cada 20 pacientes, especialmente relevante para garantizar la adherencia a los tratamientos dialíticos programados que requieren asistencia frecuente a las unidades renales

**Gráfica 36 Tipo de terapia de Reemplazo Renal.**




Fuente: base de datos cohorte enfermedad renal crónica 2024

La distribución de pacientes según modalidad terapéutica evidencia un claro predominio de la hemodiálisis (90.2%, 1000 pacientes) frente a la diálisis peritoneal (9.8%, 108 pacientes). Está marcada diferencia refleja la tendencia institucional hacia la hemodiálisis como terapia principal, posiblemente fundamentada en criterios clínicos específicos de la población atendida, como mayor prevalencia de comorbilidades, contraindicaciones anatómicas para diálisis peritoneal, o consideraciones sobre adherencia terapéutica. El perfil epidemiológico observado resulta coherente con el abordaje terapéutico institucional que prioriza la eficiencia depurativa de la hemodiálisis en un contexto donde la infraestructura existente facilita su implementación, permitiendo un seguimiento más estrecho y estandarizado de estos pacientes con enfermedad renal avanzada en las tres sucursales analizadas.

### 9.6 Cohorte Trasplantes

En medicina, trasplante o injerto es un tratamiento complejo que consiste en trasladar órganos, tejidos o células de una persona a otra. El órgano trasplantado reemplaza y asume la función del órgano dañado del receptor, salvándole la vida o mejorando la calidad de vida. Una variedad de órganos macizos y tejidos pueden ser trasplantados, incluyendo riñones, pulmones, hígados, corazones, etc.

**Distribución de la población**

Capital Salud EPS-S para el 31 de diciembre de 2024 presentó un total de 192 afiliados con trasplante de órgano sólido, el 94% pertenecen a la sucursal Bogotá, el 5% a Meta y 1% A Soacha, el 94% son del régimen subsidiado y el 6% del régimen contributivo.

**Tabla 85 Distribución de la población con trasplante de órgano en Capital salud EPSS por sucursal y régimen. Diciembre 2024.**

| Régimen | Contributivo | | Subsidiado | | Total general |
|---|---|---|---|---|---|
| SUCURSAL / GENERO | F | M | F | M | |
| SAS BOGOTA SUBSIDIADO | 4 | 7 | 81 | 89 | 181 |
| SAS VILLAVICENCIO SUBSIDIADO | 0 | 1 | 3 | 6 | 10 |
| SOACHA | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total general | 4 | 8 | 85 | 95 | 192 |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes/reporteador Capital Salud EPSS 2024

La población trasplantada de la ciudad de Bogotá se encuentra distribuida en las diferentes localidades con una concentración mayor en la localidad de Ciudad Bolivar con el 14.1% de los casos seguida de las localidades de Bosa y Kennedy con 12.5% y 12% de los casos respectivamente, seguidas de las localidades de Suba y San Cristóbal con 9.4% cada una, de los usuarios con trasplante se órgano. La subred suroccidente cuenta con el 30% y sur con 23%.

**Tabla 86 Distribución de la población con trasplante de órganos por localidad, ciclo de vida y sexo. Diciembre 2024.**

| | | Primera Infancia | | Infancia | | Adolescentes | | Jóvenes | | Adultos | | Adultos mayores | | Total genera |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | |
| META | 0 - SIN INFORMACION | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 1 | 0 | 10 |
| PORTABILIDAD | 0 - SIN INFORMACION | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| SOACHA | 0 - SIN INFORMACION | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | 14 - MARTIRES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | 15 - ANTONIO NARIÑO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | 18 - RAFAEL URIBE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 15 |
| | 3 - SANTAFE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 6 |
| | 4 - SAN CRISTOBAL | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 1 | 2 | 18 |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | 1 - USAQUEN | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 10 - ENGATIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 12 |
| | 11 - SUBA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 7 | 2 | 4 | 18 |
| | 12 - BARRIOS UNIDOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 13 - TEUSAQUILLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | 2 - CHAPINERO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | 19 - CIUDAD BOLIVAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 12 | 5 | 2 | 27 |
| | 5 - USME | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| | 6 - TUNJUELITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. | 16 - PUENTE ARANDA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| | 7 - BOSA | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 9 | 3 | 2 | 24 |
| | 8 - KENNEDY | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 8 | 5 | 3 | 23 |
| | 9 - FONTIBON | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 7 |
| Total general | | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 55 | 68 | 23 | 25 | 192 |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

Solamente se encuentra una usuaria en portabilidad en la ciudad de Bello.

**Tabla 87 Distribución de la población con Trasplante de órgano por Municipio y zona de ubicación Diciembre 2024.**

| MUNICIPIO | R | U | Total general |
|---|---|---|---|
| BOGOTA - CUNDINAMARCA | | 181 | 181 |
| VILLAVICENCIO - META | | 5 | 5 |
| ACACIAS - META | | 1 | 1 |
| CASTILLA LA NUEVA - META | | 1 | 1 |
| SOACHA-CUNDINAMARCA | | 1 | 1 |
| LEJANIAS - META | 1 | | 1 |
| SAN CARLOS DE GUAROA | 1 | | 1 |
| SAN JUAN DE ARAMA - META | 1 | | 1 |
| **TOTAL** | **3** | **189** | **192** |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

En la ciudad de Bogotá la ubicación geográfica de todos los usuarios es en la zona urbana. En Meta el 2% corresponde a usuarios ubicados en zona rural. La población de la sucursal Meta se encuentra distribuida en 5 municipios del departamento con la mayoría en Villavicencio. (3%).

**Tabla 88 Distribución de la población con Trasplante de órgano por municipio, ciclo de vida y sexo. Diciembre 2024.**

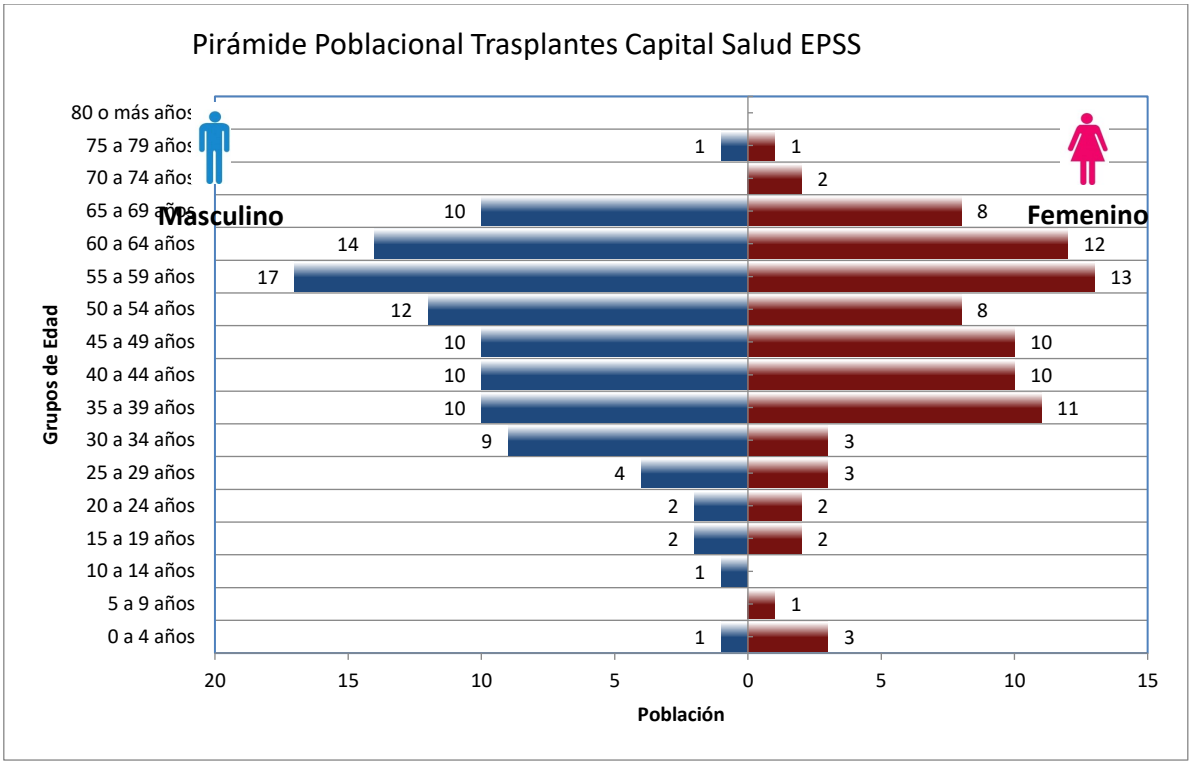
| | Primera Infancia | | Infancia | | Adolescentes | | Jóvenes | | Adultos | | adultos mayores | | Total general |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | |
| ACACIAS - META | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| BOGOTA - CUNDINAMARCA | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 52 | 61 | 22 | 25 | 181 |
| CASTILLA LA NUEVA - META | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| LEJANIAS - META | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| SAN JUAN DE ARAMA - META | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| SOACHA-CUNDINAMARCA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| VILLAVICENCIO - META | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| **Total general** | **1** | **1** | **3** | **1** | **2** | **2** | **5** | **6** | **55** | **68** | **23** | **25** | **192** |

Fuente: Base de cohorte trasplantes Capital Salud EPSS 2024

De manera general las personas con trasplante de órgano afiliadas a Capital Salud EPSS son en su mayoría de sexo masculino con el 54% de los casos, por curso de vida la Primera infancia representa el 2% del total de los afiliados de la cohorte, de Infancia el 1%,

Adolescencia representa el 2% y los cursos de vida con mayor población diagnosticada son Adultez, Vejez y Juventud con el 64%, 25% y 5% de los casos respectivamente.
La pirámide poblacional muestra que los trasplantes se presentan mayormente en las edades 30 a 69 años, dado que, en las edades de 0 a 29 años, solo alcanza el 12% evidenciando que los trasplantes se realizan en población que ha presentado progresión en sus enfermedades de base teniendo en cuenta que el 81% de los pacientes tienen trasplante renal.

**Gráfica 37 Pirámide Poblacional cohorte Trasplantes de Órganos Capital Salud EPSS Diciembre 2024.**




Fuente: Base de cohorte trasplantes Capital Salud EPSS 2024

**Clasificación de la población por grupo poblacional y discapacidad**

Con respecto a los grupos de población especial, en la cohorte de trasplantes el 85% de los usuarios no se identifican en un grupo poblacional, el 12% está identificado como víctimas del conflicto armado interno, Migrante Extranjero, población desmovilizada, ICBF menor de padres no afiliados con el 1%

**Tabla 89 Distribución de usuarios cohorte Trasplantes por grupo poblacional y sexo, Diciembre de 2024.**

| GRUPO POBLACIONAL | F | M | Total general | % |
|---|---|---|---|---|
| ICBF | 1 | | 1 | 1% |
| MIGRANTE EXTRANJERO | 1 | 1 | 2 | 1% |
| POBLACIÓN CON SISBEN | 78 | 85 | 163 | 85% |
| POBLACION DESMOBILIZADA | | 1 | 1 | 1% |
| POBLACIÓN NO POBRE NO VULNERABLE | 1 | | 1 | 1% |
| RECIEN NACIDO Y MENOR DE PADRES NO AFILIADOS | 1 | | 1 | 1% |
| VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO | 7 | 16 | 23 | 12% |
| Total general | 89 | 103 | 192 | 100% |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

Referente a la condición de discapacidad de los usuarios con trasplante de órgano se evidencia que el 92% de los usuarios de la cohorte no presenta ninguna discapacidad, el 7% presenta discapacidad física, el 1% discapacidad múltiple y Psicosocial mental.

**Tabla 90 Distribución de usuarios cohorte Trasplantes según condición de discapacidad y sexo, Diciembre 2024.**

| Discapacidad | F | M | Total general | % |
|---|---|---|---|---|
| FISICA | 2 | 11 | 13 | 7% |
| MULTIPLE | 1 | 1 | 2 | 1% |
| NINGUNA | 86 | 90 | 176 | 92% |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | | 1 | 1 | 1% |
| **Total general** | **89** | **103** | **192** | **100%** |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2023

**Prestación de servicios de salud**

Los usuarios de Capital Salud EPSS con trasplante de órgano reciben atención a través de IPS especializadas con un contrato de paquete integral de servicios por evento y en IPS sin contrato bajo la modalidad de anticipo o autorización no red. Los usuarios están distribuidos en Hospital Cardiovascular de Cundinamarca con el 73% (140 usuarios), seguido de Fundación Santa Fe con un 23% (45 usuarios) el resto de los usuarios se encuentran con el 2% en F Cardioinfantil el 1% en San Ignacio, Colombiana de trasplantes, San José y Pablo Tobón. Esta situación se presenta debido a la complejidad de los procedimientos y la poca oferta de estas especialidades

**Tabla 91 Distribución de afiliados en las IPS para el seguimiento de trasplantes, Diciembre 2024**

| IPS SEGUIMIENTO | HIGADO + RIÑON | CORAZON | HIGADO | PULMON | RIÑON | INTESTINO DELGADO | PANCREAS RIÑON | Total general | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cardiovascular de cundinamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 140 | 0 | 0 | 140 | 73% |
| Colombiana de Trasplantes | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1% |
| F. CARDIOINFANTIL | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2% |
| F. Santa Fe | 1 | 0 | 25 | 3 | 14 | 0 | 2 | 45 | 23% |
| Hospital San Ignacio | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1% |
| Pablo Tobón U. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1% |
| **Total general** | **1** | **1** | **29** | **3** | **155** | **1** | **2** | **192** | **100%** |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

Encontramos que el 81 % (155) de los usuarios tienen trasplante de riñón, el 15% (29) pacientes tienen trasplante hepático, 2% (3) tienen trasplante de pulmón, 1% combinado de riñón + hígado y riñón (1) + páncreas (2), 1 trasplante de intestino delgado y 1 trasplante de corazón

## Indicadores

### Sobrevida del trasplante a diciembre de 2024

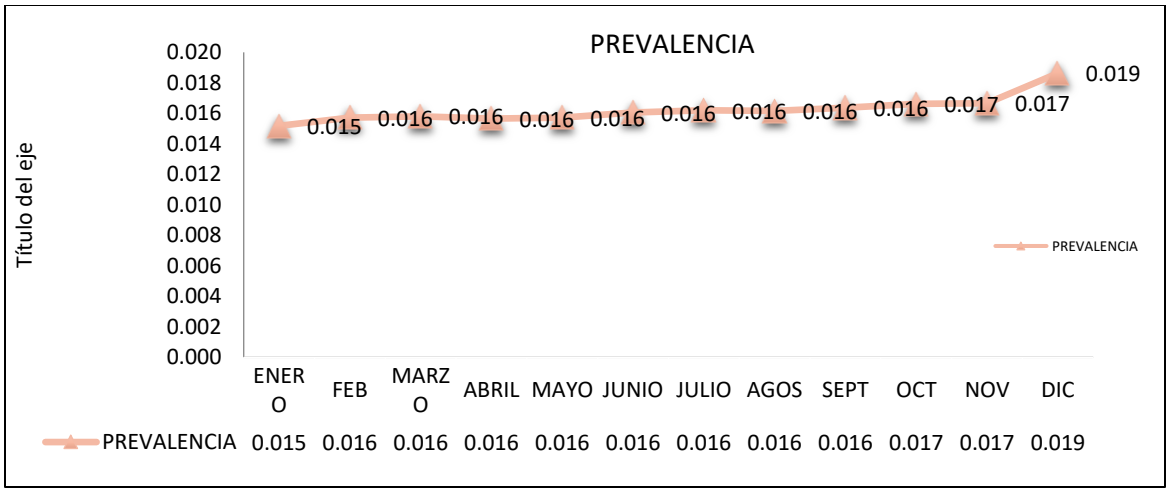
La sobrevida del trasplante se mide en el número de años en que el trasplante es funcional medido desde la fecha del trasplante hasta la fecha de corte. Encontramos 79 trasplantados hace 5 a 9 años (41%), 66 (34%) usuarios trasplantados hace menos de 5 años; 30 (16%) usuarios trasplantados hace 10 y 14 años; 15 (8%) 15 a 19 años y se evidencia una desviación con dos pacientes un migrante venezolano y un colombiano que fueron trasplantados en Caracas hace más de 20 años

**Tabla 92 Sobrevida de trasplantes**

| DIAGNOSTICO | 5 a 9 | 0 a 4 | 10 a 14 | 15 a 19 | mas 20 | Total general |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RETRASPLANTE DE HIGADO + RIÑON | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TRASPLANTE DE CORAZON | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TRASPLANTE DE HIGADO | 6 | 9 | 11 | 3 | 0 | 29 |
| TRASPLANTE DE PULMON | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| TRASPLANTE DE RIÑON | 71 | 52 | 19 | 11 | 2 | 155 |
| TRASPLANTE INTESTINO DELGADO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| TRASPLANTE PANCREAS RIÑON | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| **Total general** | **79** | **66** | **30** | **15** | **2** | **192** |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

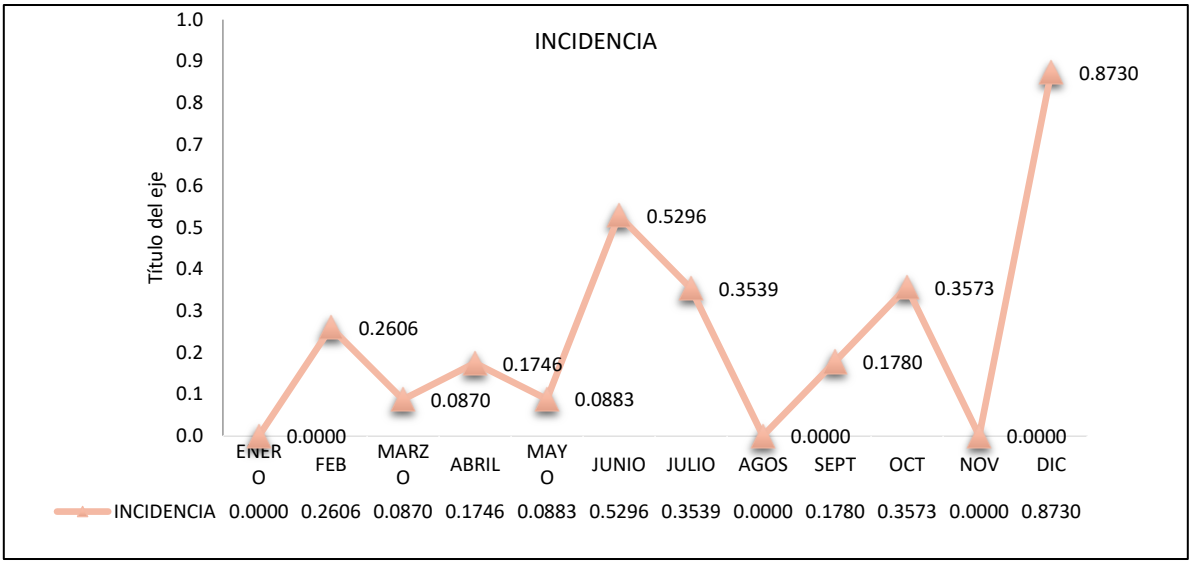
**Gráfica 38 Prevalencia trasplantes 2024**




Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

La prevalencia de trasplantes en 2024, se mantiene establecen tendencia creciente un promedio de 183 usuarios en la cohorte de trasplantados fluctuando entre 177 y 192.

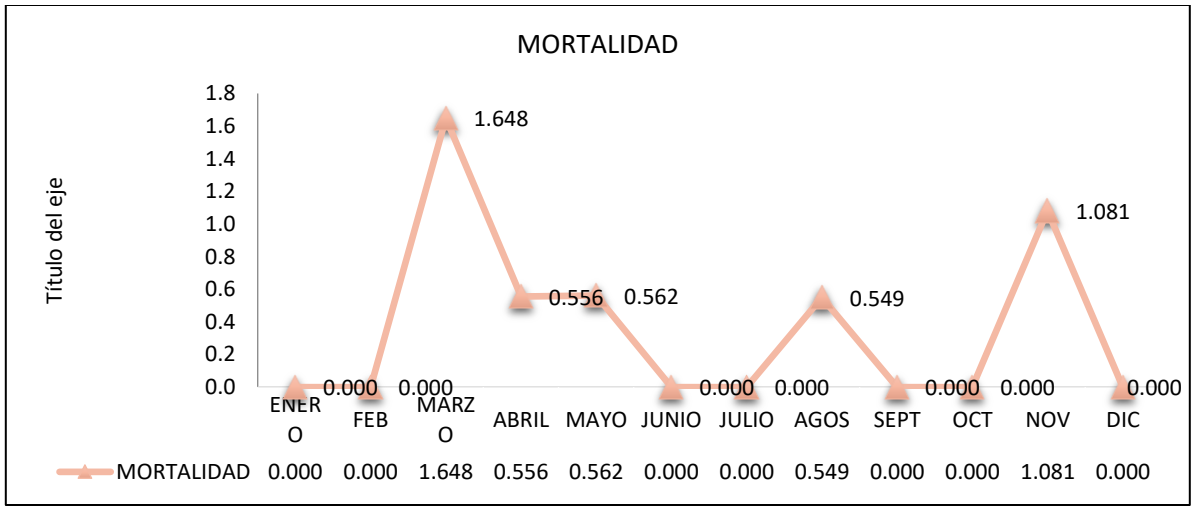
**Gráfica 39 Incidencia trasplantes 2024**




Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

En total se realizaron 32 trasplantes en 2024; 21 trasplantes renales realizados en el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca,3 trasplantes hepáticos, 1 renal 2 trasplantes combinados Riñón – hígado y 1 riñón-páncreas en la F. Santa fe de Bogotá, y 3 trasplante de hígado realizados en el F. Cardioinfantil.

**Gráfica 40 Mortalidad Trasplantes 2024**




Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

En 2024 hubo 8 fallecimientos de pacientes trasplantados, 3 trasplante renal fallecido del hospital cardiovascular de Cundinamarca, 1 trasplante hepático fallecido en Cardioinfantil en el posoperatorio, 3 fallecieron en la FSFB 1 renal y 2 hepático y 1 trasplante de corazón fallecido en San Ignacio

**Lista de espera diciembre 2024**

El 80% de los usuarios en lista de espera se encuentra en el Cardiovascular de Cundinamarca, El 96% esperan un trasplante de riñón, El 80% de los pacientes se encuentran en lista de espera desde hace 4 años o menos, 17% esperan desde hace más de 5 años y 1 usuario lleva esperando más de 10 años.

**Tabla 93 Listas de espera**

| | 0 a 4 | | 5 a 9 | 10 y más | Total general | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **IPS** | **PULMON** | **RIÑON** | **RIÑON** | **RIÑON** | | |
| Fundación Santa Fe de Bogotá | 2 | 2 | | | 4 | 9% |
| HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA S.A. | | 28 | 8 | 1 | 37 | 80% |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | | 3 | | | 3 | 7% |
| SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE | | 2 | | | 2 | 4% |
| **Total general** | **2** | **35** | **8** | **1** | **46** | **100%** |

Fuente: Base de cohorte Trasplantes Capital Salud EPSS 2024

**Plan de Acción**

La mayor dificultad para la cohorte de trasplantados se relaciona con el suministro de medicamentos por el proveedor Audifarma, dado que la falta de continuidad en los medicamentos pone en riesgo de rechazo del tejido

1. Identificación de los medicamentos formulados a cada paciente
2. Comunicación permanente con las enfermeras de trasplantes de las IPS
3. Linea directa con los usuarios mediante celular personal para identificar dificultades
4. Comunicaciones vía Correo electrónico con servicio al cliente de Audifarma
5. Plan de trabajo con el área de farmacovigilancia para gestionar la entrega de los medicamentos
6. Retroalimentación de las dificultades al supervisor del contrato vía correo electrónico
7. Envío directo y diario de fórmulas e historias clínicas para la realización de las autorizaciones interinstitucional
8. En 2025 con aval de la subdirección se realiza el redireccionamiento de las autorizaciones a los proveedores Cohan y Drogas Boyacá desde el área de farmacovigilancia

### 9.7 Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardio vasculares son la principal causa de muerte en el mundo con 17,9 millones de vidas cada año; la OPS Organización Panamericana de la Salud indica que las cinco principales causas de muerte por ECV en 2019 fueron: Cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía, miocarditis y endocarditis, y cardiopatía reumática.

El desarrollo de estas complicaciones está influenciado por diversos factores de riesgo, entre ellos el tabaquismo, una alimentación poco saludable, la falta de actividad física, el sedentarismo y el consumo de alcohol. A esto se suman comorbilidades como la obesidad, la hipertensión arterial, la dislipidemia y los niveles elevados de glucosa en sangre. Además, factores socioeconómicos, psicosociales, la edad, el género, la etnia, el entorno ambiental y la predisposición genética también desempeñan un papel fundamental.

En Colombia las enfermedades cardio vasculares han sido la primera causa de mortalidad según informa el Ministerio de Salud y Protección Social, en el último lineamiento publicado el pasado mes de febrero 2025, en este se expone que la mortalidad prematura de 30 a 70 años fue la segunda causa de mortalidad, y nos invita a reconocerlo como un problema de salud pública.

En el último consenso basado en la evidencia para hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica publicado por la CAC indican “En general, las comunidades más vulnerables pueden tener un mayor riesgo de desarrollar y de sufrir las consecuencias de morbilidad asociada, debido a los factores socioeconómicos y a la disponibilidad restringida

de los servicios de salud.” Siendo este el mayor porcentaje de población afiliada a nuestra EAPB, convirtiéndose en un reto aún más desafiante el control de nuestros afiliados.

**Tabla 94 Población con Diagnostico de hipertensión, Diabetes, enfermedad renal crónica afiliada a Capital Salud EPS-S.**

| CRÓNICOS | Subs | Cont | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|
| **Bogotá** | 130333 | 3147 | **133480** | 83.4% |
| **Soacha** | 555 | 38 | **593** | 0.4% |
| **Meta** | 22266 | 670 | **22936** | 16.2% |
| **Total** | **153,154** | **3,855** | **157,009** | **100.0%** |

Fuente: Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica, Tablero poblacional MGR 2024

La caracterización de la cohorte de personas con enfermedades crónicas (Ruta Cardiocerebrovascular y Metabólica – RCCVM) afiliadas a Capital Salud EPS-S muestra una clara concentración de la carga de enfermedad en Bogotá, donde se encuentra el 83,4% del total de casos crónicos identificados (133.480 personas). Le siguen el departamento del Meta con el 16,2% (22.936 personas) y Soacha con apenas el 0,4% (593 personas), lo cual refleja no solo la distribución poblacional general, sino también las diferencias en acceso al diagnóstico, capacidad instalada y dinámica de reporte en cada territorio.

En cuanto al régimen de afiliación, el 97,5% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado (153.154 personas), lo que ratifica la estrecha relación entre condiciones socioeconómicas desfavorables y mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación demanda una estrategia de atención con enfoque en equidad, donde se prioricen intervenciones preventivas, seguimiento clínico estructurado y continuidad asistencial, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

El comportamiento observado en Bogotá indica una alta carga de enfermedad crónica concentrada en la población adulta y adulta mayor, con predominancia de patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica sin requerimiento de terapia de reemplazo. Esto evidencia la necesidad de fortalecer las redes de atención primaria, implementar rutas de atención eficaces, y consolidar estrategias de gestión del riesgo que permitan reducir complicaciones, hospitalizaciones evitables y deterioro funcional en estos pacientes.

En Meta, si bien el volumen es menor, la proporción respecto a la población atendida es significativa. Se observa una participación creciente en la cohorte RCCVM, lo que puede estar asociado tanto a la expansión diagnóstica como a una mejor identificación clínica en la región. Sin embargo, persisten desafíos en cobertura geográfica, seguimiento integral y continuidad en zonas rurales y dispersas, donde la presencia institucional es más limitada y los pacientes presentan mayores barreras de acceso.

En Soacha, la baja proporción de personas en la cohorte (0,4%) sugiere un posible subregistro o rezago en el diagnóstico oportuno, más que una ausencia real de carga de enfermedad

**Población con Diagnostico de hipertensión, Diabetes, enfermedad renal crónica afiliada a Capital Salud EPS-S Bogotá.**

Para el año 2024 Capital Salud EPS-S sucursal Bogotá cuenta con % (n:133.480) afiliados en la ruta cardio cerebro vascular y metabólica de los cuales 94% (n:125.350) son hipertensos, 34% (n: 45.606) son diabéticos y 27% (n:35.454) tienen enfermedad renal crónica sin diálisis.

actualmente se cuenta con acciones que permiten el adecuado desarrollo y cumplimiento de la guía de práctica clínica de Hipertensión y Diabetes Mellitus. Capital Salud EPS-S cuenta con la Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica la cual realiza acciones que permitan la captación, educación y control de las patologías con el fin de minimizar las complicaciones, mortalidad y la carga de la enfermedad asociada a la enfermedad cardiovascular ateroesclerótica por medio de acciones de gestión del riesgo y gestión en salud pública que permitan modificar los principales factores de riesgo en lo individual y colectivo y así lograr mejorar su calidad de vida e impactar en los resultados en salud.

**Ilustración 3 Georreferenciación de la población crónica por Subredes Integradas de Servicios de Salud Capital Salud EPS-S Sucursal Bogotá**




Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

La imagen muestra la población de los afiliados de la RCCVM, En distribución por las 4 (cuatro) subredes de servicios de salud, la subred con mayor proporción de población es la subred sur occidente que representa un 31 % seguida por la subred centro oriente con un 26%, sur con un 23% y por último la Subred Norte con un 20%.

**Tabla 95 Distribución por área de residencia de la RCCVM Capital Salud EPSS Sucursal Bogotá.**

| LOCALIDAD | Rural | Proporción | Urbano | Proporción | TOTAL | Proporción Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - USAQUEN | 58 | 1% | 4047 | 99% | 4105 | 3% |
| 2 - CHAPINERO | 31 | 2% | 1263 | 98% | 1294 | 1% |
| 3 - SANTAFE | 31 | 1% | 4498 | 99% | 4529 | 3% |
| 4 - SAN CRISTOBAL | 9 | 0% | 13298 | 100% | 13307 | 10% |
| 5 - USME | 386 | 4% | 10501 | 96% | 10887 | 8% |
| 6 - TUNJUELITO | 8 | 0% | 4332 | 100% | 4340 | 3% |
| 7 - BOSA | 26 | 0% | 18822 | 100% | 18848 | 14% |
| 8 - KENNEDY | 29 | 0% | 15608 | 100% | 15637 | 12% |
| 9 - FONTIBON | 3 | 0% | 3840 | 100% | 3843 | 3% |
| 10 - ENGATIVA | 15 | 0% | 9145 | 100% | 9160 | 7% |
| 11 - SUBA | 23 | 0% | 9977 | 100% | 10000 | 7% |
| 12 - BARRIOS UNIDOS | 5 | 0% | 1536 | 100% | 1541 | 1% |
| 13 - TEUSAQUILLO | 19 | 2% | 785 | 98% | 804 | 1% |
| 14 - MARTIRES | 5 | 0% | 2353 | 100% | 2358 | 2% |
| 15 - ANTONIO NARIÑO | 3 | 0% | 1830 | 100% | 1833 | 1% |
| 16 - PUENTE ARANDA | 44 | 2% | 2790 | 98% | 2834 | 2% |
| 17 - CANDELARIA | 1 | 0% | 781 | 100% | 782 | 1% |
| 18 - RAFAEL URIBE | 12 | 0% | 11820 | 100% | 11832 | 9% |
| 19 - CIUDAD BOLIVAR | 198 | 1% | 15106 | 99% | 15304 | 11% |
| 20 - SUMAPAZ | 226 | 93% | 16 | 7% | 242 | 0% |
| TOTAL | 1132 | 1% | 132348 | 99% | 133480 | 100% |

Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

En cuanto al área de residencia se observa que el 99% de la población activa en la ruta para el año 2024 es del área urbana, contrario al grupo de ruralidad que es solo un 1% (n:1132), concentrada en 93% en Sumapaz, Usme 4% y chapinero 2% son las de mayor porcentaje de población rural.

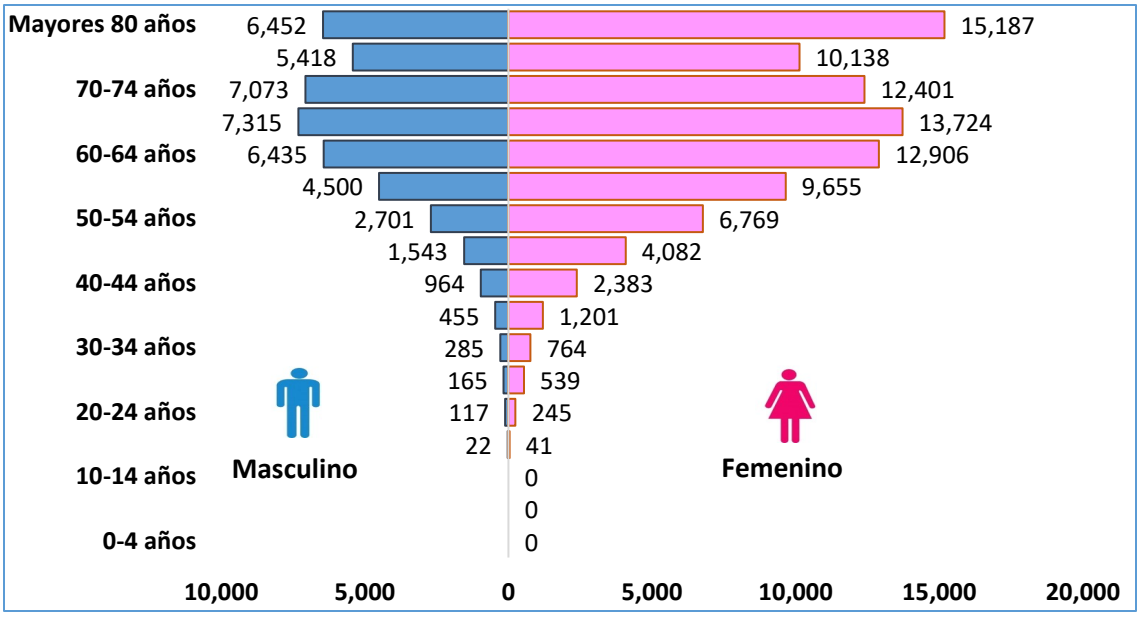
**Tabla 96 Grupo poblacional de la RCCVM Capital Salud EPS-S Sucursal Bogotá.**

| GRUPO POBLACIONAL | Femenino | Masculino | Total | Proporción |
|---|---|---|---|---|
| Otro grupo poblacional | 81292 | 39174 | 120466 | 90.25% |
| Víctima de violencia armada | 7388 | 2877 | 10265 | 7.69% |
| Habitante de calle | 170 | 530 | 700 | 0.52% |
| Adulto mayor | 285 | 295 | 580 | 0.43% |
| Comunidad indígena | 354 | 171 | 525 | 0.39% |
| Comunidad migrante de la República de Venezuela | 297 | 111 | 408 | 0.31% |
| Migratorio | 123 | 79 | 202 | 0.15% |
| Discapacitados | 72 | 69 | 141 | 0.11% |
| Población en centros carcelarios | 15 | 91 | 106 | 0.08% |
| Desmovilizados | 18 | 30 | 48 | 0.04% |
| No definido | 16 | 12 | 28 | 0.02% |
| Población ROM | 5 | 4 | 9 | 0.01% |
| Población rural no migratoria | 0 | 1 | 1 | 0.00% |
| Discapacitado del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas | 0 | 1 | 1 | 0.00% |
| Total | 90035 | 43445 | 133480 | 100.00% |

Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

En cuanto al grupo poblacional el 90.25% hace parte de la población general con Sisbén, seguido de 7.69% víctimas del conflicto armado, habitante de calle 0.52%, adulto mayor 0.43% , comunidad indígena y migrante ocupan 5° y 6° lugar en la tabla.

**Gráfica 41 Distribución por Edad y sexo población Crónica. Capital Salud EPS-S Sucursal Bogotá**




Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

En cuanto a la distribución de la población de la RCCVM es importante mencionar que la población objeto de la ruta es a partir de los 18 años; la población es mayoritaria mente femenina y su punto más creciente en la pirámide es la población 60 años en adelante siendo mayor en el momento de vida adultez y vejez, como se explica de mejor forma en la tabla a continuación.

**Tabla 97 Distribución por curso de vida/sexo de la RCCVM Capital Salud EPS-S Sucursal Bogotá.**

| SUBRED | ADULTEZ | | JUVENTUD | | VEJEZ | | Total, general |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | F | M | F | M | F | M | |
| CENTRO ORIENTE | 6414 | 2993 | 211 | 52 | 15776 | 9128 | 34574 |
| NORTE | 4670 | 2010 | 113 | 56 | 13423 | 6270 | 26542 |
| SUR | 5611 | 1985 | 81 | 47 | 15310 | 7339 | 30373 |
| SUR OCCIDENTE | 8408 | 3531 | 171 | 78 | 19847 | 9956 | 41991 |
| **TOTAL, GENERAL** | **25103** | **10519** | **576** | **233** | **64356** | **32693** | **133480** |

Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

Para el año 2024 se observa que el curso de vida más representativo es el de vejez con (n=64.356) de la población, seguida del curso de vida adultez con un (n=25.103) de la población, y por último juventud con un (n=576) siendo el género femenino el que predomina los tres ciclos vitales.

**Tabla 98 Distribución por Grupo étnico/sexo de la RCCVM Capital Salud EPS-S Bogotá.**

| PERTENENCIA ETNICA | F | M | Total, general | % |
|---|---|---|---|---|
| Indígena | 275 | 152 | 427 | 0.3% |
| ROM (gitano) | 10 | 5 | 15 | 0.0% |
| Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente | 7 | 1 | 8 | 0.0% |
| Ninguna de las anteriores | 89743 | 43287 | 133030 | 99.7% |
| TOTAL | 90035 | 43445 | 133480 | 100.0% |

Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

Para el grupo poblacional en el corte 2024, se puede observar que la mayor proporción, está en el grupo indígena con 427 usuarios para un 0.3%.

**Tabla 99 Distribución según Discapacidad de la RCCVM Capital Salud EPS-S Bogotá.**

| TIPO DE DISCAPACIDAD | CENTRO ORIENTE | NORTE | SUR | SUR OCCIDENTE | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 33948 | 26023 | 29834 | 41263 | 131068 | 98.19% |
| FISICA | 411 | 343 | 355 | 453 | 1562 | 1.17% |
| MULTIPLE | 86 | 71 | 88 | 128 | 373 | 0.28% |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 72 | 61 | 50 | 88 | 271 | 0.20% |
| VISUAL | 30 | 22 | 24 | 36 | 112 | 0.08% |
| INTELECTUAL | 12 | 14 | 10 | 8 | 44 | 0.03% |
| AUDITIVA | 13 | 6 | 10 | 9 | 38 | 0.03% |
| SORDOCEGUERA | 2 | 2 | 2 | 6 | 12 | 0.01% |
| TOTAL, GENERAL | 34574 | 26542 | 30373 | 41991 | 133480 | 100.0% |

Fuente de Información: Base de datos RCCVM Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

Del total de la población activa en la ruta cardio cerebrovascular y metabólica el 1.17% de los usuarios presenta discapacidad física, múltiple 0.28%, y psicosocial y mental 0.20%, esta población según caracterización y nivel de discapacidad recibe atención en domicilio.

## Identificación De Riesgos

En la identificación de riesgo de la población de la ruta cardio cerebro vascular y metabólica se pueden presentar factores de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares entre los factores son: Presión arterial alta, colesterol elevado, sedentarismo, obesidad y sobrepeso.

**Pirámide De Riesgo**

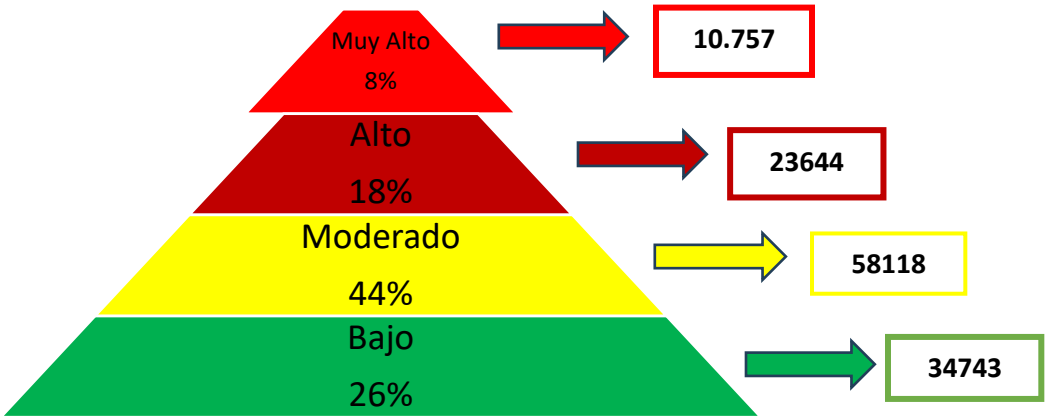



**Tabla 100 Distribución Riesgo cardiovascular por subred Capital Salud EPS-S Bogotá.**

| RIESGO CARDIOVASCULAR | CENTRO ORIENTE | | NORTE | | SUR | | SUR OCCIDENTE | | Total, general | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| MODERADO | 13776 | 40% | 10413 | 39% | 15691 | 52% | 18238 | 43% | 58118 | 44% |
| BAJO | 8165 | 24% | 6602 | 25% | 10538 | 35% | 9438 | 22% | 34743 | 26% |
| ALTO | 6941 | 20% | 5673 | 21% | 2977 | 10% | 8053 | 19% | 23644 | 18% |
| MUY ALTO | 3334 | 10% | 2628 | 10% | 759 | 2% | 4036 | 10% | 10757 | 8% |
| SIN DATO | 2358 | 7% | 1226 | 5% | 408 | 1% | 2226 | 5% | 6218 | 5% |
| Total, general | 34574 | 100% | 26542 | 100% | 30373 | 100% | 41991 | 100% | 133480 | 100% |

Fuente de Información: BD RCCVM MGR Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

Es importante mencionar que el riesgo cardiovascular donde se concentra la mayor población en general es Moderado con 44%, seguido del bajo con 26% y alto riesgo con 18%; la subred que mayor porcentaje tiene para este riesgo es Sur con 52%, así como también tienen la mayor cantidad de población con bajo riesgo.

La población con alto y muy alto riesgo está en sur occidente y norte.

**Tabla 101 Distribución por Riesgo cardiovascular y género en las Capital Salud EPSS Bogotá.**

| RIESGO CARDIOVASCULAR | CENTRO ORIENTE | | NORTE | | SUR | | SUR OCCIDENTE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | F | M | F | M | F | M | F | M |
| MODERADO | 9661 | 4115 | 7326 | 3087 | 10886 | 4805 | 12631 | 5607 |
| BAJO | 4808 | 3357 | 4368 | 2234 | 7522 | 3016 | 6827 | 2611 |
| ALTO | 4722 | 2219 | 4051 | 1622 | 1905 | 1072 | 5305 | 2748 |
| MUY ALTO | 1847 | 1487 | 1707 | 921 | 444 | 315 | 2303 | 1733 |
| SIN DATO | 1363 | 995 | 754 | 472 | 245 | 163 | 1360 | 866 |
| Total, general | 22401 | 12173 | 18206 | 8336 | 21002 | 9371 | 28426 | 13565 |

Fuente de Información: BD RCCVM MGR Sucursal Bogotá Capital EPS-S 2024

La subred que aporta la mayor población es Sur Occidente con el género femenino con 28.426 usuarias, seguido de Centro Oriente.

**Prestación de Servicios**

La población de la cohorte CCVM de Capital Salud es atendida las subredes integradas de servicios de salud con el 96.5% y en dos IPS complementarias como son CEMDI con el 3% de la población y Clínicos 1%.

**Tabla 102 Primeras causas de Mortalidad RCCVM Capital Salud**

| DIAGNOSTICO | NUMERO DE CASOS | % |
|---|---|---|
| CHOQUE CARDIOGENICO | 447 | 14% |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 302 | 9% |
| CHOQUE SEPTICO | 216 | 7% |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 177 | 6% |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 171 | 5% |
| INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO | 96 | 3% |
| CHOQUE SEPTICO | 93 | 3% |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA | 93 | 3% |
| CHOQUE NEUROGENICO | 80 | 3% |
| CHOQUE HIPOVOLEMICO | 68 | 2% |
| INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO | 58 | 2% |
| INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO | 57 | 2% |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA | 47 | 1% |
| OTROS | 1294 | 40% |
| TOTAL | 3199 | 100% |

Fuente de Información: BD RCCVM MGR Capital EPS-S 2024

Las 10 primeras causas de mortalidad de los usuarios estaban en la cohorte CCVM están relacionadas en el cuadro anterior y son consecuencia de las complicaciones derivadas de su enfermedad de base, la mortalidad prematura, es también una problemática de salud pública.

**Población con Diagnostico de hipertensión, Diabetes, enfermedad renal crónica afiliada a Capital Salud EPS-S Meta.**

La Ruta Cardiocerebrovascular y Metabólica (RCCVM) representa una herramienta clave en la gestión del riesgo en salud, enfocada en la identificación, seguimiento y atención integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y dislipidemias. Estas patologías constituyen una de las principales causas de carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura en el país, particularmente en contextos de alta vulnerabilidad social y barreras estructurales en el acceso a servicios de salud.

En el departamento del Meta, la implementación y seguimiento de esta ruta adquieren especial relevancia, dado el crecimiento sostenido de la población afiliada a Capital Salud

EPS-S, con un perfil demográfico que evidencia envejecimiento progresivo, alta proporción de afiliados al régimen subsidiado (97,1% en diciembre de 2024) y una distribución geográfica que combina zonas urbanas intermedias con amplias áreas rurales y dispersas. Estas condiciones exigen una respuesta institucional ajustada a las dinámicas territoriales, con un enfoque diferencial y adaptado a los determinantes sociales de la salud.

La presente caracterización tiene como propósito describir el comportamiento poblacional, epidemiológico y de gestión clínica de la cohorte RCCVM en la Sucursal Meta, con base en los datos consolidados a diciembre de 2024. Se analizan variables como régimen de afiliación, sexo, nivel de riesgo cardiovascular, prevalencia de patologías crónicas y curso de vida, con el fin de orientar la toma de decisiones, priorizar intervenciones y fortalecer la ruta de atención en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y las disposiciones normativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Tabla 103 Distribución de crónicos por régimen – Meta (Diciembre 2024)**

| REGIMÉN DE AFILIACIÓN | | % |
|---|---|---|
| **Subsidiado** | 22,266 | **97.10%** |
| **Contributivo** | 670 | **2.90%** |
| **Total** | **22,936** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

La población crónica de la Ruta RCCVM en Meta está fuertemente concentrada en el régimen subsidiado (97.1%), lo cual es consistente con el perfil sociodemográfico de este departamento, donde predominan usuarios de bajos ingresos con afiliación al régimen subsidiado. El bajo porcentaje en el contributivo (2.9%) indica una menor participación de personas con empleo formal o capacidad de pago.

**Tabla 104 Distribución de crónicos por Sexo – Meta (Diciembre 2024)**

| Sexo | | % del Total |
|---|---|---|
| **Masculino** | 7,827 | **34.10%** |
| **Femenino** | 15,110 | **65.90%** |
| **Total** | **22,936** | **100%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

Se observa una mayor carga de enfermedad en mujeres (65.9%), lo que puede estar relacionado con el mayor acceso a servicios de salud en esta población, así como una mayor esperanza de vida que prolonga su exposición a enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes. Este patrón es común en la epidemiología de enfermedades no transmisibles en Colombia.

**Tabla 105 Clasificación de riesgo cardiovascular – Meta (Diciembre 2024)**

| Riesgo CV | | % del Total |
|---|---|---|
| **Bajo** | 3,196 | **13.90%** |
| **Medio** | 5,267 | **23.00%** |
| **Alto** | 4,659 | **20.30%** |
| **Muy Alto** | 718 | **3.10%** |
| **Sin clasificar** | 9,097 | **39.70%** |
| **Total** | **22,936** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

Un 43.4% de la población se clasifica entre riesgo alto y muy alto, lo que representa un grupo prioritario en términos de intervención y control. Sin embargo, preocupa el alto porcentaje de usuarios sin clasificación (39.7%), lo cual sugiere fallas en el proceso de tamizaje, estratificación o registro oportuno. Esto limita la toma de decisiones clínicas y programáticas y requiere intervención urgente desde la gestión del riesgo.

**Tabla 106 Distribución por patologías (Diciembre 2024)**

| Patología | | % del Total RCCVM |
|---|---|---|
| **Diabetes** | 2,210 | **9.60%** |
| **Hipertensión** | 15,228 | **66.40%** |
| **Diabetes + HTA** | 5,498 | **24.00%** |
| **Renal sin TRR** | 0 | **0.00%** |
| **Total** | **22,936** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

La hipertensión arterial representa la principal patología en la cohorte (66.4%), seguida de los casos combinados de diabetes con HTA (24%). La proporción de personas solo con diabetes es baja (9.6%), lo cual podría estar relacionado con subregistro o con menor tamizaje de glucemia en el primer nivel de atención. Llama la atención la desaparición del registro de pacientes con enfermedad renal crónica sin terapia de reemplazo renal (TRR) a partir de septiembre, lo que indica una posible falla en la continuidad del registro o inconsistencias en las bases de datos.

**Tabla 107 Curso de vida – Meta (Diciembre 2024)**

| Etapa de vida | | % del Total |
|---|---|---|
| **Juventud** | 214 | **0.90%** |
| **Adultez** | 6,944 | **30.30%** |
| **Vejez** | 15,778 | **68.80%** |
| **Total** | **22,936** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

Más de dos tercios de la cohorte corresponde a adultos mayores, lo que refleja la carga de enfermedad asociada al envejecimiento y destaca la necesidad de fortalecer estrategias de atención primaria enfocadas en personas mayores con múltiples patologías crónicas. La adultez temprana y juventud presentan baja representación, lo que sugiere oportunidades de intervención temprana con programas de prevención y control de factores de riesgo desde edades más tempranas.

**Población con Diagnostico de hipertensión, Diabetes, enfermedad renal crónica afiliada a Capital Salud EPS-S Soacha.**

**Tabla 108 Población Crónica por Régimen – Soacha (Diciembre 2024)**

| REGIMÉN DE AFILIACIÓN | | % |
|---|---|---|
| **Subsidiado** | 555 | **93.59%** |
| **Contributivo** | 38 | **6.41%** |
| **Total** | **593** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

El análisis de la afiliación al sistema de salud de los 593 usuarios crónicos en Soacha muestra una marcada concentración en el régimen subsidiado, con el 93.59% de los pacientes.

**Tabla 109 Población por Sexo – Soacha (Diciembre 2024)**

| Sexo | | % |
|---|---|---|
| **Masculino** | 175 | **29.50%** |
| **Femenino** | 418 | **70.50%** |
| **Total** | **593** | **100%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

El 70.5% de los usuarios crónicos son mujeres. Esta tendencia es consistente con estudios poblacionales que indican una mayor prevalencia de condiciones crónicas no transmisibles como HTA y DM en mujeres adultas mayores.

**Tabla 110 Distribución por Riesgo Cardiovascular – Soacha (Diciembre 2024)**

| Riesgo | | % |
|---|---|---|
| **Bajo** | 118 | **19.90%** |
| **Medio** | 177 | **29.80%** |
| **Alto** | 98 | **16.50%** |
| **Muy Alto** | 49 | **8.30%** |
| **Sin Clasificar** | 151 | **25.50%** |
| **Total** | **593** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

El 29.8% está clasificado como riesgo cardiovascular medio, y un 25.5% aún figura sin clasificación, lo que representa una oportunidad de mejora en la estratificación del riesgo.

**Tabla 111 Patologías Crónicas – Soacha (Diciembre 2024)**

| Condición | | % |
|---|---|---|
| **Diabetes** | 41 | **6.90%** |
| **Hipertensión** | 401 | **67.60%** |
| **DM + HTA** | 148 | **25.00%** |
| **Renal sin TRR** | 115 | **19.40%** |
| **Total** | **593** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

Hipertensión afecta al 67.6% de la población, seguida por DM + HTA (25%) y enfermedad renal no terminal (19.4%). Estos datos son consistentes con la transición epidemiológica hacia enfermedades cardiovasculares y metabólicas en poblaciones en proceso de envejecimiento.

**Tabla 112 Curso de Vida – Soacha (Diciembre 2024)**

| Curso de Vida | | % |
|---|---|---|
| **Juventud** | 5 | **0.80%** |
| **Adultez** | 233 | **39.30%** |
| **Vejez** | 355 | **59.90%** |
| **Total** | **593** | **100.00%** |

Fuente: BD RCCVM Tablero poblacional MGR Capital EPS-S 2024

La mayoría de los usuarios se encuentran en la etapa de vejez (59.9%), seguida de la adultez (39.3%). Este patrón de edad tiene importantes implicaciones en el diseño de rutas integrales, dada la alta carga de comorbilidades y dependencia funcional asociada.

**Acciones Implementadas**

Desde la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica se realiza seguimientos telefónicos, y captación de la población en los diferentes puntos de atención así mismo dando respuesta a casos prioritarios y así evitar barreras de accesos a los servicios de salud, trámites administrativos internos y externos a los afiliados, aumentar y mejorar la calidad de vida y garantizando el acceso a los servicios de salud, disminuyendo las mayores complicaciones que pueda afectar a la población crónica.

Fortalecer la estrategia de puntos para tu cuidado en articulación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, permitiendo de esta manera tener una atención más oportuna y evaluar el riesgo de la patología crónica, activando ruta en caso de que el afiliado no se encuentre controlado en sus signos vitales y/o resultados de laboratorio específicamente a la toma de hemoglobina glicosilada.

Búsqueda activa de usuarios que no asisten a controles o programas de crónicos, acciones de Información Educación y Comunicación a la población crónica con el fin de identificar factores de riesgo y potencializar factores protectores a través de seguimiento telefónico y visitas domiciliarias, demanda Inducida a la Ruta de mantenimiento y promoción de la salud en la población crónica por cada curso de vida.

Dando cumplimiento a la resolución 2463 de 2014, por parte de la sucursal Bogotá desde la cohorte crónicos se aporta casi el 90% de la información para el reporte de la cuenta de alto costo, se ha realizado asistencia técnica con los prestadores para mejorar el porcentaje de calidad de la información, este reporte se realiza a la cuenta con una periodicidad anual, donde se debe validar la información por parte de la líder de crónicos según instructivo de las reglas validadoras.

Se ha articulado con la red prestadora de servicios retroalimentando con frecuencia mensual los hallazgos identificados en las diferentes variables como son; usuarios duplicados, errores de digitación, usuarios sin peso, talla, laboratorios no vigentes, incoherencia entre variables relacionadas con tasa de filtración glomerular, estadio de enfermedad renal y demás variables que se reportan mensualmente del programa de crónicos con el objetivo de mejorar la calidad de la información e indicadores.

Dentro de las estrategias que se han realizado para el control y seguimiento de la enfermedad y sus complicaciones, se está llevando a cabo un seguimiento a censo hospitalario que inicia desde la EAPB y termina en la IPS de atención.

Despliegue de piezas comunicativas en los diferentes canales de comunicación a la población con el objetivo de incentivar a la población la importancia de adherirse a la toma de laboratorios y control de tensión arterial.

A través del sistema SIRC para la ruta cardiovascular nos permite identificar, gestionar de manera efectiva y oportuna los casos canalizados por PIC, los cual son direccionados a las subredes para la gestión y poder realizar el cierre de los casos en la plataforma.

Se realiza la evaluación y seguimiento a los Indicadores Beta y Fénix, por cada subred, de acuerdo con los resultados de gestión se generan estrategias para mejorar los indicadores y dar cumplimiento de las metas.

Se realizaron diferentes mesas de trabajo en articulación con secretaria Distrital de Salud para la implementación de la ruta cardio cerebro vascular metabólica (RCCVM).

### 9.8 Cohorte Salud Mental

**Distribución geográfica de la cohorte:** En Colombia, la salud mental ha tomado una relevancia dentro de las políticas de salud pública, dada su relación directa con la calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo del país. Las condiciones como los trastornos mentales, la epilepsia, los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la violencia y el intento de suicidio representan desafíos significativos

para CAPITAL SALUD EPS-S, no solo por su impacto clínico y psicosocial, sino también por la demanda creciente de servicios especializados.

Este documento presenta la caracterización poblacional de las personas en riesgo en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), establecidas por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Para su elaboración, se utilizaron fuentes de información clínica y administrativa, incluyendo datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los registros del Instituto Nacional de Salud (INS).

En CAPITAL SALUD EPS-S la cohorte de salud mental está conformada por dos Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y un componente, los cuales se describen a continuación:

- Ruta Integral de Atención para los Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia.
- Ruta Integral de Atención para los Problemas y Trastornos Mentales Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).
- Componente de Violencias.

Estas RIAS se caracterizan por abordar condiciones de salud con desenlaces asociados a la afectación emocional y la alteración del comportamiento. Por esta razón, han sido agrupadas en una misma cohorte, permitiendo un control y monitoreo más efectivo de la población en riesgo. La población se identifica según la clasificación CIE-10 correspondiente a cada componente: Z55 a Z65, para personas con problemas psicosociales; F00 a F99, para aquellas con trastornos psicosociales y del comportamiento; F10 a F19, para quienes presentan trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones; y G40, para la epilepsia. La población en riesgo de violencia y con riesgo de conducta suicida se identifica a través de la notificación en el sistema SIVIGILA.

**Descripción nacional de las RIAS de salud mental**

La cohorte de salud mental está compuesta por un total de 170.203 usuarios con riesgo en salud mental, distribuidos en los territorios habilitados: Bogotá, el Departamento de Meta y el Municipio de Soacha. Estos usuarios están clasificados en diferentes componentes, como problemas psicosociales, patologías mentales o neurológicas, y se incluye un total de 10,949 usuarios identificados con notificación de eventos de interés en salud pública durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. La población se distribuye de la siguiente manera por componente: 6.119 usuarios con problemas psicosociales, 151.930 con trastornos mentales y del comportamiento, 12.909 con epilepsia y 8.560 con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Cabe destacar que la sumatoria de estos componentes de patología supera el total reportado, dado que 9.315 usuarios presentan dos o más patologías mentales

En cuanto a los eventos de interés en salud pública, se identificaron 12.011 usuarios notificados por violencia de genero e intrafamiliar, de estos, 10.683 reportaron que el evento ocurrió en 2024, mientras que los demás corresponden a años anteriores, para el intento

de suicidio fueron notificados 1.264 usuarios, de los cuales 1.224 reportaron que el evento ocurrió durante 2024.

A continuación, se relaciona la población del territorio nacional que fue identificada con riesgo en salud mental con prevalencia de 1 enero de 2013 a 31 de diciembre de 2024:

**Tabla 113 Distribución de la población con riesgo en salud mental por componente y territorio de habilitación vigencia 2024.**

| POBLACION/COMPONENTE | | | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | REGIM. | SUBSIDIADO | 5522 | 132050 | 10885 | 7695 | 986 | 9349 |
| | | CONTRIBUTI. | 354 | 8258 | 520 | 442 | 118 | 686 |
| | SEXO | MASCULINO | 2302 | 55384 | 5790 | 6269 | 417 | 3427 |
| | | FEMENINO | 3574 | 84924 | 5615 | 1868 | 687 | 6608 |
| | CURSO VIDA | PRIMERA INFANCIA | 1444 | 5669 | 336 | 10 | 0 | 1893 |
| | | INFANCIA | 238 | 14231 | 598 | 12 | 33 | 2127 |
| | | ADOLESCE. | 381 | 18569 | 800 | 505 | 294 | 2469 |
| | | JUVENTUD | 1113 | 22815 | 1998 | 2066 | 387 | 1103 |
| | | ADULTEZ | 1382 | 43802 | 5329 | 4357 | 349 | 1591 |
| | | VEJEZ | 1318 | 35222 | 2344 | 1187 | 41 | 852 |
| | ENFOQUE DIFERENCIAL | ETNIA | 20 | 549 | 42 | 39 | 1 | 30 |
| | | DISCAPACID. | 56 | 4759 | 1614 | 120 | 8 | 99 |
| | | GRUPO POBLACIONAL | 1107 | 23491 | 2211 | 3032 | 229 | 2051 |
| **TOTAL BOGOTA** | | | **5876** | **140308** | **11405** | **8137** | **1104** | **10035** |
| META | REGIM. | SUBSIDIADO | 206 | 10253 | 1365 | 364 | 104 | 550 |
| | | CONTRIBUTI. | 15 | 721 | 59 | 21 | 8 | 47 |
| | SEXO | MASCULINO | 63 | 4800 | 717 | 314 | 34 | 130 |
| | | FEMENINO | 158 | 6174 | 707 | 71 | 78 | 467 |
| | CURSO VIDA | PRIMERA INFANCIA | 12 | 494 | 73 | 0 | 0 | 76 |
| | | INFANCIA | 35 | 1737 | 120 | 5 | 2 | 82 |
| | | ADOLESCE. | 36 | 2098 | 164 | 80 | 32 | 159 |
| | | JUVENTUD | 36 | 1954 | 282 | 178 | 45 | 107 |
| | | ADULTEZ | 73 | 3023 | 585 | 103 | 27 | 132 |
| | | VEJEZ | 29 | 1668 | 200 | 19 | 6 | 41 |
| | ENFOQUE DIFERENCIAL | ETNIA | 4 | 59 | 25 | 3 | 1 | 9 |
| | | DISCAPACID. | 2 | 689 | 307 | 10 | 2 | 8 |
| | | GRUPO POBLAC. | 74 | 3970 | 508 | 189 | 40 | 206 |
| **TOTAL META** | | | **221** | **10974** | **1424** | **385** | **112** | **597** |
| SOACHA | REGIM. | SUBSIDIADO | 21 | 562 | 74 | 33 | 7 | 46 |
| | | CONTRIBUTI. | 1 | 86 | 6 | 5 | 1 | 5 |
| | SEXO | MASCULINO | 11 | 251 | 37 | 32 | 2 | 14 |
| | | FEMENINO | 11 | 397 | 43 | 6 | 6 | 37 |
| | CURSO VIDA | PRIMERA INFANCIA | 1 | 30 | 0 | 1 | 0 | 10 |
| | | INFANCIA | 3 | 66 | 3 | 0 | 0 | 13 |
| | | ADOLESCE. | 0 | 81 | 2 | 0 | 0 | 13 |
| | | JUVENTUD | 5 | 145 | 15 | 17 | 5 | 8 |
| | | ADULTEZ | 9 | 231 | 49 | 19 | 3 | 6 |
| | | VEJEZ | 4 | 95 | 11 | 1 | 0 | 1 |
| | ENFOQUE DIFERENCIAL | ETNIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | DISCAPACID. | 0 | 14 | 11 | 1 | 0 | 0 |
| | | GRUPO POBLAC. | 6 | 87 | 9 | 13 | 0 | 12 |
| **TOTAL SOACHA** | | | **22** | **648** | **80** | **38** | **8** | **51** |
| TOTAL GENERAL | | | 6119 | 151930 | 12909 | 8560 | 1224 | 10683 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La población afiliada a CAPITAL SALUD EPS-S está distribuida en distintos territorios habilitados para el aseguramiento. Según la tabla, Bogotá cuenta con un total de 176.865 afiliados en riesgo de salud mental, 29 municipios del Meta registran 13.713 afiliados, y el municipio de Soacha, en el departamento de Cundinamarca, tiene 847 afiliados.

En cuanto a la distribución por sexo, la mayoría de la población corresponde a mujeres, con un 58%. Respecto al régimen de afiliación, el régimen subsidiado predomina, lo que se debe a la naturaleza de la EAPB. En términos de enfoque diferencial, el 24% de la población pertenece a un grupo poblacional con características particulares, como personas víctimas del conflicto armado, personas en condición de discapacidad o con pertenencia étnica.

A continuación, se realiza la descripción por territorio:

**Distrito Capital**

**Tabla 114 Distribución de la población del territorio de Bogotá por subred, localidad y componente de riesgo.**

| SUBRED | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTORNO CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 38 | 1587 | 137 | 112 | 10 | 73 |
| | CANDELARIA | 19 | 900 | 85 | 85 | 7 | 45 |
| | MARTIRES | 73 | 2235 | 171 | 334 | 24 | 172 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 224 | 8956 | 803 | 506 | 66 | 484 |
| | SAN CRISTOBAL | 229 | 11646 | 1186 | 817 | 83 | 572 |
| | SANTAFE | 91 | 4657 | 391 | 556 | 36 | 256 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 54 | 1863 | 139 | 124 | 16 | 133 |
| | CHAPINERO | 46 | 1396 | 105 | 89 | 8 | 117 |
| | ENGATIVA | 177 | 9893 | 719 | 526 | 50 | 490 |
| | TEUSAQUILLO | 36 | 1016 | 97 | 84 | 9 | 70 |
| | USAQUEN | 90 | 4989 | 415 | 289 | 45 | 361 |
| | SUBA | 205 | 11626 | 810 | 545 | 92 | 937 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 1779 | 17694 | 1548 | 768 | 143 | 1737 |
| | SUMAPAZ | 30 | 307 | 19 | 3 | 2 | 12 |
| | TUNJUELITO | 274 | 4466 | 358 | 255 | 26 | 261 |
| | USME | 963 | 12404 | 920 | 473 | 89 | 969 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 769 | 21367 | 1577 | 866 | 204 | 1603 |
| | FONTIBON | 75 | 3597 | 289 | 190 | 17 | 202 |
| | KENNEDY | 540 | 16060 | 1333 | 763 | 104 | 1164 |
| | PUENTE ARANDA | 131 | 3028 | 267 | 651 | 30 | 186 |
| **FUERA DE TERRITORIO** | | 9 | 163 | 11 | 8 | 32 | 105 |
| **PORTABILIDAD** | | 24 | 458 | 25 | 93 | 11 | 86 |
| **TOTAL GENERAL** | | **5876** | **140308** | **11405** | **8137** | **1104** | **10035** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En Bogotá, la población se encuentra distribuida según las Subredes Integradas de Servicios de Salud, localidades y componentes de riesgo en salud mental. Según los registros, la subred con la mayor población es Sur Occidente, con un 31.7%, seguido de

Sur con 26%. Las subredes Centro Oriente y Norte tienen una distribución similar, con un promedio del 21.3% cada una.

Las localidades con mayor población en riesgo son Usme (14.9%), Ciudad Bolívar (13.4%) y Kennedy (11.3%), mientras que las demás localidades presentan porcentajes inferiores al 9%.

328 personas se encuentran asignadas a la sucursal Bogotá, pero se encuentra en territorio Meta o Soacha donde la EAPB se encuentra habilitada y 697 afiliados presentan registro de portabilidad.

**Tabla 115 Distribución de la población de Bogotá por Departamento de portabilidad y componente de riesgo.**

| | DEPARTAMENTO/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORTABILIDAD | AMAZONAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | ANTIOQUIA | 3 | 31 | 1 | 7 | 1 | 4 |
| | ARAUCA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ATLÁNTICO | 0 | 10 | 3 | 2 | 0 | 1 |
| | BOLÍVAR | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | BOYACÁ | 0 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | CALDAS | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | CAQUETÁ | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| | CASANARE | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | CAUCA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CESAR | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | CHOCÓ | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CÓRDOBA | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CUNDINAMARCA | 6 | 271 | 11 | 71 | 9 | 53 |
| | GUAVIARE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | HUILA | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | LA GUAJIRA | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | MAGDALENA | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | NARIÑO | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | NORTE DE SANTANDER | 0 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | PUTUMAYO | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | QUINDIO | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | RISARALDA | 0 | 12 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | SANTANDER | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | SUCRE | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | TOLIMA | 6 | 21 | 2 | 4 | 1 | 6 |
| | VALLE DEL CAUCA | 0 | 17 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | VICHADA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | | 24 | 458 | 25 | 93 | 11 | 86 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Los 697 afiliados que se encuentran en estado de portabilidad se encuentran en 28 Departamentos, en su mayoría concentrados en Cundinamarca (60.4%).

**Tabla 116 Distribución de la población de Bogotá por subred, localidad y área.**

| SUBRED | LOCALIDAD/ COMPONENTE | RURAL | URBANO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 18 | 1939 | 1957 |
| | CANDELARIA | 4 | 1137 | 1141 |
| | MARTIRES | 3 | 3006 | 3009 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 17 | 11022 | 11039 |
| | SAN CRISTOBAL | 39 | 14494 | 14533 |
| | SANTAFE | 66 | 5921 | 5987 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 12 | 2317 | 2329 |
| | CHAPINERO | 41 | 1720 | 1761 |
| | ENGATIVA | 84 | 11771 | 11855 |
| | TEUSAQUILLO | 2 | 1310 | 1312 |
| | USAQUEN | 104 | 6085 | 6189 |
| | SUBA | 160 | 14055 | 14215 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 317 | 23352 | 23669 |
| | SUMAPAZ | 337 | 36 | 373 |
| | TUNJUELITO | 14 | 5626 | 5640 |
| | USME | 474 | 15344 | 15818 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 65 | 26321 | 26386 |
| | FONTIBON | 9 | 4361 | 4370 |
| | KENNEDY | 35 | 19929 | 19964 |
| | PUENTE ARANDA | 214 | 4079 | 4293 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 11 | 317 | 328 |
| PORTABILIDAD | | 228 | 469 | 697 |
| TOTAL GENERAL | | 2254 | 174611 | 176865 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Según la muestra, en el Distrito, la población se concentra principalmente en la zona urbana (99%). Se destaca que la Subred Sur es la que registra la mayor población en zona rural (51%), especialmente en las localidades de Usme, Sumapaz y Ciudad Bolívar.

**Distribución de la población de Bogotá por enfoque diferencial a diciembre 2024**

**Tabla 117 Población de Bogotá perteneciente a un grupo étnico.**

| GRUPO ETNICO / COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 5820 | 135549 | 9791 | 8017 | 1096 | 9936 |
| FISICA | 39 | 1794 | 534 | 39 | 1 | 30 |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 1 | 1436 | 489 | 35 | 3 | 21 |
| MULTIPLE | 5 | 1055 | 492 | 32 | 2 | 26 |
| INTELECTUAL | 1 | 339 | 83 | 6 | 2 | 13 |
| **TOTAL GENERAL** | **5876** | **140308** | **11405** | **8137** | **1104** | **10035** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La cohorte de salud mental tiene un total de 681 afiliados pertenecientes a grupos étnicos, principalmente a la población indígena (660).

**Tabla 118 Población de Bogotá perteneciente a un grupo poblacional.**

| GRUPO POBLACIONAL/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POBLACIÓN CON SISBEN | 4103 | 110063 | 8707 | 4630 | 789 | 6925 |
| VICTIMAS CONFLICTO ARMADO | 537 | 12665 | 944 | 565 | 99 | 913 |
| AFILIACION OFICIO SIN SISBE | 665 | 6747 | 486 | 474 | 86 | 1058 |
| HABITANTE DE LA CALLE | 190 | 2213 | 242 | 1763 | 46 | 64 |
| POBLACION INFANTIL ICBF | 95 | 3292 | 207 | 172 | 50 | 620 |
| DISCAPACITADO EN PROTECCION | 5 | 1444 | 559 | 36 | 5 | 20 |
| REC NAC PADRES NO AFILIADOS | 212 | 814 | 34 | 6 | 3 | 273 |
| ADULTO MAYOR EN PROTECCION | 10 | 753 | 83 | 30 | 0 | 12 |
| COMUNIDADES INDIGENAS | 16 | 722 | 39 | 40 | 7 | 48 |
| PRISION DOMICILIARIA | 15 | 500 | 32 | 129 | 8 | 36 |
| RECLUSO A CARGO DEL ENTE | 10 | 371 | 30 | 155 | 7 | 4 |
| RESPONSAB PENAL ADOLESCENCIATE | 5 | 257 | 1 | 117 | 2 | 7 |
| POBLACION INFANTIL DIF ICBF | 4 | 197 | 21 | 7 | 0 | 40 |
| MIGRANTES COLOMBIANOS REPAT | 1 | 101 | 10 | 1 | 1 | 7 |
| POBLACION DESMOVILIZADA | 2 | 78 | 3 | 6 | 0 | 3 |
| VOLUNTARIOS ACREDITADOS | 3 | 34 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| MIGRANTE VENEZOLANO | 2 | 30 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| PERS QUE DEJAN DE SER MADRE | 0 | 14 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| LEGALIZADO CAPITAL SAT | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| COMUNIDAD ROM (GITANO) | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| POBLACION NO VULNERABLE | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| PROG PROTECCION DE TESTIGOS | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| CENTRO DETENCION TRANSITORI | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **5876** | **140308** | **11405** | **8137** | **1104** | **10035** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En cuanto a los grupos poblacionales, el de mayor relevancia es el de víctimas del conflicto armado, que representa el 9%. Le siguen los habitantes de calle y la población bajo protección del ICBF, ambos con un 3%.

**Tabla 119 Población de Bogotá identificado en condición de discapacidad.**

| DISCAPACIDAD/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 5820 | 135549 | 9791 | 8017 | 1096 | 9936 |
| FISICA | 39 | 1794 | 534 | 39 | 1 | 30 |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 1 | 1436 | 489 | 35 | 3 | 21 |
| MULTIPLE | 5 | 1055 | 492 | 32 | 2 | 26 |
| INTELECTUAL | 1 | 339 | 83 | 6 | 2 | 13 |
| VISUAL | 6 | 82 | 8 | 8 | 0 | 5 |
| AUDITIVA | 4 | 40 | 4 | 0 | 0 | 3 |
| SORDOCEGUERA | 0 | 13 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| **TOTAL GENERAL** | **5876** | **140308** | **11405** | **8137** | **1104** | **10035** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para finalizar la caracterización de Bogotá de enfoque diferencial, se encuentra la población identificada en condición de discapacidad, se evidencia que la discapacidad física (1.4%) y psicosocial mental (1.1%) son las más representativas.

## Departamento del Meta

**Tabla 120 Distribución de la población del territorio de Meta por Subregión, Municipio y componente de riesgo.**

| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 42 | 1141 | 139 | 37 | 9 | 58 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 2 | 97 | 16 | 2 | 2 | 11 |
| | CUBARRAL | 1 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 8 | 129 | 33 | 4 | 0 | 4 |
| | GUAMAL | 6 | 217 | 27 | 6 | 1 | 16 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 172 | 32 | 7 | 2 | 17 |
| | FUENTE DE ORO | 2 | 11 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| | GRANADA | 45 | 1561 | 224 | 48 | 19 | 103 |
| | LEJANIAS | 0 | 240 | 29 | 9 | 4 | 16 |
| | PUERTO LLERAS | 1 | 184 | 14 | 3 | 3 | 8 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 4 | 141 | 28 | 2 | 1 | 10 |
| | SAN MARTIN | 15 | 555 | 59 | 18 | 5 | 14 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 0 | 74 | 7 | 2 | 0 | 20 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | PUERTO RICO | 3 | 246 | 41 | 26 | 5 | 19 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 0 | 17 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| | EL CALVARIO | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| | RESTREPO | 6 | 384 | 47 | 7 | 2 | 15 |
| | SAN JUANITO | 2 | 64 | 12 | 3 | 0 | 4 |
| | VILLAVICENCIO | 69 | 4222 | 469 | 161 | 37 | 140 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 1 | 173 | 39 | 5 | 3 | 13 |
| | MESETAS | 0 | 38 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | URIBE | 1 | 96 | 25 | 0 | 3 | 5 |
| | VISTAHERMOSA | 1 | 307 | 41 | 6 | 5 | 15 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 1 | 82 | 20 | 4 | 0 | 13 |
| | CABUYARO | 4 | 125 | 16 | 5 | 0 | 16 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 53 | 4 | 2 | 0 | 10 |
| | PUERTO LOPEZ | 5 | 437 | 57 | 15 | 7 | 28 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 2 | 173 | 28 | 10 | 2 | 24 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 0 | 16 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| TOTAL GENERAL | | 221 | 10974 | 1424 | 385 | 112 | 597 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En Meta, la población está distribuida según subregiones, municipios y componentes de riesgo en salud mental. Según los registros, la subregión con la mayor población es Capital Cordillera (41%), seguida de Ariari (26%), Alto Ariari (15%), Río (9%), La Macarena (9%) y Bajo Ariari (3%).

En cuanto a los municipios con mayor población en riesgo, destacan Villavicencio (37%), Granada (15%) y Acacías (10%), mientras que los demás municipios presentan porcentajes inferiores al 5%.

28 afiliados cuentan con registro de portabilidad, lo que les permite recibir atención en un territorio distinto al de su afiliación.

**Tabla 121 Distribución de la población de Meta por Departamento de portabilidad y componente de riesgo.**

| | DEPARTAMENTO / COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORTABILIDAD | ANTIOQUIA | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | BOLÍVAR | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CALDAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CAQUETÁ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | CASANARE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | CAUCA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | CUNDINAMARCA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | GUAINÍA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | GUAVIARE | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | HUILA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | MAGDALENA | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | PUTUMAYO | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | RISARALDA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | SANTANDER | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | TOLIMA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VALLE DEL CAUCA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 16 | 3 | 2 | 1 | 6 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Los 28 afiliados en estado de portabilidad están distribuidos en 16 departamentos. Antioquia y Valle del Cauca registran la mayor cantidad, con 3 afiliados cada uno, mientras que los demás departamentos cuentan con 1 o 2 afiliados.

**Tabla 122 Distribución de la población de Meta por subregión, Municipio y área.**

| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | RURAL | URBANO |
|---|---|---|---|
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 181 | 1245 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 41 | 89 |
| | CUBARRAL | 4 | 11 |
| | EL DORADO | 82 | 96 |
| | GUAMAL | 72 | 201 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 113 | 117 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 18 |
| | GRANADA | 241 | 1759 |
| | LEJANIAS | 126 | 172 |
| | PUERTO LLERAS | 86 | 127 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 81 | 105 |
| | SAN MARTIN | 65 | 601 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 32 | 71 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 2 |
| | PUERTO RICO | 103 | 237 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 3 | 26 |
| | EL CALVARIO | 3 | 4 |
| | RESTREPO | 112 | 349 |
| | SAN JUANITO | 50 | 35 |
| | VILLAVICENCIO | 79 | 5019 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 96 | 138 |
| | MESETAS | 11 | 34 |
| | URIBE | 66 | 64 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | VISTAHERMOSA | 120 | 255 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 43 | 77 |
| | CABUYARO | 40 | 126 |
| | PUERTO GAITAN | 5 | 64 |
| | PUERTO LOPEZ | 78 | 471 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 46 | 193 |
| **PORTABILIDAD** | PORTABILIDAD | 6 | 22 |
| **TOTAL GENERAL** | 1985 | 11728 | |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Según la muestra, en el Departamento del Meta, la población se concentra principalmente en la zona urbana (86%). Se destaca que la Subregión de Ariari es la que registra la mayor población en zona rural (36%), especialmente en el Municipio de Granada.

**Distribución de la población del Departamento del Meta por enfoque diferencial a diciembre 2024.**

**Tabla 123 Población de Meta perteneciente a un grupo étnico.**

| GRUPO ETNICO / COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SIN ETNIA | 217 | 10915 | 1399 | 382 | 111 | 588 |
| INDÍGENA | 3 | 52 | 24 | 3 | 1 | 9 |
| NEGRO-MULATO-AFROCOLOMBIANO | 1 | 7 | 1 | 0 | 0 | |
| OTRAS ETNIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RROM (GITANO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RAIZAL POBLACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **221** | **10974** | **1424** | **385** | **112** | **597** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La cohorte de salud mental para el Departamento del Meta tiene un total de 101 afiliados pertenecientes a grupos étnicos, principalmente a la población indígena (92).

**Tabla 124 Población de Meta perteneciente a un grupo poblacional.**

| GRUPO POBLACIONAL/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTOAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POBLACIÓN CON SISBEN | 140 | 6790 | 878 | 176 | 68 | 378 |
| VICTIMAS CONFLICTO ARMADO | 66 | 3409 | 440 | 135 | 34 | 177 |
| POBLACION INFANTIL ICBF | 3 | 369 | 37 | 27 | 2 | 16 |
| AFILIACION OFICIO SIN SISBEN | 7 | 213 | 38 | 20 | 4 | 13 |
| COMUNIDADES INDIGENAS | 3 | 60 | 15 | 1 | 2 | 7 |
| ADULTO MAYOR EN PROTECCION | 0 | 46 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| HABITANTE DE LA CALLE | 0 | 22 | 2 | 13 | 0 | 0 |
| DISCAPACITADO EN PROTECCION | 0 | 25 | 5 | 1 | 1 | 2 |
| PRISION DOMICILIARIA | 1 | 11 | 0 | 8 | 0 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VOLUNTARIOS ACREDITADOS | 0 | 10 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENCIATE | 0 | 4 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| RECIEN NACIDO PADRES NO AFILIADOS | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| MENOR DESVINCULADO CONFLICTO | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| RECLUSO A CARGO DEL ENTE | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| POBLACION INFANTIL DIF ICBF | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| POBLACION DESMOVILIZADA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PERSONAS QUE DEJAN DE SER MADRE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MIGRANTE VENEZOLANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| LEGALIZADO CAPITAL SAT | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **221** | **10974** | **1424** | **385** | **112** | **597** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En cuanto a los grupos poblacionales, el de mayor relevancia es el de víctimas del conflicto armado, que representa el 31%. Le sigue la población bajo protección del ICBF con un 3%.

**Tabla 125 Población de Meta identificado en condición de discapacidad.**

| DISCAPACIDAD/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 219 | 10285 | 1117 | 375 | 110 | 589 |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 0 | 363 | 126 | 6 | 1 | 2 |
| FISICA | 2 | 270 | 154 | 3 | 1 | 6 |
| MULTIPLE | 0 | 28 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| INTELECTUAL | 0 | 24 | 12 | 1 | 0 | 0 |
| VISUAL | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| AUDITIVA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **10974** | **1424** | **385** | **112** | **597** | **13713** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para finalizar la caracterización del Departamento del Meta de enfoque diferencial, se encuentra la población identificada con una condición de discapacidad, se evidencia que la discapacidad psicosocial mental (4%) y física (3%) son las más representativas.

**Municipio de Soacha, Cundinamarca**

**Tabla 126 Distribución de la población del territorio de Soacha por IPS de atención y componente de riesgo.**

| TERRITORIO | IPS DE ATENCIÓN/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 19 | 609 | 77 | 37 | 7 | 43 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 3 | 38 | 3 | 1 | 1 | 8 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | | **22** | **648** | **80** | **38** | **8** | **51** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

El territorio de Soacha registra un total de 847 afiliados identificados con riesgo en salud mental. De ellos, 792 están asignados a la IPS ESE Municipal Soacha Julio César Peñaloza para recibir servicios integrales, 54 afiliados están asignados a la sucursal Soacha, pero residen en Meta o Bogotá, donde la EAPB está habilitada. Por último, 1 afiliado cuenta con registro de portabilidad en el Departamento de Antioquia, lo que le permite recibir atención en un territorio distinto al de su afiliación.

En cuanto a la distribución por área, la población de Soacha se encuentra mayormente concentrada en la zona urbana, con un 99.8%.

**Distribución de la población de Soacha por enfoque diferencial a diciembre 2024**

**Tabla 127 Población de Soacha perteneciente a un grupo étnico.**

| GRUPO ETNICO / COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SIN ETNIA | 22 | 647 | 80 | 38 | 8 | 50 |
| INDÍGENA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| OTRAS ETNIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEGRO-MULATO-AFROCOLOMBIANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RROM (GITANO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RAIZAL POBLACIÓN DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **22** | **648** | **80** | **38** | **8** | **51** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La cohorte de salud mental para Soacha tiene un total de 2 afiliados pertenecientes a grupos étnicos, principalmente a la población indígena.

**Tabla 128 Población de Soacha perteneciente a un grupo poblacional.**

| GRUPO POBLACIONAL/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTOAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POBLACIÓN CON SISBEN | 15 | 526 | 65 | 23 | 8 | 28 |
| VICTIMAS CONFLICTO ARMADO | 4 | 57 | 6 | 3 | 0 | 7 |
| AFILIACION OFICIO SIN SISBEN | 1 | 35 | 6 | 2 | 0 | 11 |
| POBLACION INFANTIL ICBF | 0 | 9 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| HABITANTE DE LA CALLE | 0 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENCIATE | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| RECIEN NACIDO PADRES NO AFILIADOS | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| RECLUSO A CARGO DEL ENTE | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| POBLACION INFANTIL DIF ICBF | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| POBLACION DESMOVILIZADA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMUNIDADES INDIGENAS | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PRISION DOMICILIARIA | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| ADULTO MAYOR EN PROTECCION | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VOLUNTARIOS ACREDITADOS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MENOR DESVINCULADO CONFLICTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERSONAS QUE DEJAN DE SER MADRE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DISCAPACITADO EN PROTECCION | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MIGRANTE VENEZOLANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LEGALIZADO CAPITAL SAT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **22** | **648** | **80** | **38** | **8** | **51** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En cuanto a los grupos poblacionales, el de mayor relevancia es el de víctimas del conflicto armado, que representa el 9%. Le sigue la población bajo protección del ICBF con un 6%.

**Tabla 129 Población de Soacha identificado en condición de discapacidad.**

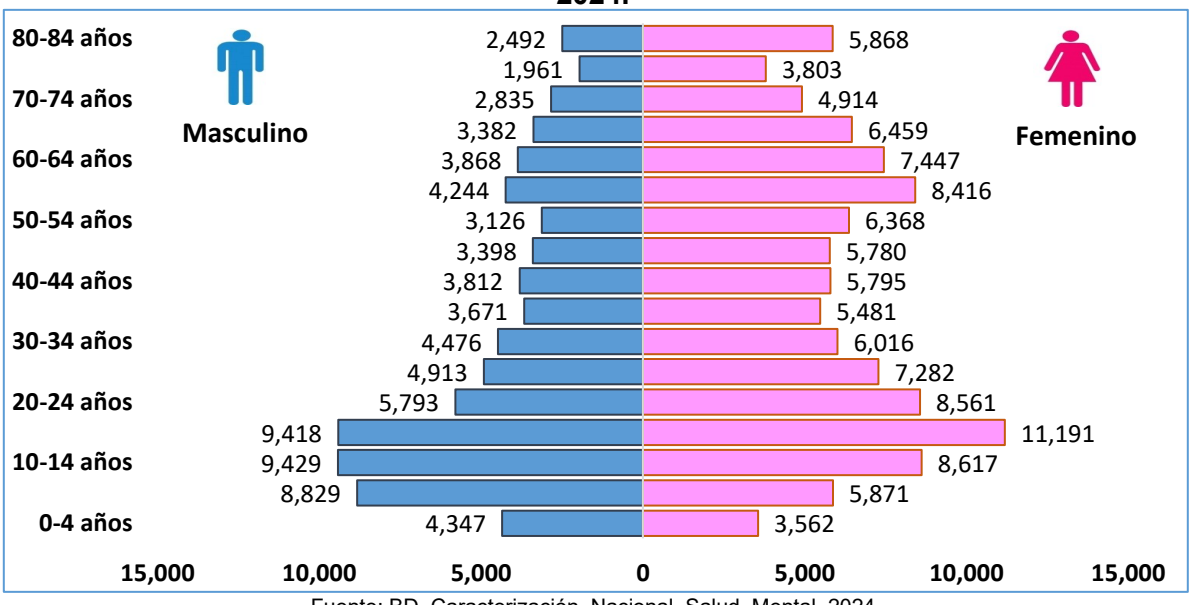
| DISCAPACIDAD/ COMPONENTE | PROBLEMAS PSICOSOCIALES | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | EPILEPSIA | TRASTOR. CONSUMO DE SPA | INTENTO SUICIDIO | VIOLENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NINGUNA | 22 | 634 | 69 | 37 | 8 | 51 |
| FISICA | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| PSICOSOCIAL_MENTAL | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| MULTIPLE | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| INTELECTUAL | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| AUDITIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VISUAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **22** | **648** | **80** | **38** | **8** | **51** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para finalizar la caracterización de Soacha de enfoque diferencial, se encuentra la población identificada con una condición de discapacidad, se evidencia que la discapacidad física, psicosocial mental y múltiple son las más representativas cada una con el 1%.

## Características demográficas

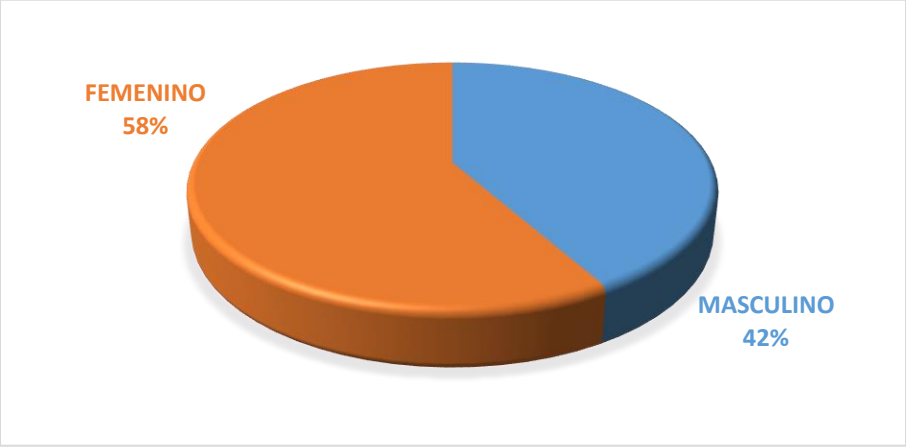
**Gráfica 42 Pirámide poblacional de los afiliados con riesgo en salud mental vigencia 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La pirámide poblacional presentada refleja la distribución de la población por edad y género de la población con riesgo en salud mental, evidenciando una mayor concentración de individuos en los grupos más jóvenes en comparación con los de mayor edad. Destacan particularmente los grupos etarios de 5 a 19 años y 55 a 59 años, que presentan una cantidad significativa de población. En términos generales, la pirámide muestra un predominio del sexo femenino, especialmente en los grupos de edad avanzada.

**Gráfica 43 Distribución de la población por sexo.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

El sexo femenino es identificado con mayor riesgo en salud mental con el 58% en comparación con el sexo masculino.

**Accesibilidad a los servicios de salud**

A continuación, se relaciona la red de prestación de servicios vigente para atención de la población con riesgo en salud mental, es de aclarar que la red de prestación de servicios pública se encuentra contratada para la atención integral de la población incluido allí trastornos mentales, trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia y violencias. Aludiendo que todas IPS del país con atención de urgencias están en la obligación de atender un evento y por consiguiente CAPITAL SALUD EPS-S como asegurador garantizará el pago y gestión de los servicios requeridos. Ley 100 de 1993 Articulo 168.

**Tabla 130 Red de prestación de servicios de salud mental a nivel Nacional.**

| DPTO | MUNICIPIO DONDE ESTÁ UBICADO EL PRESTADOR | NOMBRE DEL PRESTADOR | SERVICIOS CONTRATADOS |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA – PSICOLOGIA - NEUROLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA – PSICOLOGIA - NEUROLOGIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA- INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA- NEUROLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | NP MEDICAL IPS | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |
| BOGOTA | BOGOTA | FUNDACION LA LUZ CENTRO NACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DROGADICCION | PSIQUIATRIA-CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |
| BOGOTA | BOGOTA | INSTITUTO ROOSEVELT | PSIQUIATRIA – PSICOLOGIA - INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE | PSIQUIATRIA – PSICOLOGIA - INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | CORPORACION SALUD UN | PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA |
| BOGOTA | BOGOTA | UNIDAD CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO LIMITADA - RENOVAR | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |
| BOGOTA | BOGOTA | NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ | TECAR |
| BOGOTA | BOGOTA | CORPOALEGRIA | SERVICIOS DE REHABILITACION |
| BOGOTA | BOGOTA | GOLEMAN SERVICIOS INTEGRALES SAS | SERVICIOS DE REHABILITACION |
| BOGOTA | BOGOTA | FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA | INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| CUNDINAMARCA | SOACHA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA |
| CUNDINAMARCA | SOACHA | HOSPITAL CARDIOVASCULAR | INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| META | META | UNIDAD CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO LIMITADA - RENOVAR | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,SERVICIOS DE REHABILITACION |
| META | META | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E. | PSIQUIATRIA – PSICOLOGIA -INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| META | META | CLINICA BARZAL | INSERCIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS - NEUROLOGIA |
| META | META | MULTISALUD SAS | PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA |
| META | META | SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE SALUD SAS SERVIMEDICOS SAS | PSIQUIATRIA - PSICOLOGIA |
| META | META | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. | HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL-PSIQUIATRIA-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS |

Fuente: Contratos red y contratación

Para el Distrito Capital se cuenta con 15 instituciones de prestación de servicios en salud mental en el ámbito ambulatorio, 6 para el Departamento del Meta en las mismas características y 2 el Municipio de Soacha.

## Capacidad Instalada CAPITAL SALUD EPS-S.

### Tabla 131 Capacidad instalada servicios de salud mental de consulta externa a nivel Nacional.

| SUCURSAL | NOMBRE IPS | ESPECIALIDADES FORMATO VIGENTE | TOTAL PROMEDIO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ACTIVIDADES REALIZADAS (PROMEDIO 2 POR HORA) | HORAS MES OFERTADAS PARA CAPITAL SALUD | HORAS MES OFERTADAS PARA TODAS LAS EPS | NÚMERO DE PROFESIONALES |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | PSICOLOGIA | 1834 | 930 | 1183 | 6 |
| BOGOTA | PROYECTAR SALUD | PSICOLOGÍA | 190 | 190 | 386 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | PSICOLOGIA | 3686 | 1689 | 1851 | 11 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | PSICOLOGIA | 2326 | 735 | 1807 | 12 |
| BOGOTA | RADIOLOGIA MARLY | PSICOLOGIA | 13 | 20 | 48 | 1 |
| BOGOTA | ONCOLIFE | PSICOLOGIA | 5 | 9 | 18 | 1 |
| BOGOTA | SAN JOSE CENTRO | PSICOLOGIA | 5 | 12 | 24 | 1 |
| BOGOTA | ART MEDICA | PSICOLOGIA | 237 | 25 | 58 | 1 |
| BOGOTA | CORPOALEGRIA | PSICOLOGIA | 535 | 267 | 599 | 3 |
| BOGOTA | CEMDI | PSICOLOGIA | 804 | 363 | 363 | 2 |
| BOGOTA | FUNDACION LA LUZ | PSICOLOGIA | 0 | 160 | 320 | 2 |
| BOGOTA | ZERENIA | PSICOLOGIA | 1 | 190 | 420 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | PSICOLOGIA | 1761 | 836 | 788 | 5 |
| BOGOTA | INSTITUTO DEL CORAZON DE BUCARAMANGA | PSICOLOGIA | 11 | 5 | 48 | 1 |
| BOGOTA | HEALTH & LIFE IPS S.A.S. | PSICOLOGIA | 2 | 58 | 350 | 2 |
| BOGOTA | GOLEMAN | PSICOLOGÍA | 1663 | 736 | 1472 | 14 |
| BOGOTA | CLINICOS PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL SAS IPS | PSICOLOGIA | 258 | 73 | 289 | 4 |
| BOGOTA | DOMSALUD | PSICOLOGIA | 0 | 96 | 96 | 1 |
| BOGOTA | COMPAÑÍA, CALIDAD Y CUIDADO EN SALUD S.A.S | PSICOLOGIA | 14 | 100 | 100 | 1 |
| BOGOTA | CORPORACION SALUD | PSICOLOGIA | 69 | 3 | 61 | 0 |
| BOGOTA | CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA - CPO | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | IPS FOR YOUR LIFE - SALUD EN TU HOGAR NUESTRA PRIORIDAD S.A.S | PSICOLOGIA | 31 | 1684 | 1684 | 5 |
| BOGOTA | I S H INTEGRAL SOLUTIONS IN HEALTH SAS | PSICOLOGIA | 93 | 114 | 153 | 2 |
| BOGOTA | NP MEDICAL | PSICOLOGIA | 0 | 24 | 48 | 1 |
| BOGOTA | SAN JOSE INFANTIL | PSICOLOGIA | 8 | 25 | 25 | 0 |
| BOGOTA | VIVIR IPS | PSICOLOGIA | 29 | 200 | 200 | 2 |
| BOGOTA | HOSPITAL DE LA MISERICORDIA | PSICOLOGÍA | 187 | 355 | 355 | 2 |
| BOGOTA | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA | PSICOLOGÍA | 0 | 28 | 28 | 0 |
| BOGOTA | ASISTENCIA CIENTIFICA | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | VIHONCO | PSICOLOGIA | 9 | 54 | 0 | 1 |
| BOGOTA | FUNDACION CARDIOINFANTIL | PSICOLOGIA | 245 | 144 | 144 | 10 |
| BOGOTA | ASOCIACION DE AMIGOS CONTRA EL CANCER PROSEGUIR | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | PSICOLOGIA | 424 | 160 | 200 | 0 |
| BOGOTA | FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS | PSICOLOGIA | 0 | 2 | 2 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | PSIQUIATRIA | 1427 | 940 | 997 | 6 |
| BOGOTA | FUNDASUVICOL | PSIQUIATRÍA | 10 | 1764 | 91 | 4 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | PSIQUIATRIA | 1182 | 656 | 785 | 7 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | PSIQUIATRIA PEDIATRICA | 235 | 120 | 141 | 2 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | PSIQUIATRIA | 2339 | 335 | 995 | 9 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | PSIQUIATRIA PEDIATRICA | 211 | 48 | 144 | 1 |
| BOGOTA | SAN JOSE CENTRO | PSIQUIATRIA | 10 | 15 | 40 | 1 |
| BOGOTA | FUNDACION LA LUZ | PSIQUIATRIA | 0 | 160 | 320 | 2 |
| BOGOTA | ZERENIA | PSIQUIATRIA | 4 | 142 | 267 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | PSIQUIATRIA | 697 | 436 | 443 | 3 |
| BOGOTA | ROOSEVELT | PSIQUIATRIA PEDIATRICA | 233 | 50 | 50 | 3 |
| BOGOTA | GOLEMAN | PSIQUIATRIA | 157 | 42 | 78 | 3 |
| BOGOTA | CLINICOS PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL SAS IPS | PSIQUIATRIA | 169 | 87 | 103 | 1 |
| BOGOTA | CORPORACION SALUD | PSIQUIATRIA | 61 | 3 | 51 | 0 |
| BOGOTA | NP MEDICAL | PSIQUIATRIA | 0 | 24 | 48 | 2 |
| BOGOTA | SAN JOSE INFANTIL | PSIQUIATRIA | 5 | 7 | 7 | 0 |
| BOGOTA | HOSPITAL DE LA MISERICORDIA | PSIQUIATRÍA PEDIATRICA | 96 | 77 | 77 | 2 |
| BOGOTA | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA | PSIQUIATRÍA | 0 | 21 | 21 | 0 |
| BOGOTA | ASISTENCIA CIENTIFICA | PSIQUIATRÍA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | FUNDACION CARDIOINFANTIL | PSIQUIATRIA | 36 | 8 | 8 | 2 |
| BOGOTA | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | PSIQUIATRIA | 587 | 270 | 300 | 0 |
| BOGOTA | FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS | PSIQUIATRÍA | 0 | 2 | 2 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | NEUROLOGIA | 323 | 128 | 132 | 1 |
| BOGOTA | NEUROSALUD IPS | NEUROLOGIA | 869 | 586 | 892 | 5 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | NEUROLOGIA | 1265 | 400 | 523 | 10 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | NEUROLOGIA | 560 | 81 | 196 | 7 |
| BOGOTA | SAN JOSE CENTRO | NEUROLOGIA | 48 | 28 | 67 | 4 |
| BOGOTA | ART MEDICA | NEUROLOGIA | 8 | 0 | 2 | 1 |
| BOGOTA | CEMDI | NEUROLOGIA | 15 | 80 | 80 | 1 |
| BOGOTA | ZERENIA | NEUROLOGIA | 17 | 120 | 300 | 1 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | NEUROLOGIA | 294 | 93 | 88 | 1 |
| BOGOTA | ROOSEVELT | NEUROLOGIA | 137 | 1 | 1 | 1 |
| BOGOTA | CLINICOS PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL SAS IPS | NEUROLOGIA | 151 | 120 | 1288 | 17 |
| BOGOTA | CORPORACION SALUD | NEUROLOGIA | 474 | 10 | 206 | 2 |
| BOGOTA | CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA - CPO | NEUROLOGÍA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | SAN JOSE INFANTIL | NEUROLOGIA | 2 | 29 | 29 | 0 |
| BOGOTA | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA | NEUROLOGÍA | 0 | 13 | 13 | 0 |
| BOGOTA | ASISTENCIA CIENTIFICA | NEUROLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | FUNDACION CARDIOINFANTIL | NEUROLOGIA | 190 | 860 | 860 | 13 |
| BOGOTA | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | NEUROLOGIA | 502 | 240 | 280 | 0 |
| BOGOTA | FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS | NEUROLOGÍA | 1 | 4 | 4 | 1 |
| BOGOTA | FUNDACION LA LUZ | ATENCION A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 0 | 2240 | 2240 | 16 |
| META | HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E | PSICOLOGIA | 7 | 117 | 117 | 1 |
| META | DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META | MULTISALUD | PSICOLOGIA | 0 | 24 | 528 | 4 |
| META | ASISTENCIA CIENTIFICA | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META | CERCAP | PSICOLOGIA | 937 | 752 | 752 | 5 |
| META | ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA | PSICOLOGIA | 365 | 130 | 176 | 2 |
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | PSICOLOGIA | 132 | 83 | 167 | 1 |
| META | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO | PSICOLOGIA | 0 | 140 | 140 | 1 |
| META | HEALTH & LIFE IPS S.A.S. | PSICOLOGIA | 4 | 104 | 1248 | 2 |
| META | DOMSALUD | PSICOLOGIA | 4 | 108 | 108 | 1 |
| META | CASTILLA LA NUEVA | PSICOLOGIA | 34 | 63 | 133 | 1 |
| META | SERVIMEDICOS | PSICOLOGIA | 0 | 16 | 17 | 1 |
| META | VIHONCO | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META | VIVIR IPS | PSICOLOGIA | 5 | 200 | 200 | 1 |
| META | SOLUCION SALUD - PUERTO GAITAN | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| META | ESE HOSPITAL LOCAL DE SANMARTIN DE LOS LLANOS | PSICOLOGIA | 240 | 64 | 128 | 1 |
| META | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E | PSICOLOGIA | 497 | 744 | 744 | 2 |
| META | VIVIR IPS | PSICOLOGIA | 188 | 540 | 540 | 1 |
| META | SOLUCION SALUD - CUMARAL | PSICOLOGIA | 1 | 16 | 16 | 0 |
| META | SOLUCION SALUD - VISTA HERMOSA | PSICOLOGIA | 49 | 7 | 7 | 1 |
| META | SOLUCION SALUD - LEJANIAS | PSICOLOGIA | 132 | 160 | 160 | 1 |
| META | SOLUCION SALUD - RESTREPO | PSICOLOGIA | 31 | 160 | 160 | 1 |
| META | SOLUCION SALUD - LA URIBE | PSICOLOGIA | 1 | 1 | 1 | 0 |
| META | SOLUCION SALUD - CABUYARO | PSICOLOGIA | 21 | 80 | 80 | 1 |
| META | DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO | PSIQUIATRIA | 159 | 220 | 220 | 3 |
| META | MULTISALUD | PSIQUIATRIA | 0 | 24 | 528 | 4 |
| META | ASISTENCIA CIENTIFICA | PSIQUIATRÍA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | PSIQUIATRIA | 436 | 300 | 600 | 5 |
| META | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E | PSIQUIATRÍA | 130 | 4 | 43 | 1 |
| META | CLINICA META | NEUROLOGÍA | 68 | 26 | 110 | 6 |
| META | DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO | NEUROLOGIA | 235 | 165 | 165 | 3 |
| META | MULTISALUD | NEUROLOGIA | 0 | 24 | 528 | 4 |
| META | NEUROELECTRODIAGNOSTICO SH | NEUROLOGIA | 880 | 167 | 167 | 3 |
| META | SERVIMEDICOS | NEUROLOGIA | 12 | 7 | 23 | 1 |
| SOACHA | HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA | PSICOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SOACHA | REGION SOACHA | PSICOLOGÍA | 5 | 3 | 150 | 1 |
| SOACHA | JULIO CESAR PEÑALOZA | PSICOLOGÍA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SOACHA | REGION SOACHA | PSIQUIATRÍA | 6 | 3 | 34 | 1 |
| SOACHA | HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA | NEUROLOGÍA | 1 | 7 | 40 | 1 |
| SOACHA | REGION SOACHA | NEUROLOGÍA | 14 | 6 | 1663 | 1 |
| NACIONAL | VIDAMEDICAL | PSICOLOGIA | 193 | 83 | 384 | 2 |
| NACIONAL | VIDAMEDICAL | PSIQUIATRIA | 77 | 15 | 98 | 2 |
| NACIONAL | AUNAR SALUD | PSICOLOGÍA | 233 | 187 | 187 | 1 |

Fuente: CONSOLIDADO CAPACIDAD INSTALADA total 2024 PROMEDIO (version 1)

**Tabla 132 Capacidad instalada servicios de salud mental de hospitalización a nivel Nacional.**

| SUCURSAL | NOMBRE IPS | ESPECIALIDADES FORMATO VIGENTE | PROMEDIO CAMAS TOTALES | PROMEDIO DÍA ESTANCIA | PROMEDIO EGRESOS |
|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 122 | 13 | 156 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 57 | 11 | 160 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 16 | 8 | 28 |
| BOGOTA | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | 44 | 4 | 132 |
| BOGOTA | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 81 | 14 | 6 |
| BOGOTA | NP MEDICAL | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 171 | 207 | 35 |
| BOGOTA | FUNDACION LA LUZ | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 0 | 0 | 0 |
| BOGOTA | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 23 | 6 | 1 |
| BOGOTA | SAN JOSE INFANTIL | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 102 | 3 | 2 |
| BOGOTA | FUNDACION LA LUZ | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 110 | 112 | 32 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | 45 | 10 | 41 |
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | 30 | 6 | 38 |
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 60 | 15 | 8 |
| META | HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E | HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL | 6 | 3 | 17 |
| META | SOLUCION SALUD -EL CALVARIO | CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | 0 | 0 | 0 |
| META | CLINICA DEL SISITEMA NERVIOSO -RENOVAR | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 48 | 14 | 20 |
| META | SOLUCION SALUD - MESETAS | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 0 | 0 | 0 |
| META | SOLUCION SALUD -EL CALVARIO | ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | 0 | 0 | 0 |

Fuente: CONSOLIDADO CAPACIDAD INSTALADA total 2024 PROMEDIO (versión 1)

**Tabla 133 Oportunidad de los servicios de salud mental a nivel nacional vigencia diciembre 2024.**

| ESPECIALIDADES/ TIEMPO PROMEDIO DE ASIGNACIÓN DE CITAS A POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL | BOGOTA | META | SOACHA | PROMEDIO NACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 17 | 10.8 | 37 | 22 |
| NEUROPEDIATRÍA | 8 | 12.4 | No hubo reporte | 10 |
| NEUROCIRUGÍA | 6 | 16.2 | 2 | 8 |
| OFTALMOLOGÍA | 7 | 13.17 | 5 | 8 |
| TERAPIA FÍSICA | 8 | 4.97 | No hubo reporte | 6 |
| TERAPIA LENGUAJE | 2 | 5.6 | 1 (solo reportan control) | 4 |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 2 | 4.09 | 1 (solo reportan control) | 3 |
| FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA | 2 | No hubo reporte | 1 (solo reportan control) | 2 |
| GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | 2 | 4.2 | 4 | 3 |
| MEDICINA FAMILIAR | 3 | 4.32 | No hubo reporte | 4 |
| MEDICINA GENERAL | 1.69 | 1.68 | 1.49 | 2 |
| NEUROLOGÍA | 8.78 | 16.7 | No hubo reporte | 13 |
| PEDIATRÍA | 2.2 | 3.67 | 3 | 3 |
| PSICOLOGÍA | 4.33 | 3.39 | No hubo reporte | 4 |
| PSIQUIATRÍA | 6.48 | 8.33 | 6 | 7 |
| REHABILITACIÓN FUNCIONAL | 17 | No hubo reporte | 37 | 27 |
| TRABAJO SOCIAL | 5 | 1 | No hubo reporte | 3 |

Fuente: Reporte de matriz de calidad de la red de prestación de servicios

La tabla muestra el tiempo promedio de asignación de citas a población con patología mental y neurológica en diferentes especialidades y territorios (Bogotá, Meta y Soacha). Se puede evidenciar las especialidades con menor y mayores tiempos de espera, medicina general y trabajo social entre 1 y 3 días calendario, en cambio en mayor tiempo de espera esta rehabilitación funcional, medicina física y rehabilitación y neurología con una oportunidad entre 8 y 37 días promedio.

Es importante resaltar que, en el territorio de Soacha, la medición se ve limitada debido a la falta de reporte de información por parte de los prestadores de servicios de salud. Esta

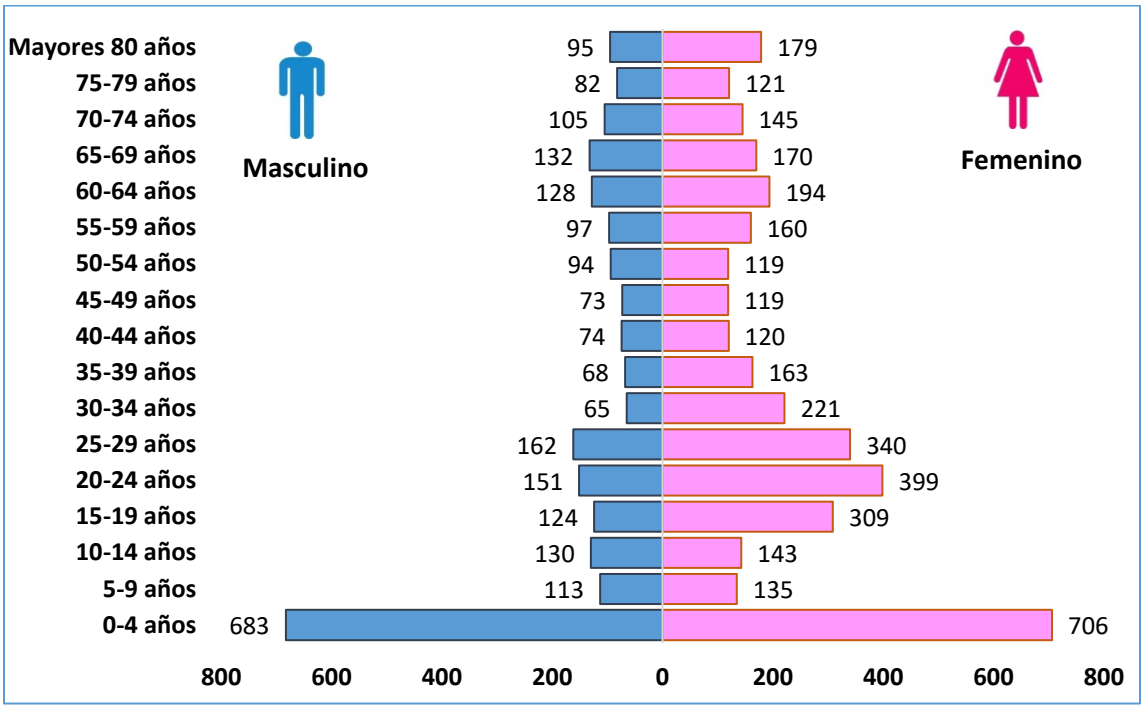
situación afecta directamente la gestión de la cohorte y dificulta la garantía de acceso a los servicios para la población objetivo.

Se evidencia que para la mayoría de las especialidades, Bogotá y Meta tienen tiempos de espera más bajos o cercanos al promedio nacional, en cambio, Soacha presenta los tiempos más altos en varias especialidades donde hay datos disponibles.

**Situación de Salud de la Cohorte**

**Problemas Psicosociales**

**Gráfica 44 Pirámide poblacional de afiliados identificados con problemas psicosociales de población nacional a diciembre 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional, CAPITAL SALUD EPS-S registra 6.119 usuarios con problemas psicosociales, con una mayor concentración en el grupo etario de 0 a 4 años. La gráfica muestra una tendencia al riesgo más marcada en las mujeres (61.17%), lo que puede atribuirse a diversos factores históricos y sociales.

En Colombia, las mujeres han sido más propensas a la violencia de género e intrafamiliar, además de asumir en su mayoría la responsabilidad del cuidado de los hijos, personas enfermas y del hogar. Estas condiciones pueden limitar su desarrollo personal y profesional, dificultando su participación en un entorno productivo y exacerbando la desigualdad económica.

Por otro lado, los niños y niñas enfrentan riesgos significativos debido a maltrato infantil, disfuncionalidad familiar, falta de acceso a educación y acoso escolar, factores que pueden

afectar su desarrollo emocional y social. En Colombia, el 44.7% de los menores presenta problemas de salud mental (Prensa Cámara de Representantes, 2023).

**Tabla 134 Distribución de la población nacional con problemas psicosociales por categoría.**

| CATEGORIA PROBLEMAS PSICOSOCIALES | USUARIOS |
|---|---|
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES | 3073 |
| OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON GRUPO DE APOYO PRIMARIO, INCLUYENDO CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES | 1362 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ENTORNO SOCIAL | 1241 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS | 183 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA | 108 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON EDUCACIÓN Y ALFABETIZACIÓN | 65 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES | 46 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ | 22 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMPLEO Y DESEMPLEO | 14 |
| PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE FÍSICO | 5 |
| **TOTAL** | **6119** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La población de CAPITAL SALUD EPS-S presenta mayor prevalencia de problemas en circunstancias psicosociales y problemas relacionados con grupo de apoyo primario, incluyendo circunstancias familiares.

**Descripción de problemas psicosociales por territorio.**

**Tabla 135 Distribución de la población de Bogotá con problemas psicosociales a diciembre 2024.**

| PROBLEMAS PSICOSOCIALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 4 | 5 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 6 | 3 | 4 | 7 |
| | CANDELARIA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| | MARTIRES | 4 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 14 | 14 | 8 | 15 | 1 | 9 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 37 | 30 | 1 | 3 | 11 | 3 | 21 | 16 | 25 | 18 | 42 | 17 |
| | SAN CRISTOBAL | 17 | 12 | 3 | 0 | 12 | 6 | 39 | 17 | 36 | 27 | 31 | 29 |
| | SANTAFE | 7 | 6 | 2 | 1 | 2 | 3 | 10 | 8 | 12 | 22 | 8 | 10 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 8 | 13 |
| | CHAPINERO | 5 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 8 | 5 | 3 | 7 | 9 | 3 |
| | ENGATIVA | 3 | 9 | 1 | 5 | 5 | 11 | 17 | 12 | 27 | 17 | 37 | 33 |
| | SUBA | 10 | 11 | 7 | 4 | 6 | 3 | 11 | 7 | 28 | 22 | 67 | 29 |
| | TEUSAQUILLO | 4 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 8 | 6 | 4 | 4 |
| | USAQUEN | 8 | 7 | 0 | 2 | 2 | 1 | 9 | 8 | 7 | 3 | 30 | 13 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 336 | 303 | 35 | 35 | 91 | 36 | 273 | 62 | 240 | 70 | 175 | 123 |
| | SUMAPAZ | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 |
| | TUNJUELITO | 36 | 43 | 4 | 7 | 8 | 4 | 46 | 4 | 49 | 16 | 35 | 22 |
| | USME | 147 | 131 | 24 | 25 | 38 | 29 | 168 | 35 | 146 | 50 | 106 | 64 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 52 | 77 | 22 | 14 | 26 | 14 | 86 | 51 | 151 | 76 | 125 | 75 |
| | FONTIBON | 5 | 3 | 5 | 0 | 2 | 0 | 5 | 9 | 14 | 12 | 14 | 6 |
| | KENNEDY | 42 | 50 | 12 | 10 | 23 | 13 | 53 | 41 | 105 | 71 | 72 | 48 |
| | PUENTE ARANDA | 11 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 24 | 15 | 37 | 10 | 19 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| PORTABILIDAD | | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 | 1 |
| TOTAL GENERAL | | 739 | 705 | 120 | 118 | 245 | 136 | 789 | 324 | 895 | 487 | 786 | 532 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el Distrito Capital, se han identificado 5.786 usuarios con problemas psicosociales, con una mayor concentración en la Subred Sur (52%), seguida de la Subred Sur Occidente (26%), Centro Oriente (11%) y Norte (10%). Las principales problemáticas están vinculadas al entorno social y al grupo de apoyo primario, donde las dinámicas familiares juegan un papel determinante en la afectación psicosocial de la población. A nivel local, la mayor proporción de la población se encuentra en Ciudad Bolívar (30%), seguida de Usme (16%), Bosa (13%) y Kennedy (9%). Las demás localidades presentan porcentajes inferiores al 4%. En cuanto a la edad, la mayor concentración poblacional se encuentra en la primera infancia (25%).

**Tabla 136 Distribución de la población de Meta con problemas psicosociales a diciembre 2024.**

| PROBLEMAS PSICOSOCIALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 6 | 0 | 13 | 5 | 3 | 1 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| | GUAMAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | GRANADA | 1 | 0 | 3 | 2 | 6 | 1 | 5 | 3 | 15 | 0 | 5 | 4 |
| | LEJANIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO LLERAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| | SAN MARTIN | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL CALVARIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| | SAN JUANITO | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VILLAVICENCIO | 1 | 4 | 5 | 10 | 8 | 1 | 11 | 0 | 17 | 5 | 6 | 1 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | MESETAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | URIBE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VISTAHERMOSA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CABUYARO | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO LOPEZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 4 | 8 | 14 | 21 | 25 | 11 | 31 | 5 | 62 | 11 | 22 | 7 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el Departamento del Meta, se identificaron 221 usuarios con problemas psicosociales, concentrados principalmente en la Subregión Capital Cordillera (35%), seguida de Ariari (30%), Alto Ariari (27%), Río Meta (5%), y Bajo Ariari y La Macarena (1% cada una). Las problemáticas más prevalentes están relacionadas con el entorno social y el grupo de apoyo primario, destacándose las circunstancias familiares como un factor clave en la afectación psicosocial de la población. A nivel Municipal, la mayor proporción de la población se encuentra en Villavicencio (31%), seguida de Granada (20%), Acacias (19%) y San Martin (7%). Los demás Municipios presentan porcentajes inferiores al 4%.

En cuanto a la edad, la mayor concentración poblacional se encuentra en adultez (33%).

**Tabla 137 Distribución de la población de Soacha con problemas psicosociales a diciembre 2024.**

| PROBLEMAS PSICOSOCIALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TERRITORIO | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 | 5 | 1 | 3 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 | 5 | 1 | 3 |

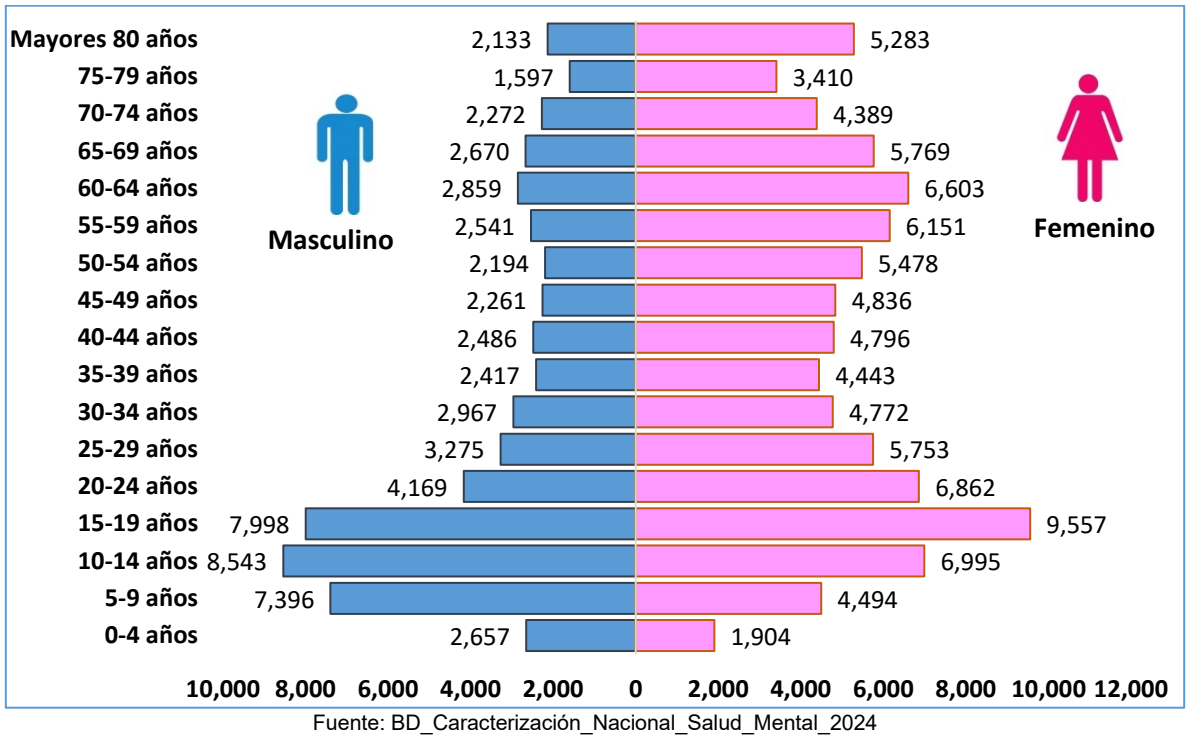
Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el Municipio de Soacha, Cundinamarca se identificaron 22 afiliados con problemas psicosociales, la población con mayor afectación es la del curso de vida adultez con el 41%.

Las problemáticas más prevalentes en la población del municipio están relacionadas con el grupo de apoyo primario, especialmente las circunstancias familiares.

**Trastornos mentales y del comportamiento**

**Gráfica 45 Pirámide poblacional de afiliados identificados con trastornos mentales de población nacional a diciembre 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional, CAPITAL SALUD EPS-S registra 151.930 usuarios con trastornos mentales y del comportamiento, es el componente que mayor población identificada, esto puede deberse a las situaciones que ha atravesado el país en su contexto de historia como el conflicto armado, las condiciones socioeconómicas, la falta de educación frente a la salud mental que afecta indirectamente a quienes las padece y el estigma limita el acceso a los servicios de salud y la pandemia. Los grupos etarios donde hay mayor concentración de la población es de 5 a 19 años, sin embargo, se resalta en las mujeres que se mantiene la tendencia del riesgo, con una leve disminución entre las edades de 29 a 49 años (adultez), pero un aumento prologado hasta el final del grupo etario.

Al igual que en los problemas psicosociales, las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales. Esto se debe a una combinación de factores biológicos, sociales, culturales y económicos.

Desde el punto de vista biológico y hormonal, las mujeres tienen una regulación diferente de serotonina y dopamina, neurotransmisores clave en la estabilidad del estado de ánimo. Además, etapas como la menstruación, el embarazo, el posparto y la menopausia generan fluctuaciones hormonales que pueden aumentar el riesgo de ansiedad y depresión.

Por otro lado, la violencia de género está estrechamente relacionada con el desarrollo de trastornos como el estrés postraumático (TEPT). Haber experimentado abuso o violencia puede provocar síntomas como miedo constante, hipervigilancia, baja autoestima y riesgo de conducta suicida, afectando gravemente la salud mental a largo plazo.

Finalmente, el rol tradicional asignado a las mujeres en la sociedad, que incluye la responsabilidad del hogar, el cuidado de los hijos y la atención a personas enfermas limita su desarrollo personal y profesional. Esto dificulta su participación en un entorno productivo y agrava la desigualdad económica, generando mayor estrés y afectando su bienestar emocional.

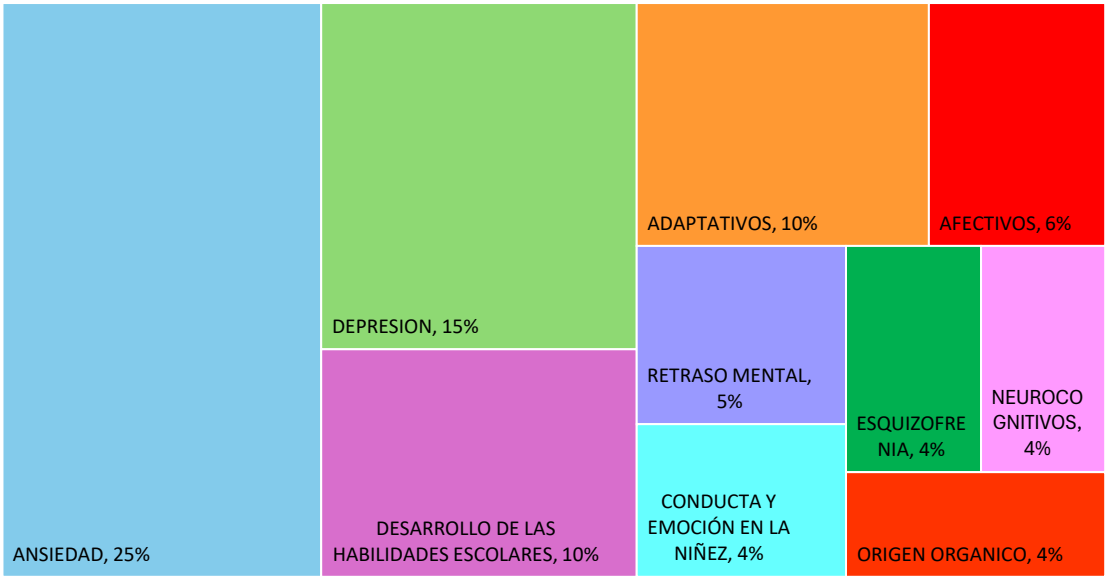
**Tabla 138 Distribución de la población nacional con trastornos mentales por categoría.**

| CATEGORIA TRASTORNOS MENTALES | USUARIOS |
|---|---|
| TRASTORNOS DE ANSIEDAD | 37510 |
| TRASTORNOS DE DEPRESION | 23398 |
| TRASTORNOS ADAPTATIVOS | 15016 |
| TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES | 14746 |
| TRASTORNOS AFECTIVOS | 8044 |
| RETRASO MENTAL | 7675 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y EMOCIÓN EN LA NIÑEZ | 6584 |
| TRASTORNOS DE ESQUIZOFRENIA | 6194 |
| TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS | 5743 |
| TRASTORNOS MENTALES DE ORIGEN ORGANICO | 5598 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | 4622 |
| TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 3892 |
| TRASTORNOS HIPERCINETICOS | 3284 |
| TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO | 2777 |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO | 1656 |

| | |
|---|---|
| TRASTORNOS PSICOTICOS | 871 |
| TRASTORNOS DELIRANTES | 755 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | 698 |
| TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD NO ORGANICOS | 566 |
| TRASTORNOS SEXUALES EN LA IDENTIDAD, GENERO Y PREFERENCIA SEXUAL | 419 |
| TRASTORNOS MENTALES SIN ESPECIFICAR | 412 |
| TRASTORNOS DE LOS IMPULSOS | 376 |
| TRASTORNOS DISOCIATIVOS | 345 |
| TRASTORNOS SOMATOMORFOS | 340 |
| TRASTORNOS DE LA INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA | 262 |
| TRASTORNOS DEL LENGUAJE NO ORGANICO | 72 |
| ABUSO DE SUSTANCIAS | 70 |
| TRASTORNOS ORGANICOS DEL LENGUAJE | 4 |
| TRASTORNOS FACTICIOS | 1 |
| **TOTAL** | **151930** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

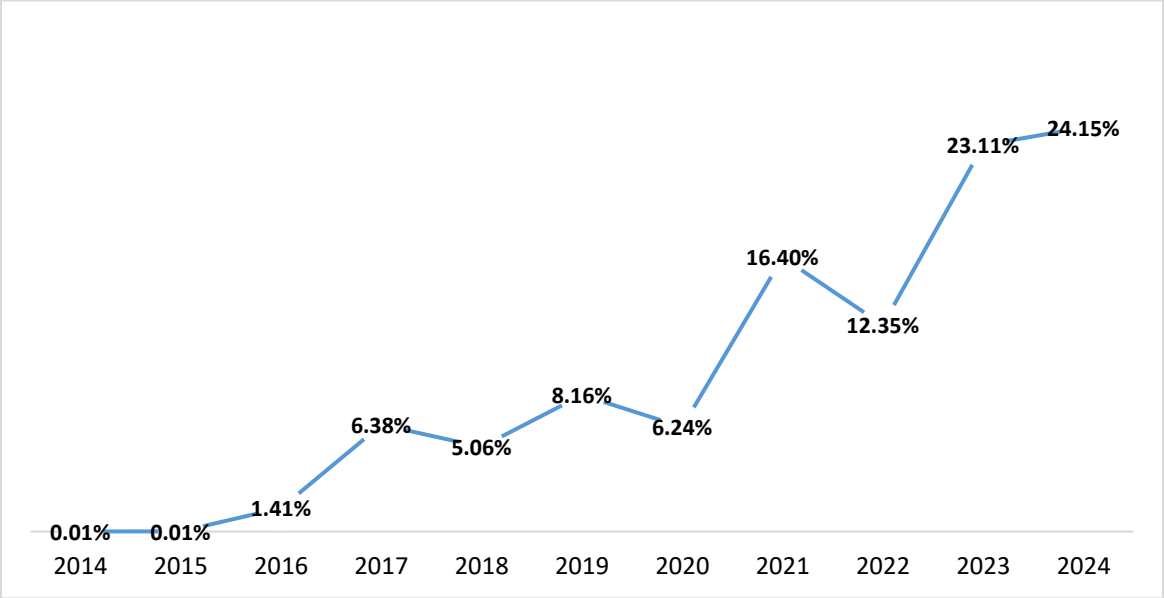
**Gráfica 46 Distribución por porcentaje de los 10 trastornos mentales más prevalentes en la población afiliada a CAPITAL SALUD EPS a nivel nacional.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Las enfermedades mentales más prevalentes entre los afiliados a CAPITAL SALUD EPS-S se agrupan principalmente en cuatro categorías: ansiedad (25%), depresión (15%), trastornos adaptativos (10%) y dificultades en el desarrollo de habilidades escolares (10%). Las demás categorías presentan una prevalencia inferior al 6%. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por el Gobierno Nacional en 2015, publicado en el Plan Nacional de Salud Mental (2018), el cual identificó como trastornos mentales más comunes en la población colombiana el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad y la depresión. En este sentido, las estadísticas de CAPITAL SALUD EPS-S reflejan una tendencia similar a la observada a nivel nacional.

**Gráfica 47 Distribución de población identificada con trastornos mentales por año, prevalencia 2014 a diciembre 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

El aumento significativo de la población con trastornos mentales en Colombia podría estar relacionado con el impacto de la pandemia por COVID-19. Según el Informe 13 3.1 del Instituto Nacional de Salud (INS, 2021), factores como el aislamiento social, la alteración en las rutinas, las pérdidas económicas, la preocupación por el contagio y la muerte, la sobrecarga de trabajo y el exceso de información generaron un incremento en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población.

Esta tendencia se refleja en la población afiliada a CAPITAL SALUD EPS-S, donde el número de diagnósticos de trastornos mentales aumentó significativamente después del 2020. En 2019, se diagnosticaron 18.360 usuarios, lo que representa el 8.16% de los 151.930 usuarios con diagnóstico de patología mental hasta diciembre de 2024.

Durante 2020, se observó una disminución en los diagnósticos debido a las restricciones de movilidad y el aislamiento social. Sin embargo, en 2021 el número de diagnósticos ascendió a 24.382 usuarios (16.40%), en 2022 se registraron 18.360 casos (12.35%), en 2023 la cifra aumentó a 34.359 (23.11%), y en 2024 alcanzó los 35.905 (24.15%).

Comparando los datos de 2019 y 2021, se evidencia un incremento del 14% en los diagnósticos de trastornos mentales. Al contrastar los registros de 2019 con 2024, el aumento es aún mayor, alcanzando el 32%.

**Descripción de trastornos mentales y del comportamiento por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 139 Distribución de la población de Bogotá con trastornos mentales a diciembre 2024.**

| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTOAMIENTO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 13 | 12 | 72 | 81 | 100 | 96 | 121 | 91 | 306 | 215 | 298 | 182 |
| | CANDELARIA | 8 | 10 | 30 | 39 | 46 | 52 | 90 | 83 | 188 | 142 | 124 | 88 |
| | MARTIRES | 22 | 40 | 99 | 171 | 188 | 170 | 178 | 121 | 397 | 303 | 317 | 229 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 70 | 137 | 363 | 542 | 560 | 607 | 781 | 540 | 1769 | 910 | 1840 | 837 |
| | SAN CRISTOBAL | 90 | 112 | 422 | 638 | 794 | 724 | 1018 | 745 | 2381 | 1319 | 2323 | 1080 |
| | SANTAFE | 42 | 46 | 180 | 260 | 322 | 325 | 399 | 314 | 853 | 652 | 798 | 466 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 36 | 43 | 86 | 118 | 140 | 120 | 150 | 127 | 338 | 239 | 299 | 167 |
| | CHAPINERO | 33 | 47 | 71 | 90 | 83 | 92 | 147 | 100 | 251 | 161 | 204 | 117 |
| | ENGATIVA | 226 | 303 | 327 | 584 | 594 | 580 | 856 | 513 | 1907 | 1010 | 2060 | 933 |
| | SUBA | 372 | 446 | 451 | 718 | 666 | 646 | 1065 | 660 | 2362 | 1212 | 2175 | 853 |
| | TEUSAQUILLO | 16 | 28 | 43 | 68 | 61 | 68 | 115 | 69 | 164 | 132 | 154 | 98 |
| | USAQUEN | 109 | 133 | 189 | 262 | 263 | 258 | 682 | 370 | 1096 | 463 | 804 | 360 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 158 | 271 | 840 | 1177 | 1376 | 1471 | 1929 | 1134 | 3821 | 1587 | 2804 | 1126 |
| | SUMAPAZ | 0 | 0 | 8 | 13 | 14 | 16 | 32 | 11 | 66 | 21 | 64 | 62 |
| | TUNJUELITO | 22 | 57 | 148 | 232 | 283 | 315 | 412 | 299 | 946 | 418 | 914 | 420 |
| | USME | 95 | 199 | 569 | 835 | 949 | 891 | 1347 | 790 | 2846 | 1114 | 1976 | 793 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 478 | 677 | 895 | 1277 | 1373 | 1338 | 2583 | 1325 | 4735 | 1970 | 3441 | 1275 |
| | FONTIBON | 54 | 84 | 118 | 200 | 189 | 232 | 316 | 205 | 799 | 431 | 667 | 302 |
| | KENNEDY | 436 | 620 | 695 | 1077 | 1034 | 1048 | 1621 | 937 | 3422 | 1585 | 2397 | 1188 |
| | PUENTE ARANDA | 33 | 54 | 76 | 102 | 141 | 148 | 219 | 229 | 516 | 648 | 516 | 346 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 2 | 8 | 8 | 17 | 6 | 15 | 25 | 17 | 35 | 11 | 13 | 6 |
| PORTABILIDAD | | 9 | 18 | 20 | 20 | 83 | 92 | 37 | 12 | 42 | 19 | 74 | 32 |
| TOTAL GENERAL | | 2324 | 3345 | 5710 | 8521 | 9265 | 9304 | 14123 | 8692 | 29240 | 14562 | 24262 | 10960 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En Bogotá, 140.308 afiliados han sido identificados con trastornos mentales. De este total, el 31% se encuentra georreferenciado en la Subred Sur Occidente, el 25% en la Subred Sur, el 22% en la Subred Norte y el 21% en la Subred Centro Oriente. Las localidades con mayor población en riesgo dentro del Distrito son Bosa (15%), Ciudad Bolívar (13%) y Kennedy (11%), mientras que las demás presentan una incidencia inferior al 9%.

En cuanto a población fuera del territorio se tiene identificado 163 y en portabilidad 458.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (61%), y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (31%) y vejez (25%).

**Departamento del Meta**

**Tabla 140 Distribución de la población de Meta con trastornos mentales a diciembre 2024.**

| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTOAMIENTO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 23 | 45 | 65 | 111 | 85 | 98 | 118 | 68 | 240 | 81 | 140 | 67 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 1 | 2 | 8 | 14 | 10 | 21 | 8 | 8 | 13 | 5 | 2 | 5 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| | EL DORADO | 1 | 3 | 8 | 10 | 16 | 8 | 11 | 9 | 25 | 13 | 21 | 4 |
| | GUAMAL | 0 | 6 | 13 | 26 | 15 | 16 | 16 | 19 | 45 | 26 | 26 | 9 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 4 | 11 | 22 | 18 | 16 | 17 | 4 | 34 | 21 | 16 | 9 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| | GRANADA | 40 | 75 | 98 | 184 | 140 | 160 | 143 | 119 | 299 | 114 | 143 | 46 |
| | LEJANIAS | 1 | 9 | 16 | 35 | 18 | 23 | 19 | 20 | 39 | 24 | 20 | 16 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PUERTO LLERAS | 1 | 4 | 13 | 24 | 16 | 26 | 12 | 13 | 36 | 10 | 17 | 12 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 1 | 2 | 7 | 10 | 12 | 6 | 19 | 11 | 28 | 14 | 20 | 11 |
| | SAN MARTIN | 9 | 16 | 31 | 46 | 59 | 44 | 52 | 30 | 120 | 43 | 68 | 37 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 2 | 3 | 4 | 7 | 9 | 7 | 10 | 2 | 16 | 3 | 5 | 6 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 6 | 7 | 15 | 17 | 20 | 26 | 14 | 19 | 52 | 37 | 18 | 15 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9 | 0 | 2 | 0 |
| | EL CALVARIO | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 3 | 6 | 18 | 27 | 32 | 35 | 51 | 47 | 67 | 28 | 42 | 28 |
| | SAN JUANITO | 1 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 1 | 21 | 9 | 7 | 6 |
| | VILLAVICENCIO | 50 | 110 | 221 | 430 | 409 | 414 | 444 | 363 | 809 | 329 | 452 | 191 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 4 | 4 | 10 | 16 | 12 | 19 | 15 | 19 | 25 | 10 | 14 | 25 |
| | MESETAS | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 12 | 3 | 1 | 1 |
| | URIBE | 1 | 7 | 6 | 5 | 18 | 8 | 12 | 6 | 13 | 9 | 4 | 7 |
| | VISTAHERMOSA | 1 | 4 | 19 | 31 | 36 | 37 | 38 | 26 | 61 | 22 | 21 | 11 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 0 | 0 | 3 | 7 | 8 | 3 | 4 | 9 | 22 | 6 | 16 | 4 |
| | CABUYARO | 0 | 1 | 6 | 13 | 12 | 15 | 21 | 8 | 23 | 8 | 8 | 10 |
| | PUERTO GAITAN | 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 7 | 4 | 10 | 11 | 2 | 2 | 1 |
| | PUERTO LOPEZ | 9 | 6 | 19 | 48 | 52 | 53 | 42 | 30 | 86 | 34 | 42 | 16 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 3 | 10 | 12 | 21 | 13 | 23 | 14 | 7 | 38 | 14 | 12 | 6 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 164 | 330 | 611 | 1126 | 1026 | 1072 | 1096 | 858 | 2154 | 869 | 1123 | 545 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Los 29 Municipios del Departamento del Meta registran 10.974 afiliados con trastornos mentales. De este total, el 44% se encuentra georreferenciado en la Subregión de la Capital Cordillera, el 26% en Ariari, 15% en Alto Ariari, 8% en Rio Meta, 6% La Macarena y 3% en Bajo Ariari. Los municipios con mayor población en riesgo dentro del Departamento son Villavicencio (38%), Granada (14%) y Acacias (10%), mientras que las demás presentan una incidencia inferior al 5%. Para la sucursal Meta se tienen identificados 16 usuarios en portabilidad.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (56%), y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (28%) y adolescencia (16%).

**Municipio de Soacha, Cundinamarca**

**Tabla 141 Distribución de la población de Soacha con trastornos mentales a diciembre 2024.**

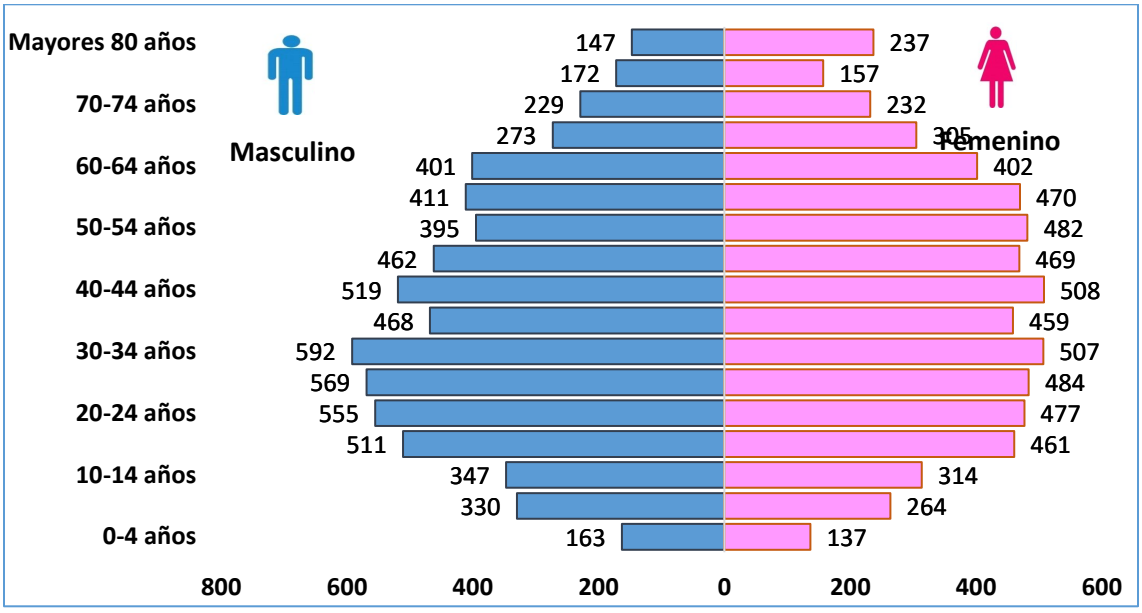
| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTOAMIENTO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TERRITORIO | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 12 | 16 | 27 | 30 | 39 | 32 | 79 | 53 | 150 | 78 | 69 | 24 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 6 | 9 | 3 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 13 | 17 | 31 | 35 | 43 | 38 | 88 | 57 | 153 | 78 | 69 | 26 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para el territorio de Soacha, CAPITAL SALUD EPS-S ha identificado 648 usuarios con trastornos mentales, para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (61%) y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (36%) y juventud (22%).

**Epilepsia**

**Gráfica 48 Pirámide poblacional de afiliados identificados con epilepsia de población nacional a diciembre 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional CAPITAL SALUD EPS-S registra un total de 12.909 usuarios identificados con epilepsia, esta población presenta una distribución equitativa entre ambos sexos (49.31% mujeres y 50.69% hombres). En cuanto a la edad, la mayor concentración de casos se encuentra en el rango de 15 a 64 años.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la epilepsia puede tener diversas causas, entre ellas: daño cerebral o traumatismo durante el parto, síndromes y condiciones genéticas, infecciones o tumores cerebrales, lesiones graves en la cabeza y accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales). Dado que muchas de estas causas no están directamente relacionadas con los hábitos de los pacientes, el margen de prevención es limitado.

Esta información es respaldada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que destaca que solo el 25% de los casos de epilepsia son prevenibles. Por ello, las estrategias en salud se centran en la promoción de la salud, el diagnóstico oportuno y el acceso a un tratamiento adecuado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

**Descripción de epilepsia por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 142 Distribución de la población de Bogotá con epilepsia a diciembre 2024.**

| EPILEPSIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 6 | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 | 7 | 5 | 33 | 38 | 19 | 14 |
| | CANDELARIA | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 9 | 6 | 19 | 31 | 11 | 4 |
| | MARTIRES | 2 | 4 | 5 | 9 | 5 | 7 | 6 | 13 | 34 | 46 | 13 | 27 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 16 | 17 | 18 | 28 | 29 | 30 | 51 | 62 | 183 | 163 | 102 | 104 |
| | SAN CRISTOBAL | 22 | 20 | 41 | 38 | 47 | 45 | 117 | 116 | 256 | 265 | 117 | 102 |
| | SANTAFE | 4 | 6 | 8 | 4 | 16 | 16 | 30 | 49 | 81 | 100 | 35 | 42 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 7 | 4 | 13 | 34 | 47 | 13 | 15 |
| | CHAPINERO | 0 | 6 | 5 | 3 | 2 | 2 | 16 | 7 | 22 | 17 | 17 | 8 |
| | ENGATIVA | 6 | 9 | 8 | 18 | 22 | 25 | 40 | 74 | 156 | 166 | 106 | 89 |
| | SUBA | 6 | 8 | 22 | 23 | 20 | 30 | 55 | 81 | 190 | 219 | 86 | 70 |
| | TEUSAQUILLO | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 | 10 | 12 | 14 | 27 | 11 | 11 |
| | USAQUEN | 5 | 11 | 9 | 10 | 14 | 17 | 43 | 36 | 80 | 90 | 61 | 39 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 21 | 25 | 40 | 50 | 63 | 60 | 139 | 125 | 411 | 323 | 149 | 142 |
| | SUMAPAZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 3 | 3 | 4 |
| | TUNJUELITO | 2 | 5 | 3 | 10 | 10 | 20 | 27 | 32 | 83 | 74 | 54 | 38 |
| | USME | 13 | 21 | 22 | 39 | 39 | 32 | 73 | 96 | 229 | 215 | 77 | 64 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 25 | 14 | 31 | 52 | 39 | 59 | 154 | 170 | 367 | 359 | 155 | 152 |
| | FONTIBON | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 | 20 | 27 | 91 | 71 | 27 | 27 |
| | KENNEDY | 14 | 28 | 30 | 41 | 59 | 44 | 99 | 116 | 316 | 319 | 138 | 129 |
| | PUENTE ARANDA | 2 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | 17 | 29 | 55 | 87 | 30 | 28 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 3 | 4 | 6 | 5 |
| TOTAL GENERAL | | 150 | 186 | 259 | 339 | 385 | 415 | 927 | 1071 | 2664 | 2665 | 1230 | 1114 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En Bogotá, se identificaron 11.405 personas con diagnóstico de epilepsia. La distribución por subredes muestra que la mayor concentración de casos se encuentra en la Subred Sur Occidente (30%), seguida por Sur (25%), Centro Oriente (24%) y Norte (20%). A nivel local, las localidades con mayor población diagnosticada con epilepsia son Usaquén (14%), Usme (14%), Kennedy (12%) y San Cristóbal (10%), mientras que en las demás localidades la incidencia es inferior al 8%.

En cuanto a población fuera del territorio se tiene identificado 11 y en portabilidad 25.

En cuanto a la distribución por curso de vida y sexo, los resultados son similares; sin embargo, se observa un predominio masculino (51%). Los grupos etarios con mayor riesgo son la adultez (47%) y la vejez (21%).

**Departamento del Meta**

**Tabla 143 Distribución de la población de Meta con epilepsia a diciembre 2024.**

| EPILEPSIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 5 | 3 | 5 | 7 | 4 | 7 | 12 | 12 | 25 | 22 | 19 | 18 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 | 3 | 8 | 8 | 4 | 1 |
| | GUAMAL | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 9 | 3 | 1 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 5 | 5 | 9 | 2 | 2 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GRANADA | 8 | 5 | 13 | 10 | 15 | 12 | 21 | 25 | 47 | 43 | 13 | 12 |
| | LEJANIAS | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 5 | 4 | 7 | 2 | 0 | 1 |
| | PUERTO LLERAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 4 | 0 | 3 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 8 | 9 | 0 | 2 |
| | SAN MARTIN | 2 | 1 | 0 | 3 | 4 | 2 | 4 | 8 | 12 | 15 | 7 | 1 |
| **BAJO ARIARI** | MAPIRIPAN | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 1 | 1 | 7 | 1 | 3 | 3 | 2 | 6 | 5 | 8 | 2 | 2 |
| **CAPITAL CORDILLERA** | CUMARAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | EL CALVARIO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 4 | 11 | 7 | 10 | 2 | 1 |
| | SAN JUANITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 5 | 1 | 1 |
| | VILLAVICENCIO | 12 | 12 | 21 | 19 | 24 | 30 | 47 | 43 | 100 | 87 | 35 | 39 |
| **LA MACARENA** | LA MACARENA | 0 | 0 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 6 | 7 | 7 | 0 | 1 |
| | MESETAS | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| | URIBE | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 | 4 | 1 | 2 |
| | VISTAHERMOSA | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 2 | 6 | 4 | 7 | 7 | 4 | 4 |
| **RIO META** | BARRANCA DE UPIA | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 4 | 1 | 2 |
| | CABUYARO | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 0 | 1 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | PUERTO LOPEZ | 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 3 | 6 | 5 | 14 | 16 | 1 | 5 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 8 | 8 | 0 | 3 |
| **PORTABILIDAD** | PORTABILIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | | 41 | 32 | 65 | 55 | 70 | 94 | 136 | 146 | 299 | 286 | 96 | 104 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para el Departamento del Meta se identificaron 1.424 afiliados con epilepsia. De este total, el 37% se encuentra georreferenciado en la Subregión de la Capital Cordillera, el 27% en Ariari, 15% en Alto Ariari, 9% en Rio Meta, 8% La Macarena y 3% en Bajo Ariari. Los municipios con mayor población en riesgo dentro del Departamento son Villavicencio (33%), Granada (16%) y Acacias (10%), mientras que las demás presentan una incidencia inferior al 4%. Para la sucursal Meta se tienen identificados 3 usuarios en portabilidad.

Para el curso de vida y sexo, hombres y mujeres representan la misma cantidad (50% - 50%), en cuanto al curso de vida, hay mayor riesgo en adultez (41%) y juventud (20%).

### Municipio de Soacha, Cundinamarca

### Tabla 144 Distribución de la población de Soacha con epilepsia a diciembre 2024.

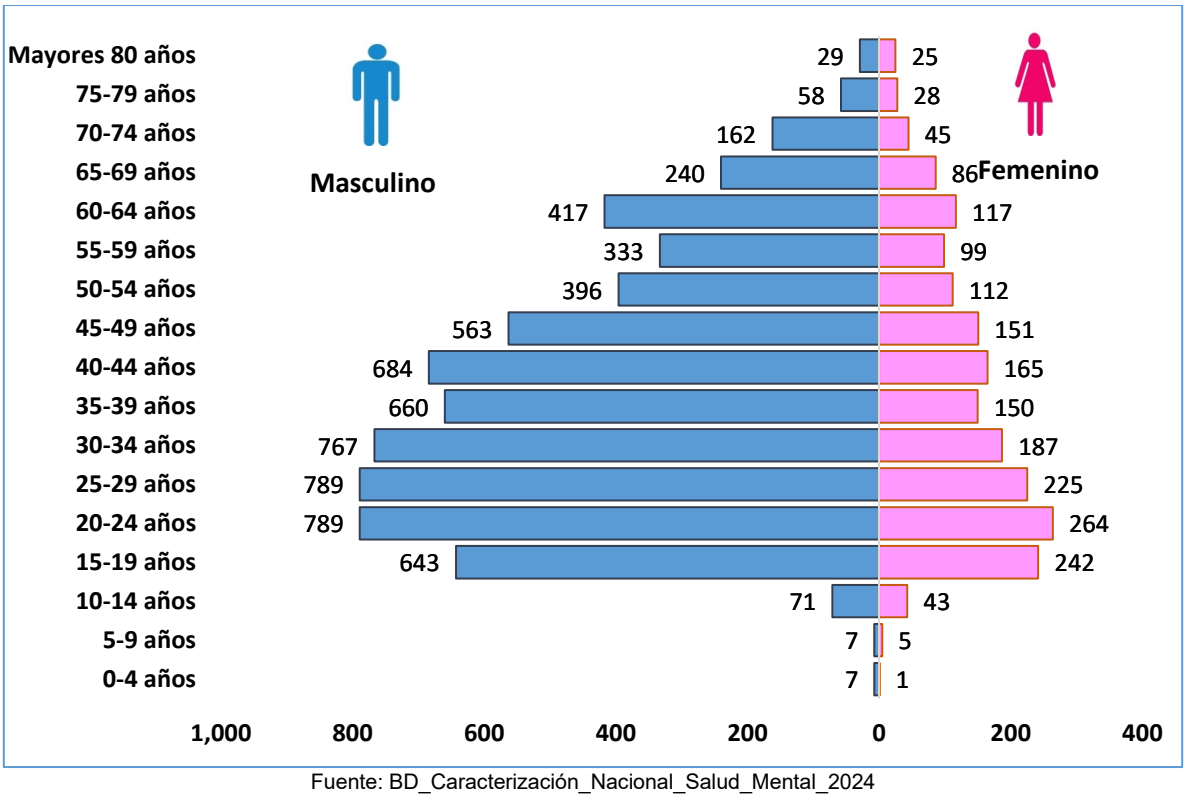
| EPILEPSIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TERRITORIO** | **LOCALIDAD/ COMPONENTE** | **PRIMERA INFANCIA** | | **INFANCIA** | | **ADOLESCEN.** | | **JUVENT** | | **ADULTEZ** | | **VEJEZ** | |
| | | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** | **F** | **M** |
| **SOACHA** | **X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA** | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 9 | 29 | 20 | 7 | 4 |
| **FUERA DE TERRITORIO** | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **PORTABILIDAD** | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 11 | 29 | 20 | 7 | 4 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para el territorio de Soacha, CAPITAL SALUD EPS-S ha identificado 80 usuarios con epilepsia, para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (54%), en cuanto al curso de vida, hay mayor riesgo en adultez (61%) y juventud (19%).

**Trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones**

**Gráfica 49 Pirámide poblacional de afiliados identificados con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones s de población nacional a diciembre 2024.**

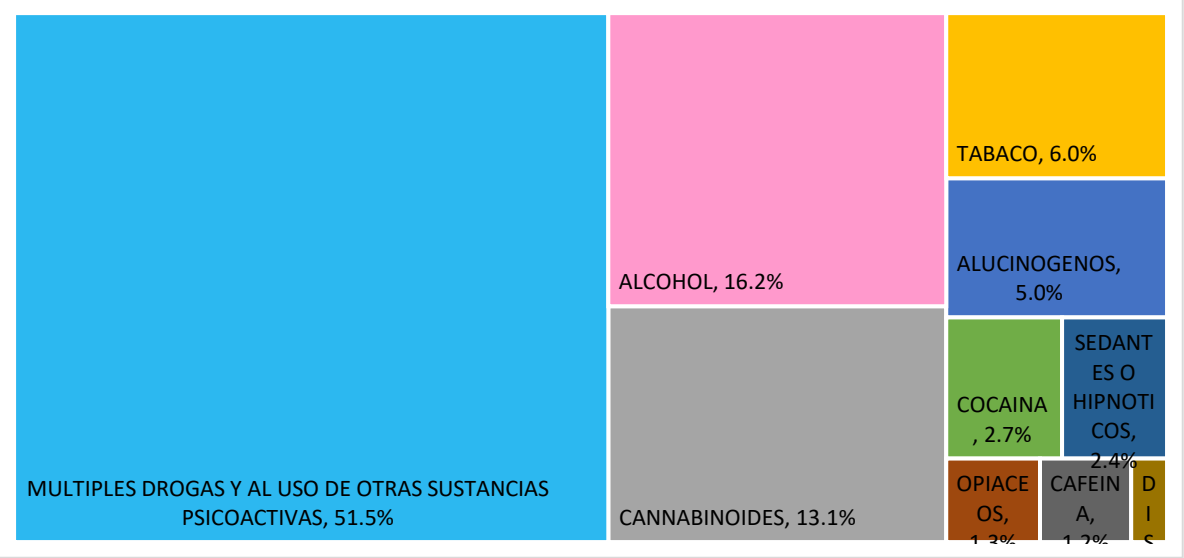



Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional, CAPITAL SALUD EPS-S registra 8.560 usuarios con trastornos mentales y del comportamiento. La mayor concentración de casos se encuentra en el grupo etario de 15 a 64 años, con una prevalencia más alta en hombres. La gráfica evidencia que la incidencia de estos trastornos es menor en mujeres (22.72%).

Según el informe del Ministerio de Justicia, emitido el 21 de septiembre de 2024, la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas es de 13.7 años, lo que coincide con la estadística reportada por la EAPB. Estos resultados generan preocupación, ya que el consumo de sustancias tiene graves consecuencias en la salud física, mental y social, aumentando los índices de discapacidad y disminuyendo la funcionalidad en la participación social del individuo.

**Gráfica 50 Distribución por porcentaje de uso de las sustancias en los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de la población nacional.**




Fuente: BD Salud Mental a corte diciembre 2024

La categoría de uso de múltiples drogas es la más representativa entre la población con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, con un 51.5%. Le siguen el consumo de alcohol (16.2%), cannabinoides (13.1%), tabaco (6%) y alucinógenos (5%). Las demás sustancias presentan una prevalencia inferior al 2.7%.

Los resultados de la EAPB presentan una similitud con los resultados de la Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA) realizada por el DANE en 2019, el cual muestra que las sustancias más usadas en Colombia son: alcohol (84%) y tabaco (38.3%) sustancias licitas marihuana (8.3%) sustancia ilícita.

**Descripción de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 145 Distribución de la población de Bogotá con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones a diciembre 2024.**

| TRASTOR. CONSUMO DE SPA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 8 | 24 | 11 | 36 | 4 | 20 |
| | CANDELARIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 23 | 5 | 32 | 2 | 14 |
| | MARTIRES | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 11 | 37 | 50 | 165 | 7 | 55 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 29 | 43 | 92 | 57 | 201 | 12 | 62 |
| | SAN CRISTOBAL | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 27 | 39 | 156 | 103 | 342 | 46 | 92 |
| | SANTAFE | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 14 | 20 | 77 | 78 | 255 | 21 | 83 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 21 | 13 | 59 | 4 | 17 |
| | CHAPINERO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 5 | 28 | 6 | 33 | 2 | 11 |
| | ENGATIVA | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 23 | 24 | 85 | 57 | 243 | 17 | 67 |
| | SUBA | 0 | 3 | 2 | 1 | 15 | 26 | 40 | 110 | 54 | 206 | 30 | 58 |
| | TEUSAQUILLO | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 8 | 17 | 8 | 31 | 1 | 16 |
| | USAQUEN | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 | 6 | 15 | 77 | 31 | 122 | 11 | 19 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 1 | 1 | 1 | 0 | 18 | 53 | 69 | 177 | 97 | 269 | 24 | 58 |
| | SUMAPAZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | TUNJUELITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 13 | 17 | 75 | 23 | 83 | 8 | 32 |
| | USME | 0 | 2 | 1 | 0 | 7 | 30 | 45 | 114 | 41 | 187 | 11 | 35 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 1 | 0 | 1 | 0 | 17 | 35 | 71 | 190 | 95 | 381 | 21 | 54 |
| | FONTIBON | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 13 | 26 | 21 | 93 | 9 | 21 |
| | KENNEDY | 0 | 0 | 0 | 1 | 21 | 27 | 60 | 144 | 87 | 290 | 48 | 85 |
| | PUENTE ARANDA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 10 | 60 | 52 | 420 | 14 | 90 |
| **FUERA DE TERRITORIO** | | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| **PORTABILIDAD** | | 0 | 1 | 0 | 0 | 14 | 43 | 5 | 8 | 3 | 14 | 1 | 4 |
| **TOTAL GENERAL** | | **2** | **8** | **7** | **5** | **153** | **352** | **521** | **1545** | **892** | **3465** | **293** | **894** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En Bogotá, 8.137 afiliados han sido identificados con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Centro Oriente (30%) y Sur Occidente (30%) cuentan con el 60% de la población con riesgo, seguido se encuentra Norte (20%) y finalmente Sur (18%). Las localidades con mayor población en riesgo dentro del Distrito son Bosa (11%), San Cristóbal (10%) Ciudad Bolivar (9%) y Kennedy (9%), mientras que las demás presentan una incidencia inferior al 8%.

En cuanto a población fuera del territorio se tiene identificado 8 y en portabilidad 93.

Para el curso de vida y sexo, predominan los hombres (77%), y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (54%) y juventud (25%).

**Departamento del Meta**

**Tabla 146 Distribución de la población de Meta con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones a diciembre 2024.**

| TRASTOR. CONSUMO DE SPA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 5 | 11 | 1 | 7 | 2 | 1 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | GUAMAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | GRANADA | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 12 | 8 | 16 | 1 | 8 | 0 | 0 |
| | LEJANIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | PUERTO LLERAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN MARTIN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 | 0 | 4 | 0 | 1 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 1 | 10 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| | CUMARAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAPITAL CORDILLERA | EL CALVARIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 |
| | SAN JUANITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | VILLAVICENCIO | 0 | 0 | 0 | 3 | 7 | 18 | 9 | 66 | 10 | 41 | 3 | 4 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | MESETAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | URIBE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VISTAHERMOSA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | CABUYARO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO LOPEZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 0 | 0 | 5 | 18 | 62 | 29 | 149 | 17 | 86 | 7 | 12 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Los 29 Municipios del Departamento del Meta registran 385 afiliados con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas. De este total, el 45% se encuentra georreferenciado en la Subregión de la Capital Cordillera, el 23% en Ariari, 13% en Alto Ariari, 9% en Rio Meta, 7% en Bajo Ariari y 3% La Macarena. Los municipios con mayor población en riesgo dentro del Departamento son Villavicencio (42%), Granada (12%) y Acacias (10%), mientras que las demás presentan una incidencia inferior al 7%. Para la sucursal Meta se tienen identificados 2 usuarios en portabilidad.

Para el curso de vida y sexo, el trastorno predomina en hombres (72%), y los cursos de vida con mayor riesgo son juventud (46%) y adultez (27%).

**Municipio de Soacha, Cundinamarca**

**Tabla 147 Distribución de la población de Soacha con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones a diciembre 2024.**

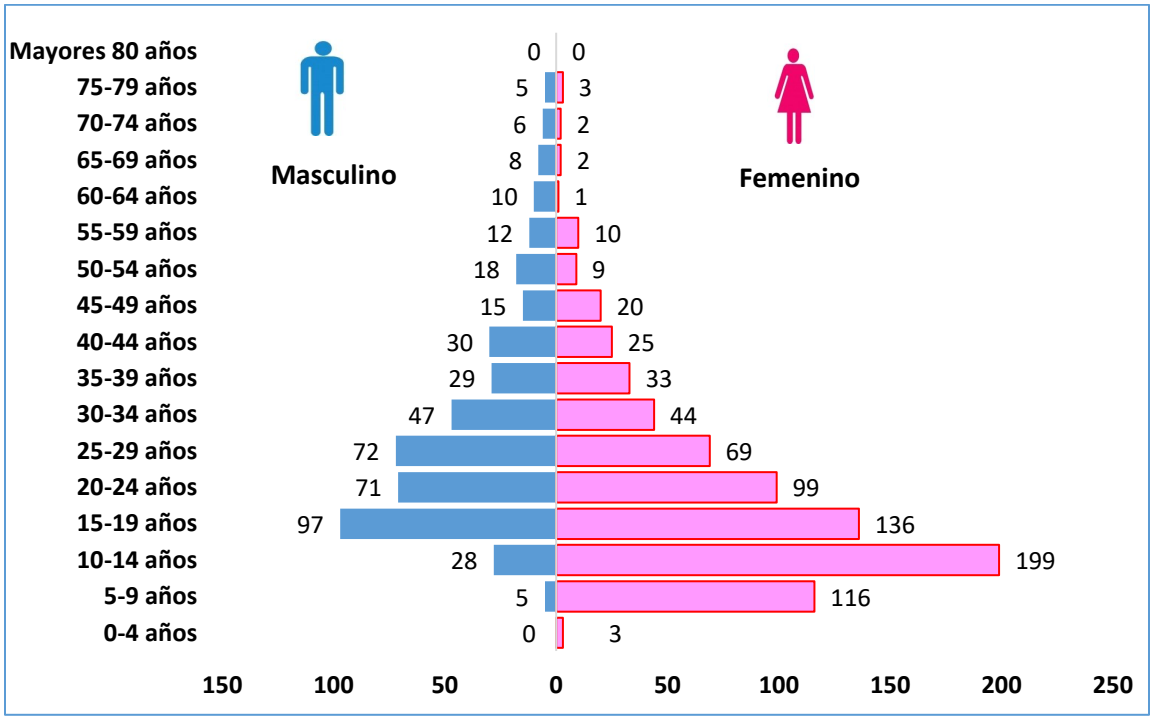
| TRASTOR. CONSUMO DE SPA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TERRITORIO | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 13 | 2 | 17 | 1 | 0 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 | 2 | 17 | 1 | 0 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para el territorio de Soacha, CAPITAL SALUD EPS-S ha identificado 38 usuarios con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, para el curso de vida y sexo, predominan los hombres (84%) y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (50%) y juventud (45%).

**Intento de Suicidio**

**Gráfica 51 Pirámide poblacional de afiliados identificados con intento de suicidio con fecha de suceso en la vigencia 2024.**



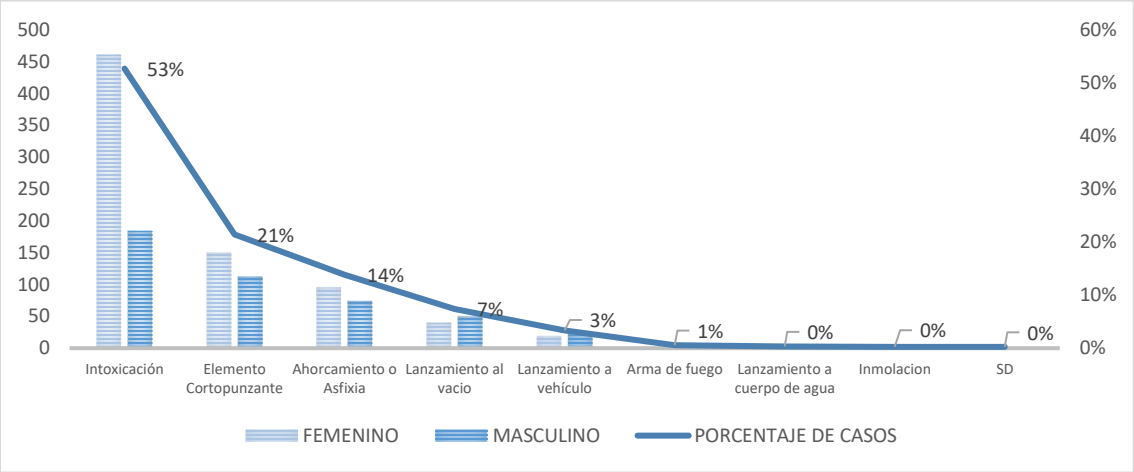

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional CAPITAL SALUD EPS-S registra un total de 1.624 usuarios notificados por intento de suicidio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, de los cuales 1.224 cumplen vigencia de ocurrencia en 2024, la población presenta una distribución mayor para el sexo femenino (62.99%), En cuanto a la edad, la mayor concentración de casos se encuentra en el rango de 10 a 19 años. sin embargo, se resalta en las mujeres que se mantiene la tendencia del riesgo prologado hasta el final del grupo etario. Al igual que en los problemas psicosociales y los trastornos mentales, las mujeres presentan una mayor prevalencia en la conducta suicida. Según el Documento Borrador del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, las mujeres en situación de violencia intrafamiliar y sexual son consideradas población vulnerable, lo que incrementa el riesgo de presentar este tipo de conducta. Además, factores biológicos como la regulación de la serotonina y dopamina, así como etapas específicas del ciclo de vida: menstruación, embarazo, posparto y menopausia pueden influir en la vulnerabilidad emocional. A esto se suman otros detonantes como el conflicto de pareja o familiar, dificultades económicas, duelos no resueltos, antecedentes de trastornos mentales y la presencia de suicidios en la familia.

Es fundamental resaltar que cada Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) es responsable de garantizar la calidad de los datos registrados en las fichas de notificación. En este sentido, se deben revisar y validar los reportes que presenten inconsistencias,

como la identificación de tres menores de entre 0 y 4 años con conducta suicida, un resultado poco probable que requiere verificación.

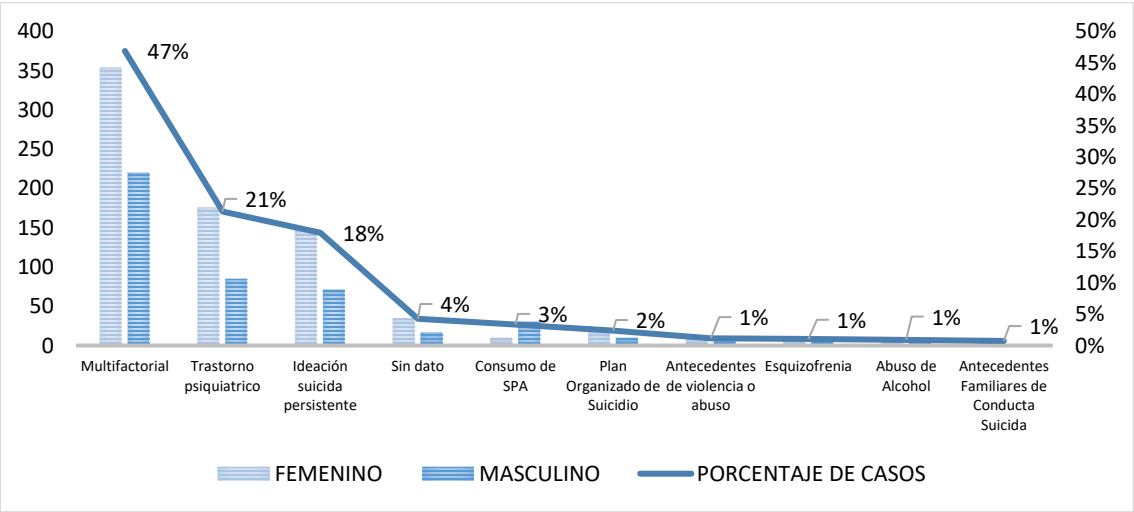
**Gráfica 52 Mecanismos utilizados por la población para el intento de suicidio en la vigencia 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

El mecanismo más utilizado por la población de CAPITAL SALUD EPE-S que intentó suicidarse durante 2024 fue la intoxicación, representando el 53% de los casos, siendo predominantemente empleada por mujeres (71%). Le sigue el uso de elementos cortopunzantes, con un 21% de los casos, donde el 57% de las personas que lo utilizaron fueron mujeres. Finalmente, el ahorcamiento se encuentra en tercer lugar, con un 14%. Los demás métodos representaron menos del 7% de los intentos de suicidio registrados.

**Gráfica 53 Factores de riesgo de la conducta suicida en población de CAPITAL SALUD EPS-S en la vigencia 2024.**



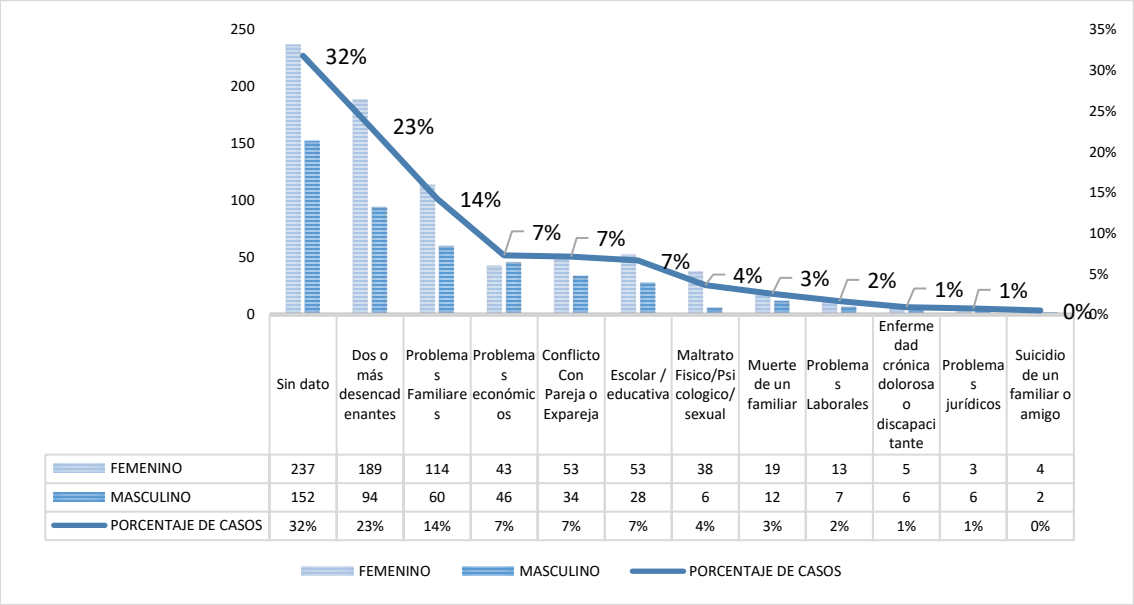

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

El Instituto Nacional de Salud (INS), a través del protocolo de evento 356 sobre intentos de suicidio, ha identificado siete factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que se presente una conducta suicida en la población. Estos factores son: consumo de sustancias psicoactivas (SPA), antecedentes familiares de conducta suicida, ideación suicida persistente, un plan organizado de suicidio, antecedentes de trastornos psiquiátricos, antecedentes de violencia o abuso, y abuso de alcohol.

Como se muestra en la gráfica, la población de CAPITAL SALUD EPS-S presenta una mayor incidencia de conducta suicida debido a factores multicausales (47%), lo que indica que estas personas presentan dos o más factores de riesgo que influyeron en su decisión. A continuación, se encuentran los trastornos psiquiátricos (21%) y la ideación suicida persistente (18%). Los demás factores de riesgo presentan incidencias inferiores al 4%.

Es importante destacar que las mujeres predominan en los factores de riesgo, con un promedio del 66% en los tres primeros factores mencionados.

**Gráfica 54 Factores de desencadenantes de la conducta suicida en población de CAPITAL SALUD EPS-S en la vigencia 2024.**




| | Sin dato | Dos o más desencadenantes | Problemas Familiares | Problemas económicos | Conflicto Con Pareja o Expareja | Escolar / educativa | Maltrato Fisico/Psicologico/sexual | Muerte de un familiar | Problemas Laborales | Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante | Problemas jurídicos | Suicidio de un familiar o amigo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FEMENINO | 237 | 189 | 114 | 43 | 53 | 53 | 38 | 19 | 13 | 5 | 3 | 4 |
| MASCULINO | 152 | 94 | 60 | 46 | 34 | 28 | 6 | 12 | 7 | 6 | 6 | 2 |
| PORCENTAJE DE CASOS | 32% | 23% | 14% | 7% | 7% | 7% | 4% | 3% | 2% | 1% | 1% | 0% |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En cuanto a los factores desencadenantes, el Instituto Nacional de Salud (INS), en su protocolo, describe diez factores que influyen en la aparición de la conducta suicida. Estos incluyen: conflictos con pareja o expareja, problemas jurídicos, enfermedades crónicas dolorosas o discapacitantes, suicidio de un familiar o amigo, problemas económicos, maltrato físico, psicológico o sexual, muerte de un familiar, problemas laborales, problemas escolares o educativos, y problemas familiares.

Según la información presentada en la gráfica, las unidades primarias generadoras del dato no registraron ningún factor desencadenante en el 32% de los casos, lo que dificulta la identificación precisa de las acciones necesarias para mitigar el riesgo. Por otro lado, se

encuentra un 23% de la población que experimentó más de un factor desencadenante, seguido de los problemas familiares, que afectaron al 14% de la población.

**Descripción de notificación de intento de suicidio por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 148 Distribución de la población de Bogotá con notificación de intento de suicidio con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

| INTENTO DE SUICIDIO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| | CANDELARIA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| | MARTIRES | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 0 | 0 | 1 | 1 | 13 | 5 | 14 | 8 | 8 | 12 | 1 | 3 |
| | SAN CRISTOBAL | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 | 2 | 19 | 17 | 19 | 11 | 0 | 2 |
| | SANTAFE | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | 6 | 5 | 5 | 8 | 1 | 2 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| | CHAPINERO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | ENGATIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 4 | 14 | 8 | 7 | 5 | 0 | 2 |
| | SUBA | 0 | 0 | 1 | 0 | 22 | 8 | 17 | 11 | 16 | 12 | 1 | 4 |
| | TEUSAQUILLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | USAQUEN | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 1 | 18 | 5 | 8 | 6 | 1 | 0 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 0 | 0 | 1 | 0 | 37 | 16 | 31 | 16 | 26 | 14 | 2 | 0 |
| | SUMAPAZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | TUNJUELITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| | USME | 0 | 0 | 1 | 2 | 23 | 6 | 14 | 13 | 16 | 10 | 2 | 2 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 0 | 0 | 7 | 6 | 38 | 9 | 41 | 25 | 43 | 31 | 2 | 2 |
| | FONTIBON | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 7 | 3 | 0 | 0 |
| | KENNEDY | 0 | 0 | 4 | 1 | 14 | 8 | 20 | 17 | 21 | 13 | 3 | 3 |
| | PUENTE ARANDA | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 | 9 | 3 | 7 | 0 | 2 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 2 | 8 | 6 | 7 | 3 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 0 | 20 | 13 | 221 | 73 | 232 | 155 | 198 | 151 | 16 | 25 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para Bogotá se identificaron 1.104 personas notificadas por evento 356 intento de suicidio. con mayor concentración de la población con riesgo en la Subred Sur Occidente (32%), seguida por Sur (24%), Centro Oriente (20%) y Norte (20%). A nivel distrital, las localidades con mayor población notificada con conducta suicida son Bosa (18%), Ciudad Bolivar (13%) y Kennedy (9%), las demás localidades la incidencia es inferior al 8%.

En cuanto a población fuera del territorio se tiene identificado 32 y en portabilidad 11.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (62%), y los cursos de vida con mayor riesgo son juventud (35%) y adultez (32%).

## Departamento del Meta

**Tabla 149 Distribución de la población de Meta con notificación de intento de suicidio con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

| INTENTO SUICIDIO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | GUAMAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | GRANADA | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1 | 8 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | LEJANIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | PUERTO LLERAS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN MARTIN | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL CALVARIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | SAN JUANITO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VILLAVICENCIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 | 12 | 3 | 9 | 3 | 1 | 0 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | MESETAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | URIBE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VISTAHERMOSA | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CABUYARO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO LOPEZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 0 | 0 | 2 | 21 | 11 | 38 | 7 | 17 | 10 | 2 | 4 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el Departamento del Meta se identificaron 112 afiliados notificados por intento de suicidio (código 356). Del total, el 36% se encuentra georreferenciado en la subregión de la Capital Cordillera, seguido de Ariari (30%), Alto Ariari (11%), La Macarena (10%), Rio Meta (8%) y Bajo Ariari (4%). Para este riesgo, se identificó 1 usuario en estado de portabilidad.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (70%), en cuento al curso de vida, donde hay mayor riesgo son juventud (40%) y adolescencia (29%).

## Municipio de Soacha, Cundinamarca

**Tabla 150 Distribución de la población de Soacha con notificación de intento de suicidio con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

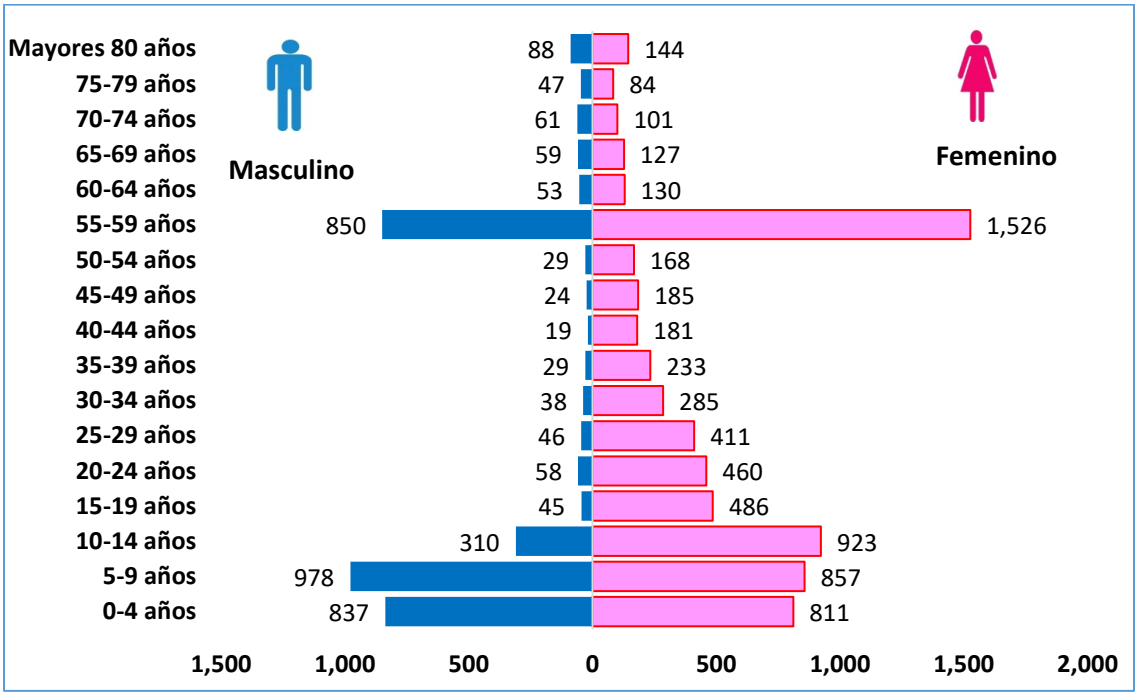
| INTENTO SUICIDIO | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TERRITORIO | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLES CEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el municipio de Soacha, se registraron 8 notificaciones de intento de suicidio. Frente a la distribución por curso de vida y sexo, se evidencia una mayor prevalencia en mujeres (75%). En cuanto a los grupos etarios, el mayor riesgo se concentra en la juventud (63%) y la adultez (38%). Por último, para la sucursal se identificó una persona fuera del territorio.

**Violencia de Genero e Intrafamiliar**

**Gráfica 55 Pirámide poblacional de afiliados identificados con violencia de genero e intrafamiliar con fecha de suceso en la vigencia 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

A nivel nacional CAPITAL SALUD EPS-S registra un total de 12.011 usuarios notificados por violencia de genero e intrafamiliar a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, de los cuales 10.683 cumplen vigencia de ocurrencia en 2024, la

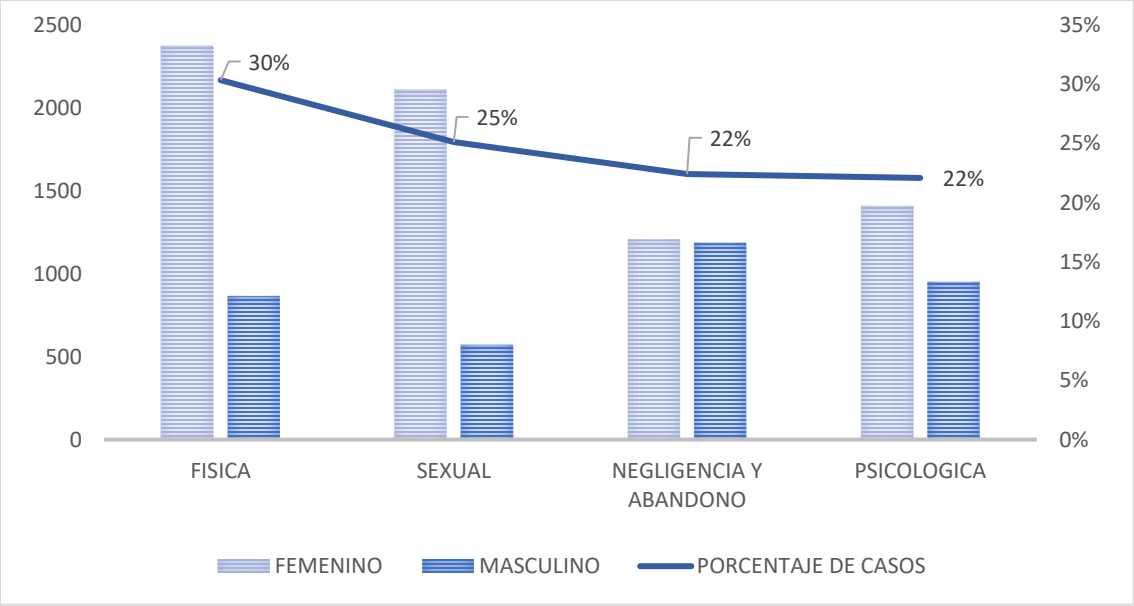
población presenta una distribución mayor para el sexo femenino (66.57%), En cuanto a la edad, la mayor concentración de casos se encuentra en el rango de 0 a 14 años y 55 a 59 años. sin embargo, se resalta en las mujeres que se mantiene la tendencia del riesgo prologado hasta el final del grupo etario.

Al igual que en los problemas psicosociales, los trastornos mentales y la conducta suicida, las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia de género e intrafamiliar. Según datos del Instituto Nacional de Salud, esta problemática constituye una problemática de salud pública en Colombia, afectando principalmente a mujeres, niñas, niños y adolescentes.

A junio de 2024, se han registrado 66.621 casos de violencia de género, de los cuales el 75,6% corresponde a mujeres. Esta realidad evidencia que la estadística reportada por la EAPB refleja la realidad de la situación nacional, resaltando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y atención integral.

Es fundamental resaltar que cada Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) es responsable de garantizar la calidad de los datos registrados en las fichas de notificación.

**Gráfica 56 Tipos de violencia presentados en la población de CAPITAL SALUD EPS.S en la vigencia 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Durante el año 2024, CAPITAL SALUD EPS-S registró un total de 10.683 notificaciones correspondientes al evento 875, relacionado con violencia de género e intrafamiliar. De estos casos, el 30% estuvo asociado a violencia física, seguido por la violencia sexual con un 25%, y tanto la violencia psicológica como la negligencia y el abandono representaron el 22% cada una. Como se muestra en la gráfica y se ha mencionado anteriormente, las mujeres constituyen el 67% de los casos reportados.

Es importante destacar que, en cuanto a los tipos de violencia, la pareja es quien más ejerce violencia física, con un 30%. En los casos de negligencia y abandono, las madres son las principales responsables, representando el 70% al igual que en la violencia psicológica con un 48%, y en los casos de violencia sexual, personas desconocidas son los agresores en el 57% de los casos.

**Descripción de notificación de violencia de genero e intrafamiliar por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 151 Distribución de la población de Bogotá con notificación de violencia de genero e intrafamiliar con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

| VIOLENCIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBRED | LOCALIDAD/ CURSO DE VIDA | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | SEXO | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 5 | 8 | 8 | 12 | 12 | 5 | 4 | 1 | 9 | 2 | 4 | 3 |
| | CANDELARIA | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 8 | 0 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| | MARTIRES | 18 | 14 | 14 | 24 | 34 | 8 | 17 | 1 | 26 | 5 | 6 | 5 |
| | RAFAEL URIBE URIBE | 48 | 45 | 56 | 55 | 96 | 33 | 44 | 5 | 52 | 9 | 28 | 13 |
| | SAN CRISTOBAL | 41 | 34 | 62 | 53 | 128 | 40 | 54 | 11 | 91 | 14 | 27 | 17 |
| | SANTAFE | 21 | 22 | 20 | 25 | 51 | 16 | 27 | 3 | 43 | 4 | 13 | 11 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 10 | 5 | 23 | 20 | 21 | 7 | 14 | 2 | 11 | 4 | 9 | 7 |
| | CHAPINERO | 10 | 15 | 11 | 14 | 16 | 8 | 14 | 0 | 16 | 5 | 6 | 2 |
| | ENGATIVA | 21 | 42 | 57 | 60 | 80 | 48 | 49 | 7 | 66 | 9 | 34 | 17 |
| | SUBA | 119 | 111 | 89 | 100 | 120 | 63 | 76 | 7 | 131 | 9 | 84 | 28 |
| | TEUSAQUILLO | 15 | 8 | 6 | 4 | 9 | 6 | 6 | 1 | 6 | 2 | 6 | 1 |
| | USAQUEN | 37 | 38 | 40 | 49 | 43 | 15 | 54 | 7 | 56 | 4 | 14 | 4 |
| SUR | CIUDAD BOLIVAR | 218 | 255 | 188 | 184 | 287 | 127 | 164 | 13 | 194 | 36 | 44 | 27 |
| | SUMAPAZ | 1 | 1 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | TUNJUELITO | 25 | 28 | 28 | 39 | 34 | 27 | 24 | 1 | 31 | 4 | 13 | 7 |
| | USME | 109 | 89 | 106 | 138 | 176 | 102 | 76 | 15 | 99 | 19 | 22 | 18 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 111 | 120 | 129 | 149 | 296 | 116 | 181 | 13 | 264 | 30 | 144 | 50 |
| | FONTIBON | 17 | 13 | 20 | 30 | 25 | 18 | 19 | 3 | 32 | 6 | 10 | 9 |
| | KENNEDY | 75 | 82 | 113 | 121 | 202 | 81 | 126 | 20 | 204 | 18 | 79 | 43 |
| | PUENTE ARANDA | 10 | 13 | 20 | 20 | 30 | 15 | 12 | 3 | 31 | 8 | 15 | 9 |
| **FUERA DE TERRITORIO** | | 10 | 12 | 9 | 11 | 16 | 5 | 11 | 2 | 18 | 1 | 6 | 4 |
| **PORTABILIDAD** | | 7 | 6 | 8 | 6 | 25 | 14 | 7 | 0 | 6 | 0 | 2 | 5 |
| **TOTAL GENERAL** | | **930** | **963** | **1010** | **1117** | **1711** | **758** | **988** | **115** | **1400** | **191** | **569** | **283** |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Para Bogotá se identificaron 10.035 personas notificadas por evento 875 violencia de genero e intrafamiliar, con mayor concentración de la población con riesgo en la Subred Sur Occidente (31%), seguida por Sur (30%), Norte (21%) y Centro Oriente (16%). A nivel distrital, las localidades con mayor población notificada con violencia Ciudad Bolivar (17%), Bosa (16%), Kennedy (12%) y Usme (10%), las demás localidades la incidencia es inferior al 9%.

En cuanto a población fuera del territorio se tiene identificado 105 y en portabilidad 86.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (66%), y los cursos de vida con mayor riesgo son adolescencia (25%) e infancia (21%).

## Departamento del Meta

**Tabla 152 Distribución de la población de Meta con notificación de violencia de genero e intrafamiliar con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

| VIOLENCIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUB-REGION | MUNICIPIO/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ALTO ARIARI | ACACIAS | 8 | 9 | 3 | 3 | 8 | 1 | 12 | 0 | 12 | 0 | 2 | 0 |
| | CASTILLA LA NUEVA | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| | CUBARRAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | EL DORADO | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | GUAMAL | 1 | 4 | 1 | 0 | 5 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ARIARI | EL CASTILLO | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 5 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| | FUENTE DE ORO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | GRANADA | 9 | 7 | 6 | 6 | 30 | 5 | 17 | 1 | 13 | 6 | 2 | 1 |
| | LEJANIAS | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| | PUERTO LLERAS | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| | SAN JUAN DE ARAMA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 2 |
| | SAN MARTIN | 0 | 2 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| BAJO ARIARI | MAPIRIPAN | 0 | 3 | 1 | 0 | 7 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 3 |
| | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO RICO | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| CAPITAL CORDILLERA | CUMARAL | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | EL CALVARIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | RESTREPO | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | SAN JUANITO | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | VILLAVICENCIO | 2 | 1 | 19 | 8 | 40 | 7 | 24 | 1 | 32 | 2 | 2 | 2 |
| LA MACARENA | LA MACARENA | 1 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | MESETAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | URIBE | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | VISTAHERMOSA | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| RIO META | BARRANCA DE UPIA | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| | CABUYARO | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| | PUERTO GAITAN | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | PUERTO LOPEZ | 2 | 1 | 2 | 3 | 8 | 0 | 6 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| | SAN CARLOS DE GUAROA | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 9 | 1 | 1 | 5 |
| PORTABILIDAD | PORTABILIDAD | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 36 | 40 | 52 | 30 | 138 | 21 | 102 | 5 | 123 | 9 | 16 | 25 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el Departamento del Meta se identificaron 597 afiliados notificados por violencia de genero e intrafamiliar (código 875). Del total, el 56% se encuentra georreferenciado en las subregiones de Capital Cordillera (28%) y Ariari (28%). Además, el 30% de los casos está concentrado en Alto Ariari (15%) y Río Meta (15%), mientras que Bajo Ariari registra el 7% y La Macarena el 6%. Para este riesgo, se identificaron 6 usuarios en estado de portabilidad.

Para el curso de vida y sexo, predominan las mujeres (56%), y los cursos de vida con mayor riesgo son adultez (28%) y adolescencia (16%).

**Municipio de Soacha, Cundinamarca**

**Tabla 153 Distribución de la población de Soacha con notificación de violencia de genero e intrafamiliar con fecha de suceso en la vigencia 2024.**

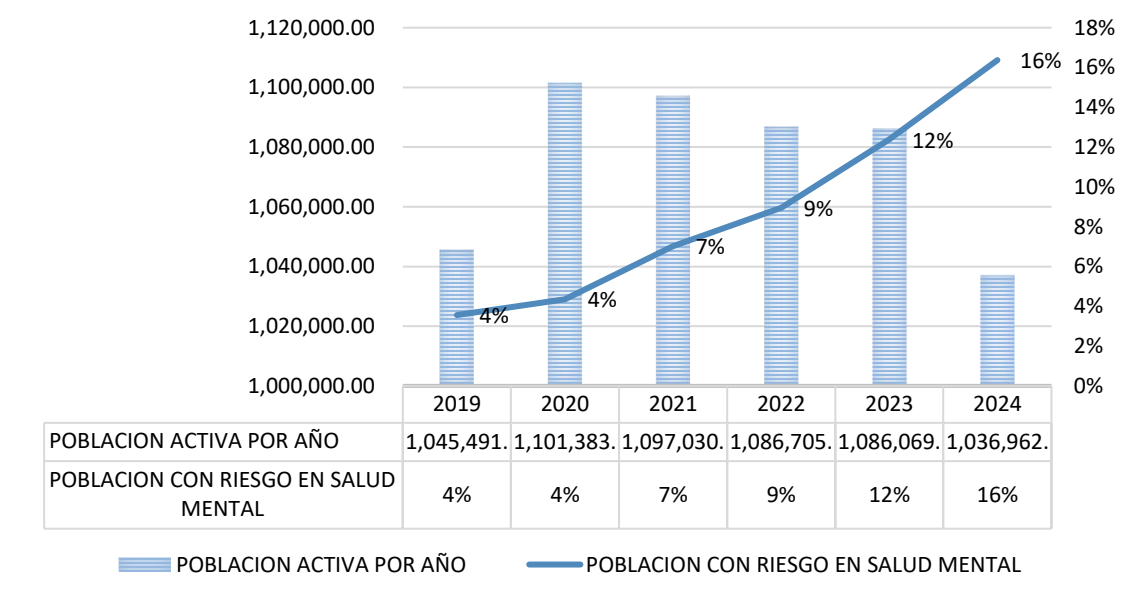
| VIOLENCIA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TERRIOTRIO | LOCALIDAD/ COMPONENTE | PRIMERA INFANCIA | | INFANCIA | | ADOLESCEN. | | JUVENT | | ADULTEZ | | VEJEZ | |
| | | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| SOACHA | X ESE MUNICIPAL SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | 5 | 4 | 6 | 3 | 8 | 4 | 6 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| FUERA DE TERRITORIO | | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORTABILIDAD | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL GENERAL | | 6 | 4 | 9 | 4 | 8 | 5 | 8 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

En el municipio de Soacha, se registraron 51 notificaciones de violencia de genero e intrafamiliar. Población que se encuentra distribuida por curso de vida y sexo con mayor prevalencia en mujeres (73%). frente al grupo etario, el de mayor riesgo se concentra en infancia (25%), adolescencia (25%) y primera infancia (20%).

**Indicadores de morbilidad**

**Gráfica 57 Porcentaje de población con riesgo en salud mental en relación con el total de la población activa, por año, prevalencia 2019 a diciembre 2024.**




Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La EPS ha experimentado un incremento paulatino de la población con riesgo en salud mental entre los años 2019 y 2024. Sin embargo, también se ha observado una disminución significativa en su población afiliada, encontrándose que quienes permanecen en la EPS

son principalmente los pacientes con riesgo en salud mental, mientras que la población sana es la que ha optado por retirarse. Según los datos, entre 2019 y 2024, la población con riesgo aumentó un 12%, mientras que la disminución promedio de afiliados fue de 8.529, con variaciones anuales. Cabe resaltar que entre 2023 y 2024, la disminución fue especialmente notable, alcanzando los 49.107 afiliados.

**Prevalencia e incidencia de la patología mental y neurológica.**

**Tabla 154 Incidencia y prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento a nivel nacional de CAPITAL SALUD EPS-S a corte diciembre 2024.**

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INC | 2609 | 3077 | 2524 | 3713 | 2936 | 3032 | 3194 | 2803 | 3068 | 3450 | 3042 | 2457 |
| PRE | 118634 | 121711 | 124235 | 127948 | 130884 | 133916 | 137110 | 139913 | 142981 | 146431 | 149473 | 151930 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

De acuerdo con los datos, para los trastornos mentales y del comportamiento durante el año 2024, el promedio de ingreso de población fue de 8%, encontrando que los meses con identificación de la población en riesgo fueron abril y octubre, ambos con el 10%. En cuanto a la prevalencia se mantiene un mismo rango promedio de la población ya identificada previamente con el 8%, el mes con mayor representatividad es diciembre con el 9.3%.

**Tabla 155 Incidencia y prevalencia de epilepsia a nivel nacional de CAPITAL SALUD EPS-S a corte diciembre 2024.**

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INCIDENCIA | 147 | 125 | 200 | 163 | 158 | 107 | 130 | 113 | 126 | 171 | 123 | 149 |
| PREVALENCIA | 11486 | 11611 | 11811 | 11974 | 12132 | 12239 | 12369 | 12482 | 12608 | 12779 | 12902 | 13051 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La patología neurológica durante el año 2024 tuvo un promedio de ingreso de población del 8%, encontrando que el mes con identificación de la población en riesgo marzo con el 12%. En cuanto a la prevalencia se mantiene un mismo rango promedio de la población ya identificada previamente con el 8.3%, el mes con mayor representatividad es diciembre con el 8.9%.

**Tabla 156 Incidencia y prevalencia de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones a nivel nacional de CAPITAL SALUD EPS-S a corte diciembre 2024.**

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INCIDENCIA | 121 | 117 | 129 | 404 | 312 | 279 | 353 | 268 | 321 | 318 | 239 | 170 |
| PREVALENCIA | 5650 | 5767 | 5896 | 6300 | 6612 | 6891 | 7244 | 7512 | 7833 | 8151 | 8390 | 8560 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

Los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones durante el año 2024 presento un promedio de ingreso de población del 8%, encontrando que el mes con identificación de la población en riesgo abril con el 13%. En cuanto a la prevalencia se mantiene un mismo rango promedio de la población ya identificada previamente con el 8%, el mes con mayor representatividad es diciembre con el 10.1%.

**Primeras causas de atención en salud mental.**

**Tabla 157 Primeras causas de atención en salud mental de CAPITAL SALUD EPS-S en el ámbito de consulta externa a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | F840 | AUTISMO EN LA NIÑEZ | 22,102 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 21,382 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 20,914 |
| | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 17,425 |
| | F432 | TRASTORNOS DE ADAPTACION | 15,755 |
| | F419 | TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO | 10,555 |
| | F900 | PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION | 10,256 |
| | F813 | TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES | 8,945 |
| | F03X | DEMENCIA NO ESPECIFICADA | 8,355 |
| | F819 | TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, NO ESPECIFICADO | 7,430 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Según los datos de la tabla, la población con riesgo en salud mental de CAPITAL SALUD EPS-S que más consulta los servicios de consulta externa corresponde a los afiliados con el diagnóstico CIE 10 F840, relacionado con el autismo en la niñez, con 22.102 consultas, lo que representa el 15,4%. Le siguen los afiliados con el diagnóstico F412, trastorno del afecto de tipo ansiedad, con el 14,9%, y el diagnóstico G409, epilepsia, con el 14,6%. A continuación, se encuentran los pacientes con F200, esquizofrenia paranoide, con el 12,2%, y trastornos de adaptación, con el 11%. Las demás patologías registran datos inferiores al 7,4%.

**Tabla 158 Servicios más consultados durante la vigencia 2024 en ámbito de consulta externa.**

| AMBITO | CONSULTA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | PSICOLOGIA | 110,002 |
| | PSIQUIATRIA | 85,188 |
| | MEDICINA_GENERAL | 51,533 |
| | TERAPIA_OCUPACIONAL | 38,445 |
| | FONOAUDIOLOGIA | 29,009 |
| | NEUROLOGIA | 14,183 |
| | TRABAJO_SOCIAL | 9,847 |
| | PRUEBA_NEROPSICOLOGICA | 3,682 |
| | SEXOLOGIA | 128 |
| | PRUEBA_PERSONALIDAD | 82 |

Fuente: BD_RIPS_2024

En cuanto a los servicios de salud más consultados en 2024 por la población con riesgo en salud mental en consulta externa, el servicio de psicología ocupa el primer lugar con el 32% de las atenciones, seguido por psiquiatría con un 25%, medicina general con un 15% y terapia ocupacional con un 11%. Los demás servicios registran porcentajes inferiores al 8%.

**Tabla 159 Primeras causas de atención en salud mental de CAPITAL SALUD EPS-S en el ámbito de hospitalización a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| HOSPITALIZACION_ 2024 | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 5,663 |
| | F192 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA | 4,856 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 3,574 |
| | F432 | TRASTORNOS DE ADAPTACION | 2,486 |
| | F312 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS | 2,225 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 1,901 |
| | F919 | TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO | 1,840 |
| | F03X | DEMENCIA NO ESPECIFICADA | 1,713 |
| | F321 | EPISODIO DEPRESIVO MODERADO | 1,251 |
| | F329 | EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO | 1,049 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para los servicios de hospitalización, se evidencia que la esquizofrenia (F200) representa el 21% de la población que más servicios de hospitalización requirieron en el año, seguido de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia (F192) con el 18% y epilepsia (G409) con el 13%.

Para las patologías de esquizofrenia y epilepsia, se destaca que la falta de suministro de medicamentos y la baja adherencia a los mismos afectan de manera significativa la estabilidad de los síntomas, lo que incrementa el riesgo de reingresos hospitalarios para los usuarios.

**Descripción de las primeras causas de atención en salud mental por territorio.**

**Distrito Capital**

**Tabla 160 Primeras causas de atención en salud mental de Bogotá en el ámbito de consulta externa a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | F840 | AUTISMO EN LA NIÑEZ | 20,995 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 19,368 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 18,404 |
| | F432 | TRASTORNOS DE ADAPTACION | 15,284 |
| | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 11,697 |
| | F419 | TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO | 9,907 |
| | F900 | PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION | 9,046 |
| | F813 | TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES | 8,188 |
| | F03X | DEMENCIA NO ESPECIFICADA | 7,436 |
| | F320 | EPISODIO DEPRESIVO LEVE | 6,047 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para Bogotá, la población con riesgo en salud mental que más consulta los servicios de consulta externa corresponde a los afiliados con el diagnóstico CIE 10 F840, relacionado con el autismo en la niñez con el 16.6%. Le siguen los afiliados con el diagnóstico F412, trastorno del afecto de tipo ansiedad, con el 15.3%, y el diagnóstico G409, epilepsia, con el 14,6%. Seguido se encuentran los pacientes con F432 trastornos de adaptación 12.1% y F200 esquizofrenia paranoide con el 12,1%. Las demás patologías registran datos inferiores al 9.3%.

**Tabla 161 Servicios más consultados en Bogotá durante la vigencia 2024 en ámbito de consulta externa.**

| AMBITO | CONSULTA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | PSICOLOGIA | 92,169 |
| | PSIQUIATRIA | 82,751 |
| | MEDICINA_GENERAL | 46,815 |
| | TERAPIA_OCUPACIONAL | 25,580 |
| | FONOAUDIOLOGIA | 21,292 |
| | NEUROLOGIA | 11,868 |
| | TRABAJO_SOCIAL | 9,584 |
| | PRUEBA_NEROPSICOLOGICA | 3,256 |
| | SEXOLOGIA | 119 |
| | PRUEBA_PERSONALIDAD | 76 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Frente a los servicios de salud mental más consultados en 2024 por la población con riesgo en salud mental en consulta externa, el servicio de psicología con el 31% de las atenciones, seguido por psiquiatría con un 28% y medicina general con un 16%. Los demás servicios registran porcentajes inferiores al 9%.

**Tabla 162 Primeras causas de atención en salud mental de Bogotá en el ámbito de hospitalización a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| HOSPITALIZACION_ 2024 | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 3,483 |
| | F432 | TRASTORNOS DE ADAPTACION | 2,440 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 1,417 |
| | F03X | DEMENCIA NO ESPECIFICADA | 1,302 |
| | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 1,233 |
| | F321 | EPISODIO DEPRESIVO MODERADO | 1,035 |
| | F192 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA | 809 |
| | G401 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES SIMPLES | 646 |
| | G408 | OTRAS EPILEPSIAS | 646 |
| | G402 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS | 618 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para los servicios de hospitalización en Bogotá, se evidencia que la epilepsia (G409) representa el 25.6% de la población que más servicios de hospitalización requirieron en el año, seguido de los trastornos de adaptación con el 17.9% y trastorno del afecto de tipo ansiedad con el 10.4%.

**Departamento del Meta**

**Tabla 163 Primeras causas de atención en salud mental de Meta en el ámbito de consulta externa a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 5,639 |
| | F192 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA | 3,748 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 2,379 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 1,934 |
| | F312 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS | 1,792 |
| | F819 | TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, NO ESPECIFICADO | 1,787 |
| | F808 | OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE | 1,471 |
| | F919 | TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO | 1,452 |
| | F809 | TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO | 1,337 |
| | F900 | PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION | 1,179 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para el Departamento del Meta, la población con riesgo en salud mental de CAPITAL SALUD EPS-S que más consulta los servicios de consulta externa corresponde a los afiliados con el diagnóstico CIE 10 F200 esquizofrenia, le siguen los afiliados con el diagnóstico F192 trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia con el 16% y epilepsia G409 con el 10%.

**Tabla 164 Servicios más consultados en el Meta durante la vigencia 2024 en ámbito de consulta externa.**

| AMBITO | CONSULTA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | PSICOLOGIA | 17,476 |
| | TERAPIA_OCUPACIONAL | 12,631 |
| | FONOAUDIOLOGIA | 7,433 |
| | MEDICINA_GENERAL | 4,429 |
| | NEUROLOGIA | 2,215 |
| | PSIQUIATRIA | 2,153 |
| | PRUEBA_NEROPSICOLOGICA | 380 |
| | TRABAJO_SOCIAL | 246 |
| | EDUCACION_SALUD | 63 |
| | PRUEBA_INTELIGENCIA | 50 |

Fuente: BD_RIPS_2024

En los servicios en salud mental más consultados de la población afiliada en el Meta fueron, psicología (37%), terapia ocupacional (27%) y fonoaudiología (16%). Los demás servicios se encuentran con rangos inferiores al 9%.

**Tabla 165 Primeras causas de atención en salud mental de Meta en el ámbito de Hospitalización a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| HOSPITALIZACION_ 2024 | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 4,428 |
| | F192 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA | 4,040 |
| | F312 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS | 1,795 |
| | F919 | TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO | 1,227 |
| | F913 | TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE | 751 |
| | F29X | PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA | 711 |
| | F638 | OTROS TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS | 659 |
| | F259 | TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, NO ESPECIFICADO | 620 |
| | F329 | EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO | 564 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 483 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para Meta los servicios de hospitalización presentaron mayor incidencia en la población de esquizofrenia (F200) con el 29%, seguido de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia (F192) con el 26% y trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos (F312) con el 12%.

**Municipio de Soacha, Cundinamarca**

**Tabla 166 Primeras causas de atención en salud mental de Soacha en el ámbito de consulta externa a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | F818 | OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES | 203 |
| | F840 | AUTISMO EN LA NIÑEZ | 180 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 131 |
| | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 89 |
| | F412 | TRASTORNO DEL AFECTO DE TIPO ANSIEDAD | 80 |
| | F808 | OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE | 54 |
| | F819 | TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, NO ESPECIFICADO | 53 |
| | F848 | OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO | 46 |
| | F813 | TRASTORNO MIXTO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES | 33 |
| | F900 | PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION | 31 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Para el territorio de Soacha la población que más consulta los servicios de salud mental de consulta externa corresponde a los afiliados con el diagnóstico CIE 10 F818, relacionado a trastornos del desarrollo de las habilidades escolares (23%), seguido del diagnóstico F840 autismo en la niñez (20%), epilepsia G409 (15%), y esquizofrenia paranoide f200 (10%).

**Tabla 167 Servicios más consultados durante la vigencia 2024 en ámbito de consulta externa.**

| AMBITO | CONSULTA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTA_EXTERNA_ 2024 | PSICOLOGIA | 357 |
| | MEDICINA_GENERAL | 289 |
| | FONOAUDIOLOGIA | 284 |
| | PSIQUIATRIA | 284 |
| | TERAPIA_OCUPACIONAL | 234 |
| | NEUROLOGIA | 100 |
| | PRUEBA_NEROPSICOLOGICA | 46 |
| | TRABAJO_SOCIAL | 17 |
| | PRUEBA_COGNITIVA | 1 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Frente a los servicios de salud mental más consultados en 2024 en consulta externa por población del territorio de Soacha, el servicio de psicología ocupa el primer lugar con el 22% de las atenciones, seguido de medicina general, fonoaudiología y psiquiatría cada uno con el 18%. Los demás servicios registran porcentajes inferiores al 15%.

**Tabla 168 Primeras causas de atención en salud mental de Soacha en el ámbito de hospitalización a nivel nacional en la vigencia 2024.**

| AMBITO | CIE- 10 | DIAGNOSTICO | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| HOSPITALIZACION_ 2024 | F192 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA | 13 |
| | F432 | TRASTORNOS DE ADAPTACION | 7 |
| | F319 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO | 7 |
| | F100 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: INTOXICACION AGUDA | 6 |
| | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 4 |
| | F317 | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION | 4 |
| | F688 | OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS | 4 |
| | G404 | OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS | 3 |
| | F200 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 2 |

Fuente: BD_RIPS_2024

Por último, las primeras causas de hospitalización de la población en riesgo en salud mental son F192 trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia (26%).

**Enfermedades de alto costo y eventos priorizados asociados**

La cohorte de salud mental realiza una categorización de los riesgos con el fin de priorizar las acciones dirigidas a la población.

**Tabla 169 Distribución de los riesgos por categoría.**

| RIESGO | CATEGORIA |
|---|---|
| **MUY ALTO** | Todo paciente con patología mental y/o neurológica que adicional tenga:<br>1. Conducta suicida incidencia o prevalencia.<br>2. Violencia en año en curso.<br>3. Gestantes.<br>4. Patología de alto costo (VIH, cáncer, ERC, artritis, huérfanas, hemofilia). |
| **ALTO** | Todo paciente con:<br>trastornos de esquizofrenia.<br>trastornos afectivos.<br>todo paciente con patología mental y/o neurológica que adicional haga parte de una RIAS de riesgo (crónicos, EPOC, desnutrición, tuberculosis y que se encuentre en programa POLL DOMI).<br>epilepsia. |
| **MODERADO** | Trastornos mentales y del comportamiento excluyendo riesgo muy alto y alto.<br>Trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones. |

Fuente: Cohorte salud mental CAPITAL SALUD EPS-S

Las categorías de esquizofrenia, trastornos afectivos y epilepsia se encuentran en riesgo alto, a diferencia de otras patologías. Esto se debe a que son condiciones crónicas sin cura, que requieren un seguimiento continuo por parte del médico tratante y un tratamiento farmacológico para controlar y estabilizar los síntomas, garantizando así una mejor calidad de vida para los pacientes.

**Tabla 170 Distribución de la población con trastornos mentales y del comportamiento por territorio y categoría de riesgo vigencia 2024.**

| TERRITORIO /RIESGO | MODERADO | ALTO | MUY_ALTO_1 | MUY_ALTO_2 | MUY_ALTO_3 | MUY_ALTO_4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | 72254 | 44945 | 5319 | 11795 | 1130 | 4901 | 140344 |
| META | 8920 | 1456 | 76 | 157 | 47 | 311 | 10967 |
| SOACHA | 351 | 189 | 16 | 39 | 4 | 20 | 619 |
| **TOTAL** | 81525 | 46590 | 5411 | 11991 | 1181 | 5232 | 151930 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La población con trastornos mentales afiliada a CAPITAL SALUD EPS-S se encuentra mayoritariamente en riesgo moderado (54%), conformado por usuarios con trastornos mentales y del comportamiento distintos a las categorías de esquizofrenia y trastornos afectivos.

En segundo lugar, el riesgo alto (31%) incluye a personas diagnosticadas con esquizofrenia, trastornos afectivos y aquellas que presentan comorbilidades con patologías crónicas como EPOC, desnutrición y tuberculosis, además de usuarios vinculados al programa POLL DOMI. Por último, el riesgo muy alto representa el 16% de la población categorizada, lo que indica la necesidad de un seguimiento prioritario y una atención integral.

**Tabla 171 Distribución de la población con epilepsia y del comportamiento por territorio y categoría de riesgo vigencia 2024.**

| TERRITORIO/RIESGO | ALTO | MUY_ALTO_1 | MUY_ALTO_2 | MUY_ALTO_3 | MUY_ALTO_4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | 10116 | 262 | 532 | 16 | 480 | 11406 |
| META | 1349 | 8 | 11 | 1 | 54 | 1423 |
| SOACHA | 77 | 1 | 0 | 0 | 2 | 80 |
| **TOTAL** | 11542 | 271 | 543 | 17 | 536 | 12909 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La población con epilepsia se encuentra mayoritariamente en riesgo alto (89%). Por su parte, el 11% restante corresponde a pacientes en riesgo muy alto, debido a la presencia de comorbilidades y eventos de riesgo en salud mental. Esta clasificación resalta la importancia de un seguimiento especializado y un manejo integral para garantizar una atención adecuada a esta población.

**Tabla 172 Distribución de la población con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones por territorio por territorio y categoría de riesgo vigencia 2024.**

| TERRITORIO /RIESGO | MODERADO | ALTO | MUY_ALTO_1 | MUY_ALTO_2 | MUY_ALTO_3 | MUY_ALTO_4 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BOGOTA | 5726 | 1182 | 545 | 459 | 11 | 219 | 8142 |
| META | 351 | 10 | 8 | 5 | 1 | 9 | 384 |
| SOACHA | 27 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 34 |
| **TOTAL** | 6104 | 1193 | 556 | 467 | 12 | 228 | 8560 |

Fuente: BD_Caracterización_Nacional_Salud_Mental_2024

La población con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones se distribuye principalmente en riesgo moderado (71%).

Por su parte, el 14% está clasificado en riesgo alto, lo que incluye a personas con patología dual (trastorno mental y consumo de sustancias) y/o comorbilidades con enfermedades crónicas como EPOC, desnutrición y tuberculosis, además de usuarios vinculados al programa POLL DOMI.

Finalmente, el 15% de los usuarios presenta un riesgo muy alto, lo que resalta la importancia de un manejo integral y especializado para esta población.

**Plan de intervención por problemática**

A través de las rutas integrales de atención en salud mental, lleva a cabo acciones para fortalecer la implementación y adherencia a las RIAS. El propósito es garantizar una mejora continua en la calidad de los servicios, promoviendo el acceso oportuno e integral, y asegurando una atención humanizada a los usuarios.

- Articulación con entidades territoriales para capacitación del personal de salud en detección, prevención y promoción de la salud con enfoque en salud mental.

- Auditorías de los procesos y procedimientos de la red de prestación de servicios con el fin de que estos estuvieran alineados a la normatividad vigente, técnica y las necesidades de la EAPB.
- Auditoria de Historia Clínica para mejorar el registro y gestión en la detección, uso de diagnóstico, registro de plan de manejo y adherencia a tratamiento.
- Fortalecer la red de prestación de servicios y el talento humano de la EAPB a través de las capacitaciones y asistencias técnicas.
- Asistencias técnicas a la red de prestación de servicios con el fin de mejorar la calidad en la prestación del servicio.
- Articulación con el ente territorial buscando garantizar en el entorno educativo, laboral, familiar y comunitario la identificación oportuna de los riesgos, el abordaje inicial, la captación efectiva y la profundización de la educación en salud en prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental.
- Asistencia y/o liderazgo de mesas técnicas sectoriales e intersectoriales.
- Respuesta inmediata de PQRD.
- Gestión de casos para superación de barreras de acceso, según los casos que se identifican.
- Participación en Unidades de Análisis citadas por la entidad territorial, entorno que permite identificar fallas en los procesos para la toma de decisiones.
- Actualización de documentación de salud mental bajo la normatividad vigente que permita ser una guía para el proceso interno y externo.
- Verificación de calidad de la información de bases de datos de población identificada con riesgo en salud mental.
- Articulación con las diferentes áreas de la EPS para garantizar la ejecución de la ruta de salud mental.
- Socialización de la ruta de salud mental en espacios internos, sectoriales e intersectoriales.
- Articulación con el área de medicamentos para garantizar la entrega de tratamientos y reducir la probabilidad de desestabilización en personas con patologías mentales.
- Aplicación de tamizajes o preguntas orientadoras para detectar el riesgo de conducta suicida en los servicios de PYD, atención resolutiva y urgencias, con el fin de realizar una intervención inmediata y gestionar el riesgo de forma oportuna.

**Estrategias de promoción y prevención**

Reconociendo la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, desde la cohorte nacional de salud mental se lideran acciones dirigidas a reducir los riesgos en la salud de nuestros usuarios, promoviendo además el cuidado de su salud mental:

- Estrategias IEC (Información, Educación y Comunicación) orientadas a la prevención de enfermedades mentales y la promoción de la salud mental, a través de piezas comunicativas, mensajes de texto y actividades educativas en territorio articuladas con la red pública.

- Seguimiento telefónico a la población notificada por intento de suicidio y violencia de genero e intrafamiliar con el fin de identificar necesidades en salud y barreras para el acceso, para así eliminarlas.
- Atención integral desde la red de prestación de servicios, abordando las necesidades de la población de manera individual, grupal y familiar.
- Gestión de citas prioritarias.
- Creación de documento de educación en salud para la población con riesgo como guía de intervención para la red de prestación de servicios.
- Creación y socialización de documento de lineamiento de seguimiento telefónico como parte del fortalecimiento técnico de los gestores, buscando la efectividad en la demanda inducida.

**Principales hallazgos**

En CAPITAL SALUD EPS-S, la cohorte de salud mental está integrada por dos Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y un componente. Estas rutas se caracterizan por abordar condiciones de salud con desenlaces asociados a la afectación emocional y la alteración del comportamiento. Por esta razón, han sido agrupadas en una misma cohorte, permitiendo un control y monitoreo más efectivo de la población en riesgo.

Al 31 de diciembre de 2024, la EAPB identificó un total de 170.203 usuarios en riesgo de salud mental, distribuidos en los territorios habilitados. En Bogotá, se registraron 176.865 afiliados en riesgo, en 29 municipios del Meta se identificaron 13.713 afiliados, y en Soacha (Cundinamarca), 847 afiliados.

En cuanto a la distribución por sexo, la mayoría de la población en riesgo corresponde a mujeres (58%). Respecto al régimen de afiliación, predomina el régimen subsidiado, lo cual se alinea con la naturaleza de la EAPB. Desde un enfoque diferencial, el 24% de la población pertenece a grupos poblacionales con características particulares, como víctimas del conflicto armado, personas en condición de discapacidad o con pertenencia étnica.

Las patologías mentales más prevalentes entre los afiliados a CAPITAL SALUD EPS-S se agrupan en cuatro principales categorías ansiedad (25%), depresión (15%), trastornos adaptativos (10%) y dificultades en el desarrollo de habilidades escolares (10%). las demás categorías presentan una prevalencia inferior al 6%.

en cuanto a los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, se identificó que la sustancia con mayor impacto es el uso de múltiples drogas (51.5%), seguido por alcohol (16.2%), cannabinoides (13.1%), tabaco (6%) y alucinógenos (5%). las demás sustancias presentan una prevalencia inferior al 2.7%.

Respecto a los eventos de interés en salud pública asociados a la cohorte de salud mental, intento de suicidio para el 2024, la tasa fue de 118 personas por cada 100.000 habitantes. El mecanismo más utilizado fue la intoxicación (53%), y la incidencia fue mayor en mujeres (62.99%). Para la violencia de género e intrafamiliar la tasa fue de 1.030 personas por cada

100.000 habitantes, siendo la violencia física la más predominante (30%) y las mujeres con mayor vulnerabilidad.

La población se encuentra categorizada según su nivel de riesgo en salud mental, donde el 62% de los casos corresponde a riesgo moderado, el 45% a riesgo alto y el 3% a riesgo muy alto. Esta clasificación permite priorizar la atención y diseñar estrategias de intervención adecuadas para cada grupo, garantizando un enfoque integral en el manejo de la salud mental.

Las patologías mentales y neurológicas con mayor número de consultas en servicios de consulta externa incluyen autismo en la niñez, trastornos de ansiedad, epilepsia, esquizofrenia paranoide y trastornos de adaptación, mientras que las demás patologías presentan una prevalencia inferior al 7.4%. Los servicios más demandados por los pacientes son psicología, psiquiatría, medicina general y terapia ocupacional. En el ámbito de hospitalización, las principales causas de ingreso están relacionadas con esquizofrenia, trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas (síndrome de dependencia), así como epilepsia.

Para abordar el riesgo en salud mental, CAPITAL SALUD EPS-S cuenta con una red de atención conformada por 15 IPS en Bogotá, 2 en Soacha y 6 en el Meta, garantizando la cobertura en los territorios habilitados. En cuanto a la oportunidad en la prestación de servicios, el tiempo promedio de asignación de citas varía según la especialidad y la ubicación. Las consultas en medicina general y trabajo social presentan los menores tiempos de espera, con un promedio de 1 a 3 días calendario, mientras que las especialidades de rehabilitación funcional, medicina física y neurología registran los tiempos de espera más prolongados, con un promedio de 8 a 37 días. Finalmente, en el marco de las acciones de gestión y mejora continua, la cohorte de salud mental ha implementado estrategias enfocadas en la gestión, prevención y promoción, con el objetivo de fortalecer la calidad de los servicios. Estas iniciativas buscan garantizar un acceso oportuno e integral, así como brindar una atención humanizada, respondiendo de manera eficiente a las necesidades de los usuarios.

### 9.9 Cohorte EPOC ASMA

Nuestra población está compuesta por diversos grupos con enfoque diferencial, incluyendo población indígena, población migrante, habitantes de calle, víctimas del conflicto armado y trabajadores informales, como vendedores ambulantes. En su mayoría, pertenecen al régimen subsidiado, lo que limita su acceso a una vida saludable debido a barreras en educación, empleo y servicios de salud. El entorno físico y ambiental también impacta significativamente la salud de esta población. Bogotá presenta altos niveles de contaminación del aire, en gran parte generados por los vehículos, con presencia de partículas de dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono y plomo. Las localidades más contaminadas de la ciudad incluyen Kennedy, Bosa, Tunjuelito y San Cristóbal, donde la calidad del aire se ha visto gravemente afectada por el alto flujo

vehicular, la actividad industrial y factores climáticos adversos. En abril de 2024, el Distrito declaró una alerta en el suroccidente de la ciudad debido a la alta concentración de material particulado PM10. Las estaciones de monitoreo en Carvajal - Sevillana (Kennedy) y en Bosa registraron niveles de riesgo regular y malo, lo que llevó a la implementación de medidas para proteger la salud de la población.

Si bien la principal causa de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el asma a nivel global es el consumo de cigarrillo, en nuestra población se ha identificado que la exposición a biomasa es un factor predominante, especialmente en mujeres. Muchas de ellas han estado expuestas al humo de leña desde temprana edad, ya sea por cocinar en entornos rurales o por el uso prolongado de estos métodos en sus hogares. Esta exposición no solo aumenta el riesgo de desarrollar EPOC, sino que también agrava el asma, especialmente en niños y adultos con predisposición a enfermedades respiratorias. Nuestros abuelos, quienes vivían en el campo y cocinaban con leña, así como las personas que han llegado a la capital desplazadas por el conflicto armado, representan un grupo especialmente vulnerable a estas enfermedades respiratorias. Esta realidad resalta la necesidad de implementar estrategias de salud pública que aborden no solo el tratamiento de la EPOC y el asma, sino también la reducción de la exposición a contaminantes ambientales y el fortalecimiento del acceso a servicios de salud para las poblaciones en mayor riesgo.

**Tabla 173 Distribución por Localidad con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Bogotá**

| Código | Localidad | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Usaquén | 457 | 2.2% | 280 | 2.2% | 737 | 2.2% |
| **1** | Engativá | 1018 | 5.0% | 644 | 5.0% | 1662 | 5.0% |
| **2** | Suba | 1250 | 6.1% | 750 | 5.8% | 2000 | 6.0% |
| **3** | Barrios Unidos | 167 | 0.8% | 145 | 1.1% | 312 | 0.9% |
| **4** | Teusaquillo | 121 | 0.6% | 90 | 0.7% | 211 | 0.6% |
| **5** | Los Mártires | 256 | 1.3% | 331 | 2.5% | 587 | 1.8% |
| **6** | Antonio Nariño | 247 | 1.2% | 206 | 1.6% | 453 | 1.4% |
| **7** | Puente Aranda | 333 | 1.6% | 315 | 2.4% | 648 | 1.9% |
| **8** | La candelaria | 108 | 0.5% | 111 | 0.9% | 219 | 0.7% |
| **9** | Rafael Uribe | 1821 | 8.9% | 1201 | 9.2% | 3022 | 9.1% |
| **10** | Ciudad Bolivar | 3274 | 16.1% | 1902 | 14.6% | 5176 | 15.5% |
| **11** | Chapinero | 170 | 0.8% | 104 | 0.8% | 274 | 0.8% |
| **12** | Sumapaz | 55 | 0.3% | 59 | 0.5% | 114 | 0.3% |
| **13** | Santafé | 664 | 3.3% | 651 | 5.0% | 1315 | 3.9% |
| **14** | San Cristóbal | 2374 | 11.7% | 1571 | 12.1% | 3945 | 11.8% |
| **15** | Usme | 2317 | 11.4% | 1286 | 9.9% | 3603 | 10.8% |
| **16** | Tunjuelito | 717 | 3.5% | 476 | 3.7% | 1193 | 3.6% |
| **17** | Bosa | 2634 | 12.9% | 1402 | 10.8% | 4036 | 12.1% |
| **18** | Kennedy | 1856 | 9.1% | 1140 | 8.8% | 2996 | 9.0% |
| **19** | Fontibón | 487 | 2.4% | 306 | 2.4% | 793 | 2.4% |
| **20** | Portabilidad | 38 | 0.2% | 29 | 0.2% | 67 | 0.2% |
| **Total, general** | | **20364** | **100.0%** | **12999** | **100.0%** | **33363** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC de Bogota, Diciembre 2024

Esta tabla pertenece al evento de EPOC de la sucursal Bogotá. En la tabla se evidencia que las localidades con mayor número de registros son Ciudad Bolívar 15,5% (5.176), Bosa 12,1% (4.036) y San Cristóbal 11,8% (3.945), todas con predominio femenino, especialmente en población en vejez y con antecedentes de exposición al humo de leña. Se identifican localidades con menor participación como Sumapaz 0,3% (114), La Candelaria 0,7% (219) y Teusaquillo 0,6% (211), lo que está relacionado con barreras de acceso geográfico en zonas rurales como Sumapaz o la baja presencia de población en régimen subsidiado en Teusaquillo. En cuanto a portabilidad, se registra 0,2% (67).

**Tabla 174 Distribución por Localidad con Diagnostico de ASMA Capital Salud EPSS Sucursal Bogotá**

| Código | Localidad | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Portabilidad | 17 | 0.2% | 15 | 0.2% | 32 | 0.2% |
| **1** | Usaquén | 205 | 2.1% | 160 | 2.1% | 365 | 2.1% |
| **2** | Chapinero | 61 | 0.6% | 46 | 0.6% | 107 | 0.6% |
| **3** | Santa Fe | 327 | 3.4% | 265 | 3.4% | 592 | 3.4% |
| **4** | San Cristóbal | 815 | 8.5% | 727 | 9.5% | 1542 | 8.9% |
| **5** | Usme | 1057 | 11.0% | 897 | 11.7% | 1954 | 11.3% |
| **6** | Tunjuelito | 344 | 3.6% | 337 | 4.4% | 681 | 3.9% |
| **7** | Bosa | 1487 | 15.5% | 1157 | 15.1% | 2644 | 15.3% |
| **8** | Kennedy | 1151 | 12.0% | 807 | 10.5% | 1958 | 11.3% |
| **9** | Fontibón | 203 | 2.1% | 152 | 2.0% | 355 | 2.1% |
| **10** | Engativá | 416 | 4.3% | 318 | 4.1% | 734 | 4.2% |
| **11** | Suba | 518 | 5.4% | 342 | 4.5% | 860 | 5.0% |
| **12** | Barrios Unidos | 67 | 0.7% | 59 | 0.8% | 126 | 0.7% |
| **13** | Teusaquillo | 55 | 0.6% | 43 | 0.6% | 98 | 0.6% |
| **14** | Los Mártires | 168 | 1.7% | 156 | 2.0% | 324 | 1.9% |
| **15** | Antonio Nariño | 120 | 1.2% | 102 | 1.3% | 222 | 1.3% |
| **16** | Puente Aranda | 161 | 1.7% | 130 | 1.7% | 291 | 1.7% |
| **17** | La Candelaria | 57 | 0.6% | 37 | 0.5% | 94 | 0.5% |
| **18** | Rafael Uribe | 733 | 7.6% | 600 | 7.8% | 1333 | 7.7% |
| **19** | Ciudad Bolívar | 1636 | 17.0% | 1323 | 17.2% | 2959 | 17.1% |
| **20** | Sumapaz | 12 | 0.1% | 12 | 0.2% | 24 | 0.1% |
| **Total general** | | **9610** | **100.0%** | **7685** | **100.0%** | **17295** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA de Bogota, Diciembre 2024

Esta tabla pertenece al evento Asma y corresponde a los usuarios diagnosticados en la sucursal Bogotá. La distribución de los 17.295 usuarios muestra una concentración significativa en las localidades del sur de la ciudad. Ciudad Bolívar lidera con el 17,1% (2.959 usuarios), seguida por Bosa con 15,3% (2.644), Kennedy con 11,3% (1.958) y Usme también con 11,3% (1.954). Estas localidades comparten determinantes sociales que pueden influir en la alta prevalencia de asma, como altos niveles de contaminación ambiental, diagnóstico tardío de la enfermedad y limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en zonas periféricas. Le siguen en proporción San Cristóbal con 8,9% (1.542) y Rafael Uribe con 7,7% (1.333), que también presentan

condiciones similares de vulnerabilidad. En contraste, localidades como Sumapaz (0,1% - 24 usuarios), La Candelaria (0,5% - 94), Teusaquillo (0,6% - 98) y Chapinero (0,6% - 107) presentan los menores registros, posiblemente asociados a una menor densidad poblacional o mayor acceso a servicios médicos. La distribución por sexo mantiene una ligera predominancia femenina con 55,6% (9.610 mujeres) frente a 44,4% (7.685 hombres).

**Tabla 175 Distribución por Municipio con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Meta**

| Código | Municipio | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Acacias | 77 | 0.0% | 52 | 9.5% | 129 | 10.6% |
| **1** | Barranca de upia | 9 | 1.3% | 5 | 0.9% | 14 | 1.2% |
| **2** | Cabuyaro | 7 | 1.0% | 4 | 0.7% | 11 | 0.9% |
| **3** | Castilla la nueva | 15 | 2.2% | 15 | 2.8% | 30 | 2.5% |
| **4** | Cumaral | 4 | 0.6% | 2 | 0.4% | 6 | 0.5% |
| **5** | El castillo | 21 | 3.1% | 13 | 2.4% | 34 | 2.8% |
| **6** | El dorado | 14 | 2.1% | 11 | 2.0% | 25 | 2.1% |
| **7** | Fuente de oro | 1 | 0.1% | 2 | 0.4% | 3 | 0.2% |
| **8** | Granada | 108 | 16.1% | 83 | 15.2% | 191 | 15.7% |
| **9** | Guamal | 14 | 2.1% | 8 | 1.5% | 22 | 1.8% |
| **10** | La macarena | 7 | 1.0% | 13 | 2.4% | 20 | 1.6% |
| **11** | Lejanias | 15 | 2.2% | 12 | 2.2% | 27 | 2.2% |
| **12** | Mapiripan | 5 | 0.7% | 4 | 0.7% | 9 | 0.7% |
| **13** | Puerto gaitan | 3 | 0.4% | 1 | 0.2% | 4 | 0.3% |
| **14** | puerto lleras | 10 | 1.5% | 8 | 1.5% | 18 | 1.5% |
| **15** | Puerto lopez | 37 | 5.5% | 24 | 4.4% | 61 | 5.0% |
| **16** | Puerto rico | 14 | 2.1% | 15 | 2.8% | 29 | 2.4% |
| **17** | Restrepo | 7 | 1.0% | 11 | 2.0% | 18 | 1.5% |
| **18** | San carlos de guaroa | 8 | 1.2% | 9 | 1.7% | 17 | 1.4% |
| **19** | San juan de arama | 9 | 1.3% | 10 | 1.8% | 19 | 1.6% |
| **20** | San juanito | 11 | 1.6% | 3 | 0.6% | 14 | 1.2% |
| **21** | San martin | 40 | 6.0% | 33 | 6.1% | 73 | 6.0% |
| **22** | Uribe | 5 | 0.7% | 9 | 1.7% | 14 | 1.2% |
| **23** | Villavicencio | 212 | 31.6% | 175 | 32.1% | 387 | 31.9% |
| **24** | Vistahermosa | 17 | 2.5% | 23 | 4.2% | 40 | 3.3% |
| **Total, general** | | **670** | **55.1%** | **545** | **49.9%** | **1215** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC de Meta, Diciembre 2024

Esta tabla pertenece al evento EPOC y corresponde a los usuarios diagnosticados en la sucursal del Meta, con un total de 1.215 casos distribuidos de manera desigual entre los municipios del departamento. Villavicencio concentra el mayor número de casos con un 31,9% (387 usuarios), debido a su mayor densidad poblacional y capacidad diagnóstica, seguido por Granada con un 15,7% (191 usuarios) y San Martín con un 6,0% (73 usuarios), que también cuentan con redes asistenciales relevantes. Otros municipios como Puerto López (5,0% - 61 usuarios), El Castillo (2,8% - 34 usuarios) y Castilla La Nueva (2,5% - 30 usuarios) presentan una carga considerable de la enfermedad, lo que está relacionado con factores como exposición a contaminantes, uso de leña para cocinar, diagnóstico tardío y limitaciones en el acceso a atención especializada. Municipios con menor participación,

como Fuente de Oro (0,2%), Puerto Gaitán (0,3%) y Mapiripán (0,7%), debido a baja capacidad diagnóstica. La distribución por sexo revela una ligera predominancia de mujeres (55,1% - 670 usuarias) sobre hombres (44,9% - 545 usuarios).

**Tabla 176 Distribución por Municipio con Diagnostico de ASMA Capital Salud EPSS Sucursal Meta**

| Código | Municipio | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Acacias | 81 | 9.4% | 48 | 7.9% | 129 | 8.8% |
| **1** | Barranca de upia | 15 | 1.7% | 7 | 1.2% | 22 | 1.5% |
| **2** | Cabuyaro | 10 | 1.2% | 9 | 1.5% | 19 | 1.3% |
| **3** | Castilla la nueva | 32 | 3.7% | 25 | 4.1% | 57 | 3.9% |
| **4** | Cubarral | 1 | 0.1% | 1 | 0.2% | 2 | 0.1% |
| **5** | Cumaral | 1 | 0.1% | 2 | 0.3% | 3 | 0.2% |
| **6** | El castillo | 11 | 1.3% | 8 | 1.3% | 19 | 1.3% |
| **7** | El dorado | 19 | 2.2% | 16 | 2.6% | 35 | 2.4% |
| **8** | Granada | 120 | 13.9% | 80 | 13.2% | 200 | 13.6% |
| **9** | Guamal | 31 | 3.6% | 17 | 2.8% | 48 | 3.3% |
| **10** | La macarena | 10 | 1.2% | 11 | 1.8% | 21 | 1.4% |
| **11** | Lejanias | 37 | 4.3% | 18 | 3.0% | 55 | 3.7% |
| **12** | Mapiripan | 6 | 0.7% | 3 | 0.5% | 9 | 0.6% |
| **13** | Mesetas | 5 | 0.6% | 5 | 0.8% | 10 | 0.7% |
| **14** | Puerto concordia | 0 | 0.0% | 2 | 0.3% | 2 | 0.1% |
| **15** | Puerto gaitan | 4 | 0.5% | 4 | 0.7% | 8 | 0.5% |
| **16** | Puerto lleras | 18 | 2.1% | 14 | 2.3% | 32 | 2.2% |
| **17** | Puerto lopez | 67 | 7.8% | 55 | 9.1% | 122 | 8.3% |
| **18** | Puerto rico | 22 | 2.5% | 23 | 3.8% | 45 | 3.1% |
| **19** | Restrepo | 20 | 2.3% | 19 | 3.1% | 39 | 2.7% |
| **20** | San Carlos de guaroa | 18 | 2.1% | 6 | 1.0% | 24 | 1.6% |
| **21** | San juan de arama | 16 | 1.9% | 11 | 1.8% | 27 | 1.8% |
| **22** | San juanito | 12 | 1.4% | 4 | 0.7% | 16 | 1.1% |
| **23** | San martin | 45 | 5.2% | 33 | 5.5% | 78 | 5.3% |
| **24** | Uribe | 8 | 0.9% | 15 | 2.5% | 23 | 1.6% |
| **25** | Villavicencio | 227 | 26.3% | 144 | 23.8% | 371 | 25.3% |
| **26** | Vistahermosa | 27 | 3.1% | 25 | 4.1% | 52 | 3.5% |
| **Total general** | | **863** | **58.8%** | **605** | **41.2%** | **1468** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA de Meta, Diciembre 2024

Esta tabla pertenece al evento Asma y corresponde a los usuarios diagnosticados en los diferentes municipios del Meta, con un total de 1.468 casos distribuidos entre 863 mujeres (58,8%) y 605 hombres (41,2%). Villavicencio, con un 23.8% (371 usuarios), continúa siendo el municipio con mayor carga, seguido por Granada con un 13,2% (200 usuarios), y Puerto López con un 9.1% (122 usuarios). Otros municipios como Acacías (7.9% - 129

usuarios), Restrepo (3.1% - 39 usuarios), y Lejanías (3,0% - 55 usuarios) también presentan una distribución considerable. Municipios con menor participación incluyen Puerto Concordia (0,3% - 2 usuarios), Mapiripán (0,5% - 9 usuarios), y Cumaral (0,3% - 3 usuarios), lo que podría estar relacionado con subregistro o limitaciones en el acceso a diagnóstico y servicios de salud. La distribución por sexo muestra una ligera predominancia de mujeres en todos los municipios, con un porcentaje más alto en ciudades como Villavicencio (26,3% - 227 mujeres) y Granada (13,9% - 120 mujeres).

**Tabla 177 Distribución con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Soacha**

| EPOC | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 58 | 70% | 25 | 30% | 83 | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC de Soacha, Diciembre 2024

Para el evento EPOC de la sucursal Soacha, se evidencia un total de 83 usuarios diagnosticados, de los cuales el 70% corresponde al sexo femenino y el 30% al masculino. No se cuenta con información desagregada por comuna.

**Tabla 178 Distribución con Diagnostico de ASMA Capital Salud EPSS Sucursal Soacha**

| ASMA | F | % | M | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 40 | 56% | 31 | 44% | 71 | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA de Soacha, Diciembre 2024

**Tabla 179 Distribución por zona con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Bogotá**

| SUBRED | LOCALIDAD | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | 0 | 0.0% | 453 | 1.4% | **453** | 1.4% |
| | La Candelaria | 0 | 0.0% | 219 | 0.7% | **219** | 0.7% |
| | Los Mártires | 0 | 0.0% | 587 | 1.8% | **587** | 1.8% |
| | Rafael Uribe Uribe | 1 | 0.7% | 3021 | 9.1% | **3022** | 9.1% |
| | San Cristóbal | 0 | 0.0% | 3945 | 11.9% | **3945** | 11.8% |
| | Santa Fe | 9 | 6.6% | 1306 | 3.9% | **1315** | 3.9% |
| NORTE | Barrios Unidos | 1 | 0.7% | 311 | 0.9% | **312** | 0.9% |
| | Chapinero | 0 | 0.0% | 274 | 0.8% | **274** | 0.8% |
| | Engativá | 2 | 1.5% | 1660 | 5.0% | **1662** | 5.0% |
| | Suba | 0 | 0.0% | 2000 | 6.0% | **2000** | 6.0% |
| | Teusaquillo | 0 | 0.0% | 211 | 0.6% | **211** | 0.6% |
| | Usaquén | 0 | 0.0% | 737 | 2.2% | **737** | 2.2% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 8 | 5.8% | 5168 | 15.6% | **5176** | 15.5% |
| | Sumapaz | 97 | 70.8% | 17 | 0.1% | **114** | 0.3% |
| | Tunjuelito | 0 | 0.0% | 1193 | 3.6% | **1193** | 3.6% |
| | Usme | 1 | 0.7% | 3602 | 10.8% | **3603** | 10.8% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 4 | 2.9% | 4032 | 12.1% | **4036** | 12.1% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fontibón | 1 | 0.7% | 792 | 2.4% | **793** | 2.4% |
| | Kennedy | 10 | 7.3% | 2986 | 9.0% | **2996** | 9.0% |
| | Puente Aranda | 3 | 2.2% | 645 | 1.9% | **648** | 1.9% |
| **PORTABILIDAD** | Portabilidad | 0 | 0.0% | 67 | 0.2% | **67** | 0.2% |
| **Total, general** | | **137** | **100.0%** | **33226** | **100.0%** | **33363** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma de Bogota, Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de los casos registrados por localidad y subred en Bogotá, diferenciando entre zonas rurales y urbanas. Del total general de 33.363 casos, el 99.6% (33.226) corresponde a población urbana y solo el 0.4% (137) a población rural. Las localidades con mayor concentración de casos son Ciudad Bolívar (15.5%), San Cristóbal (11.8%), Usme (10.8%) y Bosa (12.1%), todas pertenecientes a las subredes Sur y Sur Occidente. Sumapaz, pese a su baja participación en el total general (0.3%), concentra el 70.8% de los casos rurales, siendo la única localidad predominantemente rural. En contraste, localidades como Teusaquillo, La Candelaria y Antonio Nariño presentan los porcentajes más bajos de casos totales. La categoría de Portabilidad representa el 0.2% de los registros y corresponde exclusivamente a población urbana.

**Tabla 180 Distribución por zona con Diagnostico de Asma Capital Salud EPSS Sucursal Bogotá**

| SUBRED | LOCALIDAD | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | 1 | 1.6% | 221 | 1.3% | **222** | 1.3% |
| | La Candelaria | 0 | 0.0% | 94 | 0.5% | **94** | 0.5% |
| | Los Mártires | 0 | 0.0% | 324 | 1.9% | **324** | 1.9% |
| | Rafael Uribe Uribe | 5 | 8.1% | 1328 | 7.7% | **1333** | 7.7% |
| | San Cristóbal | 2 | 3.2% | 1539 | 8.9% | **1541** | 8.9% |
| | Santa Fe | 3 | 4.8% | 588 | 3.4% | **591** | 3.4% |
| NORTE | Barrios Unidos | 1 | 1.6% | 125 | 0.7% | **126** | 0.7% |
| | Chapinero | 0 | 0.0% | 107 | 0.6% | **107** | 0.6% |
| | Engativá | 1 | 1.6% | 732 | 4.2% | **733** | 4.2% |
| | Suba | 3 | 4.8% | 856 | 5.0% | **859** | 5.0% |
| | Teusaquillo | 0 | 0.0% | 98 | 0.6% | **98** | 0.6% |
| | Usaquén | 0 | 0.0% | 365 | 2.1% | **365** | 2.1% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 16 | 25.8% | 2943 | 17.1% | **2959** | 17.1% |
| | Sumapaz | 5 | 8.1% | 19 | 0.1% | **24** | 0.1% |
| | Tunjuelito | 2 | 3.2% | 678 | 3.9% | **680** | 3.9% |
| | Usme | 6 | 9.7% | 1947 | 11.3% | **1953** | 11.3% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 8 | 12.9% | 2637 | 15.3% | **2645** | 15.3% |
| | Fontibón | 1 | 1.6% | 352 | 2.0% | **353** | 2.0% |
| | Kennedy | 4 | 6.5% | 1954 | 11.3% | **1958** | 11.3% |
| | Puente Aranda | 1 | 1.6% | 297 | 1.7% | **298** | 1.7% |
| PORTABILIDAD | Portabilidad | 3 | 4.8% | 29 | 0.2% | **32** | 0.2% |
| **Total, general** | | **62** | **0.4%** | **17233** | **99.6%** | **17295** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma de Bogota, Diciembre 2024

Para el evento Asma en la sucursal Bogotá, se reporta un total de 17.295 usuarios diagnosticados, de los cuales el 99,6% pertenecen a zonas urbanas y solo el 0,4% a zonas rurales, evidenciando una alta concentración de casos en contextos urbanos. Las localidades con mayor número de diagnósticos son Ciudad Bolívar (17,1%), Bosa (15,3%), Usme (11,3%) y Kennedy (11,3%), que juntas concentran más de la mitad de los casos reportados. En contraste, localidades como Sumapaz (0,1%), La Candelaria (0,5%) y Barrios Unidos (0,7%) presentan menor participación. En cuanto a la ruralidad, Ciudad Bolívar reporta el mayor número de casos 16 casos (25.8%), seguida de Bosa 8 (12.9%) y Usme 6 (9.7%), lo que también indica presencia de la enfermedad en zonas periféricas de la ciudad. Este patrón sugiere una relación entre la prevalencia del EPOC y factores asociados a la urbanización, como la contaminación.

**Tabla 181 Distribución por zona con Diagnostico de Asma Capital Salud EPSS Sucursal Meta**

| Código | Municipio | RURAL | % | URBANO | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Acacias | 24 | 8.1% | 105 | 9.0% | **129** | 8.8% |
| **1** | Barranca de upia | 8 | 2.7% | 14 | 1.2% | **22** | 1.5% |
| **2** | Cabuyaro | 7 | 2.4% | 12 | 1.0% | **19** | 1.3% |
| **3** | Castilla la nueva | 19 | 6.4% | 38 | 3.2% | **57** | 3.9% |
| **4** | Cubarral | 0 | 0.0% | 2 | 0.2% | **2** | 0.1% |
| **5** | Cumaral | 0 | 0.0% | 3 | 0.3% | **3** | 0.2% |
| **6** | El castillo | 9 | 3.0% | 10 | 0.9% | **19** | 1.3% |
| **7** | El dorado | 14 | 4.7% | 21 | 1.8% | **35** | 2.4% |
| **8** | Granada | 32 | 10.8% | 168 | 14.3% | **200** | 13.6% |
| **9** | Guamal | 12 | 4.1% | 36 | 3.1% | **48** | 3.3% |
| **10** | La macarena | 12 | 4.1% | 9 | 0.8% | **21** | 1.4% |
| **11** | Lejanias | 26 | 8.8% | 29 | 2.5% | **55** | 3.7% |
| **12** | Mapiripan | 1 | 0.3% | 8 | 0.7% | **9** | 0.6% |
| **13** | Mesetas | 1 | 0.3% | 9 | 0.8% | **10** | 0.7% |
| **14** | Puerto concordia | 0 | 0.0% | 2 | 0.2% | **2** | 0.1% |
| **15** | Puerto gaitan | 1 | 0.3% | 7 | 0.6% | **8** | 0.5% |
| **16** | Puerto lleras | 12 | 4.1% | 20 | 1.7% | **32** | 2.2% |
| **17** | Puerto lopez | 18 | 6.1% | 104 | 8.9% | **122** | 8.3% |
| **18** | Puerto rico | 17 | 5.7% | 28 | 2.4% | **45** | 3.1% |
| **19** | Restrepo | 4 | 1.4% | 35 | 3.0% | **39** | 2.7% |
| **20** | San Carlos de guaroa | 10 | 3.4% | 14 | 1.2% | **24** | 1.6% |
| **21** | San juan de arama | 10 | 3.4% | 17 | 1.5% | **27** | 1.8% |
| **22** | San juanito | 7 | 2.4% | 9 | 0.8% | **16** | 1.1% |
| **23** | San martin | 7 | 2.4% | 71 | 6.1% | **78** | 5.3% |
| **24** | Uribe | 15 | 5.1% | 8 | 0.7% | **23** | 1.6% |
| **25** | Villavicencio | 4 | 1.4% | 367 | 31.3% | **371** | 25.3% |
| **26** | Vistahermosa | 26 | 8.8% | 26 | 2.2% | **52** | 3.5% |
| **Total, general** | | **296** | **100%** | **1172** | **100%** | **1468** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma Sucursal Meta, Diciembre 2024

La tabla muestra la distribución de casos por municipio en la sucursal del Meta, para el evento Asma diferenciando entre zona rural y urbana. Del total de 1.468 casos registrados, el 79.8% (1.172) corresponde a población urbana y el 20.2% (296) a población rural. Villavicencio concentra el mayor número de casos, con el 25.3% del total, destacándose como el municipio más afectado, especialmente en la zona urbana (31.3%). En contraste, municipios como Cubarral, Puerto Concordia y Cumaral presentan la menor participación en el total general, con apenas 2 o 3 casos cada uno. Granada también se resalta con una participación significativa tanto en área urbana (14.3%) como rural (10.8%), siendo uno de los municipios con mayor carga en ambas zonas. En términos rurales, Lejanías, Vistahermosa y Acacías también presentan porcentajes importantes, reflejando la presencia de la enfermedad en territorios con alta dispersión geográfica.

**Tabla 182 Distribución por zona con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Meta**

| Código | Municipio | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **0** | Acacias | 14 | 5.6% | 115 | 11.9% | **129** | 10.6% |
| **1** | Barranca de upia | 6 | 2.4% | 8 | 0.8% | **14** | 1.2% |
| **2** | Cabuyaro | 5 | 2.0% | 6 | 0.6% | **11** | 0.9% |
| **3** | Castilla la nueva | 12 | 4.8% | 18 | 1.9% | **30** | 2.5% |
| **4** | Cumaral | 1 | 0.4% | 5 | 0.5% | **6** | 0.5% |
| **5** | El castillo | 17 | 6.8% | 17 | 1.8% | **34** | 2.8% |
| **6** | El dorado | 15 | 6.0% | 10 | 1.0% | **25** | 2.1% |
| **7** | Fuente de oro | 2 | 0.8% | 1 | 0.1% | **3** | 0.2% |
| **8** | Granada | 32 | 12.9% | 159 | 16.5% | **191** | 15.7% |
| **9** | Guamal | 4 | 1.6% | 18 | 1.9% | **22** | 1.8% |
| **10** | La macarena | 15 | 6.0% | 5 | 0.5% | **20** | 1.6% |
| **11** | Lejanias | 11 | 4.4% | 16 | 1.7% | **27** | 2.2% |
| **12** | Mapiripan | 4 | 1.6% | 5 | 0.5% | **9** | 0.7% |
| **13** | Puerto gaitan | 1 | 0.4% | 3 | 0.3% | **4** | 0.3% |
| **14** | puerto lleras | 13 | 5.2% | 5 | 0.5% | **18** | 1.5% |
| **15** | Puerto lopez | 17 | 6.8% | 44 | 4.6% | **61** | 5.0% |
| **16** | Puerto rico | 13 | 5.2% | 16 | 1.7% | **29** | 2.4% |
| **17** | Restrepo | 8 | 3.2% | 10 | 1.0% | **18** | 1.5% |
| **18** | San carlos de guaroa | 5 | 2.0% | 12 | 1.2% | **17** | 1.4% |
| **19** | San juan de arama | 9 | 3.6% | 10 | 1.0% | **19** | 1.6% |
| **20** | San juanito | 6 | 2.4% | 8 | 0.8% | **14** | 1.2% |
| **21** | San martin | 10 | 4.0% | 63 | 6.5% | **73** | 6.0% |
| **22** | Uribe | 7 | 2.8% | 7 | 0.7% | **14** | 1.2% |
| **23** | Villavicencio | 3 | 1.2% | 384 | 39.8% | **387** | 31.9% |
| **24** | Vistahermosa | 19 | 7.6% | 21 | 2.2% | **40** | 3.3% |
| **Total, general** | | **249** | **100.0%** | **966** | **100.0%** | **1215** | **100.0%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Sucursal Meta, Diciembre 2024

La tabla muestra la distribución de casos por municipio en la sucursal del Meta, para el evento EPOC, diferenciados entre zonas rurales y urbanas. Del total general, el 79.5% (966 casos) corresponde a población urbana y el 20.5% (249 casos) a población rural. Villavicencio se destaca como el municipio con mayor carga de casos urbanos (39.8%) y el mayor porcentaje del total general (31.9%), mientras que Granada también tiene una participación significativa tanto en lo urbano (16.5%) como en lo rural (12.9%), siendo el segundo municipio con más casos. En las zonas rurales, municipios como Vistahermosa, El Castillo, El Dorado y Puerto López presentan proporciones importantes, evidenciando la relevancia de la ruralidad en la distribución del evento. En contraste, municipios como Fuente de Oro, Puerto Gaitán y Cumaral reportan cifras bajas en ambas zonas.

**Tabla 183 Distribución por zona con Diagnostico de EPOC Capital Salud EPSS Sucursal Soacha**

| EPOC | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 0% | 83 | 100% | 83 | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Sucursal Soacha, Diciembre 2024

La tabla evidencia la distribución de casos en la sucursal de Soacha, en el evento EPOC, evidenciando que el 100% de los 83 casos reportados corresponde a la zona urbana, sin registros en la zona rural.

**Tabla 184 Distribución por zona con Diagnostico de Asma Capital Salud EPSS Sucursal Soacha**

| ASMA | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 0% | 71 | 100% | 71 | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Sucursal Soacha Diciembre 2024

La tabla evidencia la distribución de casos en la sucursal de Soacha, en el evento Asma, evidenciando que el 100% de los 71 casos reportados corresponde a la zona urbana, sin registros en la zona rural.

**Tabla 185 Distribución por Estructura etaria ASMA Capital Salud EPSS Nacional**

| | Grupo Etareo | Bogota | % | Meta | % | Soacha | % | Total General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASMA | Primera Infancia | 2096 | 12% | 166 | 11% | 4 | 6% | 2262 | 12% |
| | Infancia | 5107 | 30% | 327 | 22% | 16 | 23% | 5434 | 29% |
| | Adolescente | 3340 | 19% | 227 | 15% | 13 | 18% | 3567 | 19% |
| | Juventud | 1639 | 9% | 154 | 10% | 7 | 10% | 1793 | 10% |
| | Adultez | 3027 | 18% | 378 | 26% | 23 | 32% | 3405 | 18% |
| | Vejez | 2086 | 12% | 216 | 15% | 8 | 11% | 2302 | 12% |
| | **TOTAL** | **17295** | 100% | **1468** | 100% | **71** | 46% | **18834** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de casos para el evento Asma. por grupo etario en nivel nacional, con un total general de 18.834 casos. La mayor proporción se concentra en los grupos de Infancia (29%) y Adolescencia (19%), seguidos por la Adultez (18%) y la Primera Infancia (12%). Bogotá, con 17.295 casos, representa la mayoría de los registros, destacándose especialmente en los grupos de Infancia (30%) y Adolescente (19%). En el Meta, con 1.468 casos, se observa una mayor proporción relativa en la Adultez (26%) y Vejez (15%). Por su parte, Soacha reporta 71 casos, de los cuales el 32% corresponde a la Adultez, siendo este el grupo con mayor representación en ese territorio. Esta distribución refleja cómo el asma afecta de manera significativa a las poblaciones más jóvenes en general, aunque en Soacha predomina en adultos.

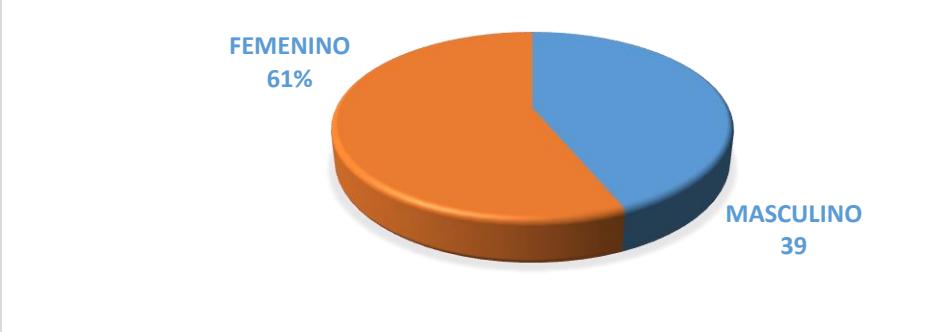
**Tabla 186 Distribución por Estructura etaria ASMA Capital Salud EPSS Nacional**

| | Grupo Etareo | Bogota | % | Meta | % | Soacha | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPOC | Juventud | 21 | 0.1% | 1 | 0.1% | 0 | 0.0% | 22 | 0.1% |
| | Adultez | 3979 | 11.9% | 115 | 9.5% | 16 | 19.3% | 4094 | 11.8% |
| | Vejez | 29363 | 88.0% | 1098 | 90.4% | 67 | 80.7% | 30461 | 88.1% |
| | **TOTAL** | **33363** | 100% | **1214** | 100% | **83** | 100% | **34577** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA Nacional Diciembre 2024

La tabla muestra la distribución de casos de EPOC por grupo etario a nivel nacional, con un total general de 34.577 casos. La Vejez concentra la gran mayoría (88.1%), lo que evidencia que esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en personas adultas mayores, teniendo en cuenta que su inicio suele manifestarse a partir de los 40 años. En Bogotá, el 88% de los 33.363 casos corresponde a esta población, una tendencia que también se mantiene en el Meta (90.4%) y en Soacha (80.7%), a pesar de que esta última es la sucursal con el menor número de casos reportados. La Adultez representa el segundo grupo más afectado, con un 11.8% del total general, destacándose especialmente en Soacha, donde alcanza el 19.3%. Por su parte, la Juventud apenas representa el 0.1% de los casos, sin registros en Soacha.

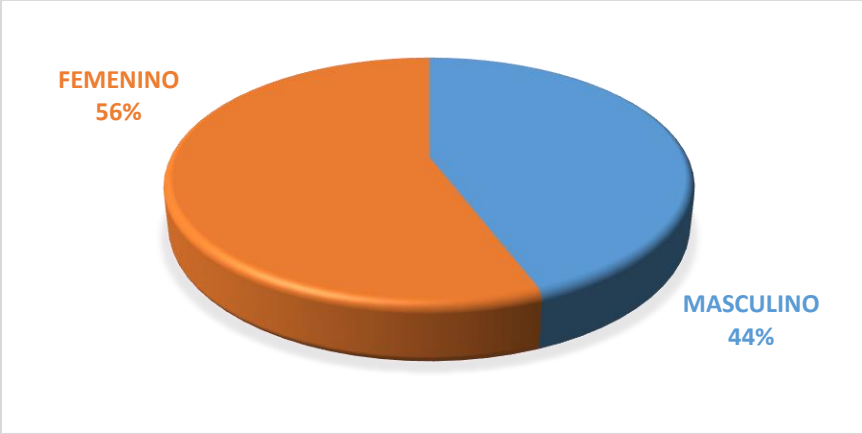
**Gráfica 58 Distribución por Genero en EPOC Capital Salud EPSS Nacional**




**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Nacional Diciembre 2024

La gráfica muestra la distribución por género de la población diagnosticada con EPOC, evidenciando una predominancia del género femenino, que representa el 61% de los casos (21.092), frente al 39% correspondiente al género masculino (13.596). Esta diferencia sugiere una mayor afectación en mujeres dentro de la cohorte analizada, asociada a factores de exposición como el uso de biomasa para cocinar (humo de leña), así como a la exposición prolongada a ambientes contaminados.

**Gráfica 59 Distribución por Genero en ASMA Capital Salud EPSS Nacional**




**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con ASMA Nacional Diciembre 2024

La gráfica evidencia la distribución por género de la población diagnosticada con asma a nivel nacional, observándose una predominancia del género femenino, que representa el 56% de los casos (10.515), frente al 44% del género masculino (8.319). Esta distribución refleja una mayor prevalencia de asma en mujeres dentro de la cohorte de enfermedades respiratorias crónicas.

**Tabla 187 Distribución por tipo de afiliación por régimen en EPOC Capital Salud EPSS Nacional**

| | afiliación | Bogota | % | Meta | % | Soacha | % | Portabilidad | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPOC | Subsidiado | 32811 | 99% | 1200 | 99% | 83 | 100% | 67 | 100% | 34161 | 99% |
| | Contributivo | 485 | 1% | 15 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 500 | 1% |
| | **TOTAL** | **33296** | 100% | **1215** | 100% | **83** | 100% | **67** | 100% | **34661** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Nacional Diciembre 2024

Se evidencia en tabla que para el evento EPOC, las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha muestran una alta concentración de usuarios afiliados al régimen subsidiado, lo cual es coherente con la naturaleza de Capital Salud. En Bogotá, de los 33.296 usuarios registrados, el 99% (32811) pertenecen al régimen subsidiado y solo el 1% (485) al contributivo. En la sucursal Meta, el comportamiento es similar, con un 99% (1200) de los

1.215 usuarios afiliados al régimen subsidiado y apenas un 1% (15) al contributivo. En Soacha, los 83 usuarios registrados se encuentran en su totalidad (100%) dentro del régimen subsidiado de igual manera en portabilidad. Esta distribución reafirma que la mayor carga de enfermedad se encuentra en población con condiciones socioeconómicas vulnerables

**Tabla 188 Distribución por tipo de afiliación por régimen Asma Capital Salud EPSS Nacional**

| | afiliación | Bogota | % | Meta | % | Soacha | % | Portabilidad | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASMA | Subsidiado | 16160 | 94% | 1374 | 94% | 62 | 89% | 32 | 100% | 17628 | 94% |
| | Contributivo | 1103 | 6% | 94 | 6% | 9 | 12% | 0 | 0% | 1206 | 6% |
| | **TOTAL** | **17263** | 100% | **1468** | 100% | **71** | 100% | **32** | 100% | **18834** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma Nacional Diciembre 2024

De acuerdo con la información presentada en la tabla, se evidencia que, para el evento Asma, las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha presentan una alta concentración de usuarios afiliados al régimen subsidiado. En Bogotá, el 94% (16.160 usuarios) están afiliados al régimen subsidiado, mientras que el 6% (1.103 usuarios) pertenecen al régimen contributivo. En la sucursal Meta, el comportamiento es similar: el 94% (1.374 usuarios) se encuentran en el régimen subsidiado y el 6% (94 usuarios) en el contributivo. En Soacha, el 88% (62 usuarios) están afiliados al régimen subsidiado y el 12% (9 usuarios) al contributivo. En cuanto a los usuarios en condición de portabilidad, el 100% se encuentra afiliado al régimen subsidiado. Cabe destacar que, para el evento Asma, se observa un mayor número de usuarios en el régimen contributivo en comparación con el evento EPOC.

**Tabla 189 Distribución por Ocupación EPOC Salud EPSS Nacional**

| | OCUPACION | BOGOTA | % | META | % | SOACHA | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPOC | Personas que no han declarado ocupación | 3303 | 10% | 1 | 0% | 2 | 2% | 3306 | 10% |
| | Ama de Casa | 904 | 3% | 8 | 1% | 2 | 2% | 914 | 3% |
| | Otros trabajadores de Servicios | 265 | 1% | 1192 | 99% | 0 | 0% | 1457 | 4% |
| | Hogar | 127 | 0% | 1 | 0% | 1 | 1% | 129 | 0% |
| | Vendedores, empleados de comercio y de mostrador, tenderos | 54 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 54 | 0% |
| | Jubilado/Pensionado | 12 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 12 | 0% |
| | Sin Dato | 28467 | 86% | 0 | 0% | 78 | 94% | 28545 | 83% |
| | Otro | 2 | 0% | 7 | 1% | 0 | 0% | 9 | 0% |
| | **TOTAL** | **33134** | 100% | **1209** | 100% | **83** | 100% | **34426** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de casos de EPOC según la ocupación declarada en las Sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, con un total general de 34.426 casos. A nivel nacional, el 83% de los registros no cuentan con información sobre ocupación, lo que limita el análisis detallado del perfil laboral de los usuarios. En Bogotá, esta tendencia es aún más marcada, con el 86% de los casos sin dato. En el Meta, se destaca una concentración del 99% de los casos en la categoría "Otros trabajadores de servicios", lo que sugiere una posible exposición ocupacional asociada a este tipo de labores. En Soacha, aunque con menor número de casos, el 94% también carece de información ocupacional, lo que evidencia una necesidad de mejorar el registro y caracterización laboral de esta población. Las amas de casa y personas sin ocupación declarada representan en conjunto el 13% de los casos con dato, grupos que podrían estar expuestos a factores de riesgo como el uso de biomasa en el hogar

**Tabla 190 Distribución por Ocupación Asma Salud EPSS Nacional**

| | OCUPACION | BOGOTA | % | META | % | SOACHA | % | Total General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASMA | Ama de Casa | 148 | 1% | 4 | 0% | 0 | 0% | 152 | 1% |
| | Estudiante | 452 | 3% | 7 | 0% | 0 | 0% | 459 | 2% |
| | Estudios Incompletos | 45 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 45 | 0% |
| | Trabajo Informal | 86 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 86 | 0% |
| | Trabajo Formal | 21 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 21 | 0% |
| | Sin Dato | 16543 | 96% | 1457 | 99% | 71 | 100% | 18000 | 96% |
| | **TOTAL** | **17295** | **100%** | **1468** | **100%** | **71** | **100%** | **18763** | **100%** |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de casos de asma según ocupación declarada en las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, con un total general de 18.763 registros. A nivel nacional, el 96% de los casos no cuenta con información sobre ocupación, al igual que lo observado en el evento EPOC. Esta omisión se mantiene en las tres sucursales analizadas, siendo especialmente evidente en Soacha, donde el 100% de los registros carece de este dato. Entre los pocos casos con información disponible, predominan las amas de casa (1%) y los estudiantes (2%), siendo estos últimos representativos debido a la composición etaria de la cohorte de asma, en la que prevalecen grupos de menor edad. También se reportan, en menor proporción, personas con empleo formal e informal.

**Tabla 191 Distribución por nivel de Sisbén EPOC Salud EPSS Nacional**

| | SUCURSAL | NIVEL 0 | % | NIVEL 1 | % | NIVEL 2 | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPOC | BOGOTA | 3589 | 92.9% | 13018 | 94.7% | 16756 | 98.2% | 33363 | 96.2% |
| | META | 265 | 6.9% | 672 | 4.9% | 278 | 1.6% | 1215 | 3.5% |
| | SOACHA | 11 | 0.3% | 50 | 0.4% | 22 | 0.1% | 94 | 0.3% |
| | **TOTAL** | **3865** | 100.0% | **13740** | 100.0% | **17056** | 100.0% | **34672** | 100.0% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de los casos de EPOC según el nivel del Sisbén en las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, con un total general de 34.672 casos. El Sisbén, como sistema de identificación y clasificación de la población con base en su situación socioeconómica, permite observar que Bogotá concentra la mayor proporción de casos en todos los niveles: 92.9% en el nivel 0, 94.7% en el nivel 1 y 98.2% en el nivel 2. Esto sugiere una alta carga de enfermedad entre personas en condición de mayor vulnerabilidad socioeconómica en la cohorte. El departamento del Meta aporta el 3.5% del total general, con mayor representación en el nivel 1 (4.9%), mientras que Soacha representa solo el 0.3% de los casos, con baja participación en cada nivel.

**Tabla 192 Distribución por nivel de Sisbén Asma Salud EPSS Nacional**

| | SUBRED | NIVEL 0 | % | NIVEL 1 | % | NIVEL 2 | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASMA | BOGOTA | 2822 | 84.9% | 10253 | 91.8% | 4188 | 96.4% | 17263 | 91.7% |
| | META | 476 | 14.3% | 857 | 7.7% | 135 | 3.1% | 1468 | 7.8% |
| | SOACHA | 12 | 0.4% | 44 | 0.4% | 15 | 0.3% | 71 | 0.4% |
| | PORTABILIDAD | 15 | 0.5% | 10 | 0.1% | 7 | 0.2% | 32 | 0.2% |
| | TOTAL | **3325** | 100.0% | **11164** | 100.0% | **4345** | 100.0% | **18834** | 100.0% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de casos de asma según el nivel del Sisbén en las sucursales de Bogotá, Meta, Soacha y en la categoría de portabilidad, con un total general de 18.834 casos. Al igual que en el evento EPOC, Bogotá concentra la mayor proporción de casos en todos los niveles del Sisbén: 84.9% en nivel 0, 91.8% en nivel 1 y 96.4% en nivel 2, lo que refleja una alta carga de enfermedad en población en condición de vulnerabilidad socioeconómica dentro de la cohorte. El departamento del Meta representa el 7.8% del total general, con mayor participación en los niveles 0 (14.3%) y 1 (7.7%), lo que evidencia una distribución más dispersa en comparación con la capital. Por su parte, Soacha reporta apenas el 0.4% de los casos, lo que podría asociarse a una menor detección o acceso al diagnóstico en este territorio

## Accesibilidad a los servicios de salud

La infraestructura para la atención de enfermedades respiratorias crónicas de la EAPB, como la EPOC y el asma, se compone de la red primaria y la red complementaria. La red primaria está conformada por las cuatro subredes territoriales: Sur, Sur Occidente, Centro Oriente y Norte, que cuentan con puntos de atención como CAPS (Centros de Atención Prioritaria en Salud) y hospitales de III y IV nivel de complejidad. Actualmente, las subredes Sur y Sur Occidente no disponen de neumólogos para la atención de adultos, lo que representa una limitación significativa en el acceso oportuno a atención especializada, mientras que las subredes Norte y Centro Oriente sí cuentan con este recurso. Por su parte, la red complementaria está a cargo de la IPS Clinicos que brindan atención a pacientes con EPOC grave y muy grave, así como a personas con asma no controlada. Esta red dispone de dos sedes: la sede Américas, ubicada en la Av. Américas #65-09, y la sede Norte,

ubicada en la Cra. 15 #98-37, donde se ofrecen consultas especializadas, seguimiento clínico y manejo integral ambulatorio, garantizando la continuidad del cuidado y el acceso equitativo a servicios de alta complejidad para los usuarios priorizados por la EAPB. Si bien los tiempos de espera para citas con medicina especializada en neumología no se encuentran actualmente medidos, se ha identificado una alta demanda de este servicio, agravada por la ausencia de neumólogos en dos subredes, lo que disminuye la oferta disponible y contribuye a posibles demoras en la atención oportuna.

**Situación de Salud de la Cohorte**

La cohorte de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) atendida por la EAPB presenta una carga significativa de enfermedad, reflejada tanto en los desenlaces clínicos como en la exposición a factores de riesgo y condiciones comórbidas asociadas.

A la fecha, se han registrado 688 fallecimientos, de los cuales 268 (39%) corresponden a personas menores de 65 años, evidenciando una alta mortalidad prematura y un número importante de Años de Vida Perdidos (AVP). En cuanto a factores de riesgo, 12.082 personas reportan exposición prolongada a humo de leña, 3.936 a material particulado y 9.354 tienen antecedente de consumo de tabaco, todos asociados al inicio temprano y progresión de la enfermedad.

Entre el 70% y 80% de la cohorte presenta comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, aumentando el riesgo de complicaciones clínicas, eventos agudos y hospitalizaciones. Desde el punto de vista funcional, 10.553 pacientes reciben oxigenoterapia domiciliaria, lo que indica un alto nivel de deterioro respiratorio crónico.

La distribución clínica por estadios GOLD muestra 16.800 pacientes en GOLD A, 3.518 en GOLD B y 821 en GOLD E, lo cual permite identificar tanto poblaciones en fases tempranas susceptibles de estabilización como un grupo considerable en estadio avanzado que requiere manejo especializado y multidisciplinario.

Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la detección temprana, el acceso efectivo a neumología, la intervención sobre factores de riesgo y la gestión integral de las comorbilidades para reducir la progresión de la enfermedad, la demanda hospitalaria y la mortalidad evitable.

**Prevalencia e incidencia.**

Durante el año 2024, a nivel nacional de la cohorte de enfermedades respiratorias crónicas, se presenta la prevalencia para cada evento; En cuanto al asma, la prevalencia en la población fue del 1,58%, con 17.295 personas diagnosticadas. La incidencia de asma alcanzó el 0,14%, con una mayor concentración de casos en el primer trimestre, especialmente en marzo (270 casos), seguida de una disminución progresiva que culminó en los niveles más bajos en diciembre, con solo 35 casos. En el caso de la EPOC, se notificaron 2.574 casos nuevos, lo que representó una incidencia de 0,64%, y una prevalencia puntual de 8,4%, con 34.661 personas activas diagnosticadas. A partir de

diciembre de 2024, para los eventos de EPOC, se implementó como requisito en la ruta de atención el ingreso de usuarios únicamente con espirometría previa, lo que resultó en una disminución significativa en el número de nuevos casos registrados a partir de la fecha

**Mortalidad**

La mortalidad está fuertemente asociada a la presencia de comorbilidades cardiovasculares, como hipertensión, insuficiencia cardíaca, y enfermedad coronaria. Las exacerbaciones de EPOC, exacerbadas por estas condiciones, aumentan el riesgo de complicaciones graves, como insuficiencia respiratoria y eventos cardiovasculares agudos, que son factores determinantes en la mortalidad.

**Tabla 193 Enfermedades de Alto Costo EPOC Salud EPSS Nacional**

| | Alto Costo | Bogota | % | Meta | % | Soacha | % | Total, General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPOC | Artritis | 763 | 25% | 28 | 20% | 2 | 33% | 791 | 25% |
| | Enf Huérfanas | 74 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% | 74 | 2% |
| | ERC | 172 | 6% | 9 | 7% | 0 | 0% | 181 | 6% |
| | Cáncer | 1933 | 63% | 100 | 72% | 3 | 50% | 2033 | 63% |
| | VIH | 122 | 4% | 1 | 1% | 1 | 17% | 123 | 4% |
| | **TOTAL** | **3064** | 100% | **138** | 100% | **6** | 100% | **3202** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con EPOC Nacional Diciembre 2024

La tabla presenta la distribución de comorbilidades clasificadas como enfermedades de alto costo en pacientes con diagnóstico de EPOC, en las sucursales de Bogotá, Meta y Soacha, con un total general de 3.202 casos.

A nivel nacional, el cáncer es la comorbilidad más frecuente, representando el 63% (2.033 casos) del total, con una alta proporción tanto en Bogotá: 63% (1.933 casos), como en el Meta: 72% (100 casos) y Soacha: 50% (3 casos). Le sigue la artritis, con 25% (791 casos) del total general, distribuida principalmente en Bogotá: 25% (763 casos) y Meta: 20% (28 casos), y Soacha: 33% (2 casos). La enfermedad renal crónica (ERC) representa el 6% (181 casos), con Bogotá: 6% (172 casos) y Meta: 7% (9 casos). Las enfermedades huérfanas se registran exclusivamente en Bogotá con el 2% (74 casos).

Finalmente, el VIH corresponde al 4% (123 casos), siendo más representativo en Bogotá: 4% (122 casos), con 1 caso en el Meta (1%) y 1 caso en Soacha (17%). Aunque Soacha reporta solo 6 casos, se observan proporciones relativas elevadas debido al bajo número de registros. Estos datos reflejan una importante carga de multimorbilidad en patologías de alto costo en los pacientes con EPOC.

**Tabla 194 Enfermedades de Alto Costo ASMA Salud EPSS Nacional**

| | Alto Costo | Bogota | % | Meta | % | Total General | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASMA | Artritis | 115 | 24% | 12 | 29% | 127 | 25% |
| | Enf.huérfanas | 93 | 20% | 5 | 12% | 98 | 19% |
| | ERC | 3 | 1% | 0 | 0% | 3 | 1% |
| | Cáncer | 224 | 47% | 20 | 49% | 244 | 47% |
| | VIH | 39 | 8% | 4 | 10% | 43 | 8% |
| | **TOTAL** | **474** | 100% | **41** | 100% | **515** | 100% |

**Fuente** Consolidado de base de datos pacientes con Asma Nacional Diciembre 2024

La tabla evidencia la distribución de comorbilidades de alto costo en pacientes diagnosticados con asma, en las sucursales de Bogotá y Meta, con un total general de 515 casos. El cáncer es la comorbilidad más frecuente, representando el 47% (244 casos) del total, con una distribución de 47% (224 casos) en Bogotá y 49% (20 casos) en Meta. La artritis ocupa el segundo lugar, con el 25% (127 casos) del total, destacándose en Meta con un 29% (12 casos), frente al 24% (115 casos) en Bogotá.

Las enfermedades huérfanas representan el 19% (98 casos), siendo más prevalentes en Bogotá con 20% (93 casos), mientras que en Meta representan 12% (5 casos). Las comorbilidades de enfermedad renal crónica (ERC) y VIH son menos frecuentes, con 1% (3 casos) y 8% (43 casos) respectivamente, destacando el VIH en Meta con 10% (4 casos). Estos datos reflejan que, en general, el cáncer y la artritis son las comorbilidades predominantes en los pacientes con asma, siendo particularmente notoria la carga de cáncer en ambas sucursales.

**Factores de riesgo prevalentes**

La cohorte con EPOC atendida por la EAPB está compuesta mayoritariamente por población vulnerable, influenciada por determinantes sociales y ambientales que afectan negativamente el curso de la enfermedad.

Entre los factores de riesgo prevalentes se incluyen la exposición al humo de leña, asociada a condiciones socioeconómicas precarias, el consumo persistente de tabaco en personas con acceso limitado a estrategias de prevención y cesación, y la contaminación ambiental urbana en zonas como Kennedy, Fontibón, Puente Aranda, Bosa y Suba, donde los niveles de material particulado son altos. También se destacan las condiciones críticas en zonas de ladera y urbanización informal como Ciudad Bolívar y San Cristóbal, donde se combinan la exposición a contaminantes, el uso de combustibles sólidos y la baja ventilación.

La prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad. Este análisis se enmarca en lo establecido por el Decreto 3280 de 2018, que regula las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), garantizando una atención continua e integral, centrada en la persona, con enfoque diferencial y territorial, dentro de los principios de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

**Acciones de Gestión del Riesgo y Estrategias de Intervención**

Se tiene identificada la cohorte de usuarios con EPOC según la clasificación GOLD, realizando seguimiento a la formulación de medicamentos, especialmente en pacientes exacerbadores, quienes requieren esquemas como la triple terapia y medicamentos específicos como el roflumilast. En el caso de los usuarios con asma, se hace seguimiento a quienes utilizan biológicos. El ingreso a la cohorte de EPOC se establece únicamente mediante espirometría con reporte obstructivo o mixto. Actualmente, la cohorte no cuenta con un gestor asignado, lo cual dificulta la ejecución de acciones como la demanda inducida y el seguimiento telefónico. Sin embargo, se viene fortaleciendo la capacidad de las subredes a través de procesos de capacitación relacionados con la ruta de atención. También se realiza seguimiento a la vacunación contra influenza y COVID-19, así como a los reportes de eventos de interés en salud pública como la tuberculosis, articulando de manera integral las Acciones de Gestión del Riesgo y las Estrategias de Intervención en salud para EPOC y Asma.

**Plan de intervención por problemática**

Durante el año se implementaron diversas estrategias orientadas al fortalecimiento de la gestión de la cohorte de enfermedades respiratorias crónicas, con un enfoque diferenciado según el diagnóstico y el nivel de priorización. Entre las principales acciones se destaca la depuración y actualización de las bases de datos para los eventos de asma y EPOC, lo que permitió mejorar la trazabilidad de los casos y optimizar el seguimiento clínico.

En el marco del fortalecimiento técnico, se brindó acompañamiento y capacitación a las subredes de atención primaria en la ruta de atención para pacientes con EPOC, reforzando aspectos clave como la identificación temprana, el manejo clínico y la adherencia a la Guía de Práctica Clínica. Se estableció como criterio obligatorio para el ingreso a la cohorte de EPOC la presencia de una espirometría con resultado obstructivo o mixto, como confirmación diagnóstica. Asimismo, se realizó seguimiento a los usuarios con tamizaje positivo, orientando y priorizando la realización oportuna de la espirometría para confirmar el diagnóstico e iniciar el manejo adecuado.

Se llevaron a cabo auditorías a historias clínicas, logrando avances significativos con algunas subredes en el diligenciamiento completo del registro clínico y en la implementación de recomendaciones basadas en guías clínicas. Además, se desarrollaron procesos de educación continúa dirigidos tanto al personal asistencial como a los usuarios, abordando temas como inhaloterapia, oxigenoterapia domiciliaria, y actualización en la Guía GOLD. Estas actividades educativas se realizaron a través de talleres presenciales, sesiones virtuales tipo Facebook Live, piezas comunicativas y envío de mensajes de texto con contenido clave para el autocuidado y el uso correcto del tratamiento.

Estas estrategias diferenciadas por diagnóstico (asma y EPOC) y nivel de riesgo permitieron avanzar en la calidad de la atención, fortalecer las capacidades del talento humano en salud y empoderar a los usuarios para mejorar la adherencia al tratamiento y el control de su enfermedad.

**Estrategias de promoción y prevención**

Durante el año se desarrollaron estrategias enfocadas en el control integral de enfermedades respiratorias crónicas, fortaleciendo los planes de vacunación y aprovechando fechas clave como el Día Mundial del Asma (7 de mayo), el Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo) y el Día Mundial de la EPOC (tercer miércoles de noviembre) para promover intervenciones educativas. Se resalta la inhaloterapia como una herramienta fundamental en el tratamiento de asma y EPOC, ya que garantiza una adecuada administración de medicamentos, mejora el control de síntomas y reduce el riesgo de exacerbaciones. Por ello, se priorizó la capacitación continua al personal asistencial y la educación a los usuarios sobre la técnica inhalatoria, tipos de dispositivos y adherencia al tratamiento. Estas acciones se complementaron con el seguimiento a esquemas de vacunación contra influenza y COVID-19, fundamentales para prevenir complicaciones en esta población vulnerable

**Conclusiones y Recomendaciones**

La caracterización evidencia una alta carga de enfermedades respiratorias crónicas, especialmente en población vulnerable, con una prevalencia significativa en grupos como la infancia y la vejez. El asma afecta principalmente a niños y adolescentes, con una concentración notable en Bogotá, mientras que la EPOC afecta en mayor medida a los adultos mayores, con una predominancia en Bogotá y el Meta. En ambos casos, el género femenino es el más afectado, lo que podría estar relacionado con factores de riesgo específicos como la exposición a la biomasa y la contaminación ambiental. Además, se observa una alta concentración de pacientes afiliados al régimen subsidiado, lo que refleja una mayor carga de enfermedad en poblaciones socioeconómicamente vulnerables. Las comorbilidades, como el cáncer y la artritis, son frecuentes en pacientes con estas enfermedades respiratorias, lo que aumenta la carga de morbilidad y empeora la calidad de vida. Los factores de riesgo predominantes incluyen la exposición al humo de leña, el consumo de tabaco y la contaminación ambiental, especialmente en zonas vulnerables de la ciudad. Asimismo, se evidencia que la mayoría de los usuarios diagnosticados con asma y EPOC en las tres sucursales (Bogotá, Meta y Soacha) residen en zonas urbanas, lo que refuerza la necesidad de intervenciones específicas en entornos urbanos donde se concentran múltiples determinantes sociales y ambientales que impactan la salud respiratoria

**Principales hallazgos**

La caracterización poblacional 2024 de la cohorte de enfermedades respiratorias crónicas de Capital Salud EPSS muestra una alta carga de EPOC y asma, especialmente en mujeres mayores expuestas a biomasa y en niños y adolescentes que residen en zonas urbanas vulnerables como Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal y Usme. Se evidencian brechas en el acceso a atención especializada, con ausencia de neumólogos en algunas subredes y barreras en zonas rurales como Sumapaz y municipios del Meta. Es crucial mejorar el registro de ocupación laboral, fortalecer el talento humano en salud con enfoque territorial, ampliar la oferta de neumología y rehabilitación respiratoria, y abordar factores ambientales

y sociales como el uso de leña y la contaminación del aire mediante acciones intersectoriales.

**Acciones prioritarias**

Con base en los hallazgos del análisis, se proponen líneas de intervención orientadas a fortalecer las estrategias de prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas mediante intervenciones integrales enfocadas en la reducción de factores de riesgo como la exposición al humo de leña, el tabaquismo y la contaminación ambiental, especialmente en zonas urbanas vulnerables. Se evidenció una gran carga de enfermedad en las subredes Sur y Suroccidente, lo cual es preocupante dado que actualmente no cuentan con la especialidad de neumología; por tanto, es fundamental que estas subredes fortalezcan su capacidad resolutiva incorporando esta especialidad. Es clave implementar campañas educativas dirigidas a población infantil, adulta mayor y mujeres, que son los grupos más afectados. También se debe fortalecer al talento humano en salud en temas clave como la adherencia a la Guía de Práctica Clínica, el seguimiento a comorbilidades, la entrega oportuna de medicamentos y la educación a los usuarios en el manejo de exacerbaciones, el uso adecuado de la inhaloterapia y el manejo del oxígeno. Asimismo, se recomienda capacitar a los profesionales de la salud en el correcto diligenciamiento y ordenamiento del oxígeno según la Guía de Práctica Clínica, y en el seguimiento a la adherencia terapéutica de los pacientes, con un enfoque centrado en la calidad y la continuidad del cuidado.

### 9.10 Cohorte Tuberculosis

La caracterización de tuberculosis (TB) correspondiente al año 2024 tiene como propósito generar insumos clave para la toma de decisiones en salud pública, orientadas a la planificación de intervenciones efectivas de control y prevención de la enfermedad. A partir del análisis de los hallazgos obtenidos, se busca evaluar la efectividad de las acciones implementadas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), en articulación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de atención primaria, con el fin de fortalecer la respuesta institucional frente a la TB y mejorar los resultados en salud de la población afiliada.

**Descripción epidemiológica**:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por una bacteria denominada Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch la cual todavía existe y es prevalente en la población mundial.

Se transmite de persona a persona a través de pequeñas góticas o aerosoles que pueden quedar suspendidos en el aire hasta por más de 3 horas en ambientes cerrados no ventilados, cuando una persona enferma con tuberculosis pulmonar tose, estornuda o habla.

La TB puede afectar a cualquiera independientemente su edad, sexo, raza, o estatus social o económico, pero es una enfermedad que se puede prevenir y curar.

En Colombia, durante el año 2024 se notificaron 20 832 casos de acuerdo con la base preliminar, con una tendencia al incremento comparado con 14 902 casos del 2019 y un incremento de 4,5 % de los casos con respecto a 2023 (19 932). En relación con la tasa de incidencia, el 2024 con 36,78 por 100 000 habitantes presentó un incremento comparado con la tasa de 28,24 por 100 000 habitantes en 2019 y un aumento de 3,3 % comparado con la tasa de 2023 (35,61 por 100 000 habitantes).

En 2020, se presentó la mayor disminución para el período de 2018 a 2023 asociada a la pandemia COVID 19 en este periodo. Teniendo en cuenta lo anterior y los desafíos que enfrenta la población de Capital Salud EPS, desde la cohorte de transmisibles de VSP (Vigilancia en Salud Pública), se fortalece el seguimiento efectivo y continuo de los Eventos transmisibles, entre ellos la tuberculosis, siendo fundamental el trabajo articulado con las subredes integradas de servicios de salud e IPS de programa especial de VIH para mejorar la calidad de vida de la población con riesgo o diagnóstico de tuberculosis afiliada para cumplir así con las metas fijadas en los indicadores de salud.

A nivel nacional la TB es una prioridad para salud pública, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT), que articula acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos y sus contactos en los diferentes entornos, en el marco del PDSP, el Plan estratégico programático y los lineamientos nacionales.

**Definición y estado del arte**

Así es, la tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa seria, causada principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que afecta con mayor frecuencia a los pulmones, aunque también puede comprometer otros órganos. El modo principal de transmisión es a través de gotícas respiratorias que se liberan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. A pesar de que la TB es tratable y curable con antibióticos adecuados, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

Aproximadamente una cuarta parte de la población mundial está infectada con el bacilo de la tuberculosis, pero no todas las personas infectadas desarrollarán la enfermedad activa. Esto se debe a que el sistema inmunológico de muchas personas puede controlar la infección y mantenerla latente, lo que significa que no presentan síntomas, aunque la bacteria persista en su organismo. Sin embargo, las personas con sistemas inmunológicos debilitados, como los que viven con VIH, los adultos mayores o los que tienen condiciones crónicas, tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad activa.

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo, afectando de manera desproporcionada a los adultos en su etapa productiva. Aunque todos los grupos de edad son vulnerables, los adultos jóvenes y de mediana edad son los más impactados debido a factores como el trabajo, la movilidad y la exposición en zonas de alta transmisión.

Los países con ingresos bajos y medianos son los más afectados, representando más del 80% de los casos y muertes a nivel global. Esto se debe en gran parte a factores como la falta de acceso a servicios de salud adecuados, condiciones de vida insalubres, malnutrición y la prevalencia de comorbilidades como el VIH/SIDA. En 2023, las estadísticas mostraron que la Región de Asia Sudoriental de la OMS lideró en términos de nuevos casos de tuberculosis, con un 45% del total mundial, seguida de la Región de África con un 24% y la del Pacífico Occidental con un 17%. Esto refleja la alta carga de la enfermedad en estas regiones, donde los sistemas de salud a menudo enfrentan grandes desafíos.

Los 30 países con alta carga de tuberculosis concentraron alrededor del 87% de los nuevos casos, y los países más afectados incluyen a Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo, lo que subraya la necesidad urgente de estrategias de prevención y tratamiento en estas áreas para reducir la propagación y los efectos de la enfermedad. En resumen, la tuberculosis sigue siendo un desafío importante para la salud global, especialmente en regiones con menos recursos, y requiere esfuerzos concertados para mejorar la detección, el tratamiento y las condiciones de vida de las personas afectadas.

La Estrategia Fin a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca erradicar los gastos catastróficos asociados al tratamiento de la tuberculosis, es decir, aquellos gastos que superan el 20% del ingreso de los hogares. Sin embargo, a pesar de este objetivo, cerca del 50% de las personas con tuberculosis y sus familias siguen enfrentando estos costos elevados. Este es un desafío importante, ya que el tratamiento de la tuberculosis puede ser largo y costoso, lo que agrava la carga económica de las personas afectadas, especialmente en contextos de pobreza.

El aumento en el riesgo de tuberculosis entre personas inmunodeprimidas, como aquellas con VIH, desnutrición, diabetes o que consumen tabaco, refleja una interrelación crítica entre enfermedades y factores sociales. Las cifras de 2023 indican que una parte significativa de los casos de tuberculosis puede atribuirse a estos factores, lo que subraya la importancia de abordar tanto las condiciones subyacentes como la prevención y el tratamiento de la tuberculosis de manera integral. Las estimaciones son claras en cuanto a la contribución de la desnutrición (0,96 millones de casos), el consumo de alcohol (750,000 casos), el tabaquismo (700,000 casos), el VIH (610,000 casos) y la diabetes (380,000 casos) como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. Para cumplir con los objetivos de la OMS, es crucial mejorar el acceso a los servicios de salud, garantizar que el tratamiento sea asequible y trabajar en la prevención de enfermedades comórbidas como el VIH, la diabetes, la desnutrición y el tabaquismo. La implementación efectiva de la Estrategia Fin a la Tuberculosis puede aliviar la carga económica y mejorar la salud pública a nivel mundial.

En Colombia la tuberculosis (TB) se considera una prioridad en salud pública debido a su impacto en la población. El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT), se ha encargado de

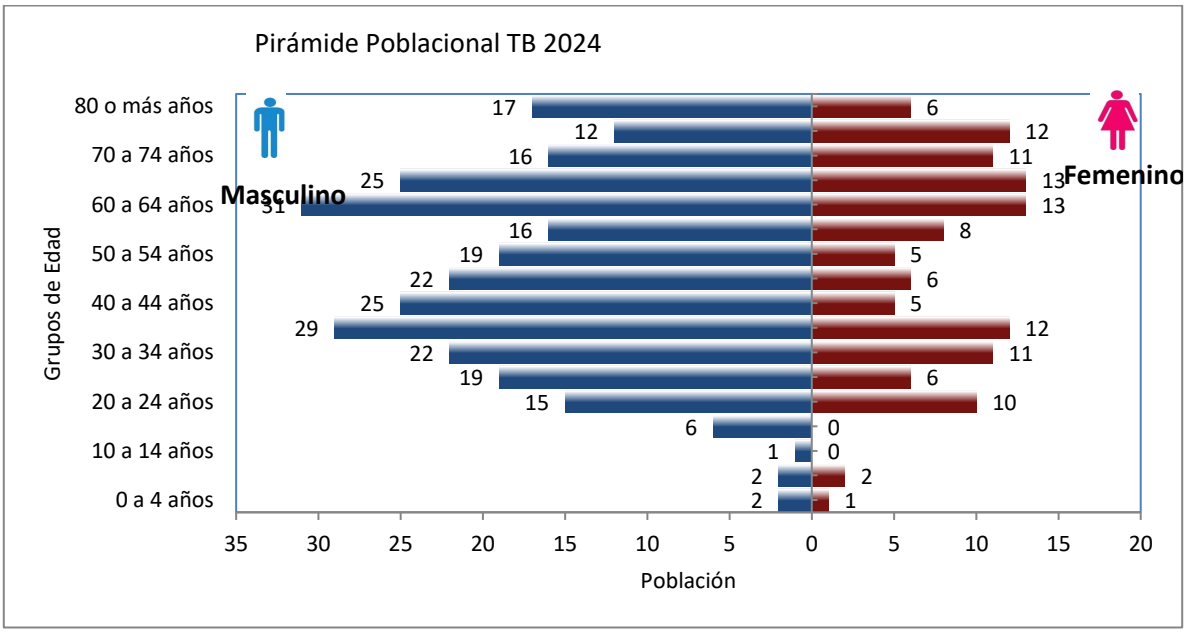
coordinar una serie de acciones en diferentes niveles y sectores para enfrentar la enfermedad. Este programa incluye medidas para el diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y seguimiento de los casos, con un enfoque integral que involucra tanto a las instituciones de salud como a la comunidad. Se busca reducir la carga de la TB en el país, alineándose con el Plan de Desarrollo Social y Programático (PDSP) y los lineamientos nacionales establecidos, con el fin de mejorar los resultados en el control de la tuberculosis.

Las acciones del PNPCT son fundamentales para fortalecer el sistema de salud en el país y reducir la transmisión de la enfermedad, promoviendo un enfoque más preventivo y accesible para los pacientes y sus contactos.

**Distribución geográfica de la cohorte**

De acuerdo con el análisis de las bases de datos de la cohorte de Transmisibles y cruce de datos con la base de SIVIGILA es posible observar que durante el año 2024 se notificaron 407 casos con diagnóstico de TB pertenecientes a la EAPB Capital Salud de la Sucursal Bogotá, de los cuales el 2.45 (n=10) fueron descartados con ajuste 6 quedando un total de 397 casos confirmados de TB, al realizar la comprobación en fuentes de consulta internas se puede evidenciar que de los 397 casos, el % n=276 usuarios se encontraban activos y el % n=92 se encontraban retirados con corte al 31 de diciembre 2024 De los 92 usuarios retirados se evidencia que, el 76% n=71 se encuentran fallecidos, el 8% n=6 retirados por el Ente, 1% n=1 retiro por auditoria ADRES y el 15% n=14 presentó cambio de EPS. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presenta la caracterización del total de los casos de TB según su distribución por sexo y grupos etarios, con el fin de identificar características específicas de esta población a nivel distrital:

**Gráfica 60 Pirámide poblacional TB 2024 Sucursal Bogotá y Soacha**




Fuente: SIVIGILA 2024, base programa Transmisibles EAPB Capital Salud 2024

El gráfico revela patrones significativos en la distribución de la tuberculosis, destacando ciertos grupos poblacionales como especialmente vulnerables. Uno de los hallazgos más relevantes es la alta incidencia en el grupo etario de 60 a 64 años, lo que podría estar relacionado con factores como el debilitamiento del sistema inmunológico, enfermedades crónicas asociadas a la edad, y barreras en el acceso oportuno a servicios de salud.

Además, se observa un claro predominio de casos en hombres, quienes representan el 69.4% del total. Esta disparidad de género sugiere la influencia de determinantes sociales y estructurales, tales como comorbilidades más frecuentes en hombres (como el consumo de tabaco o alcohol) y condiciones laborales de mayor riesgo (por ejemplo, trabajos en espacios cerrados o con exposición a polvos). También podrían incidir factores culturales que afectan los hábitos de salud y prevención en la población masculina.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias de intervención focalizadas, tanto desde el ámbito preventivo como asistencial, dirigidas especialmente a los hombres y a adultos mayores, para reducir la carga de la enfermedad y mejorar los resultados en salud.

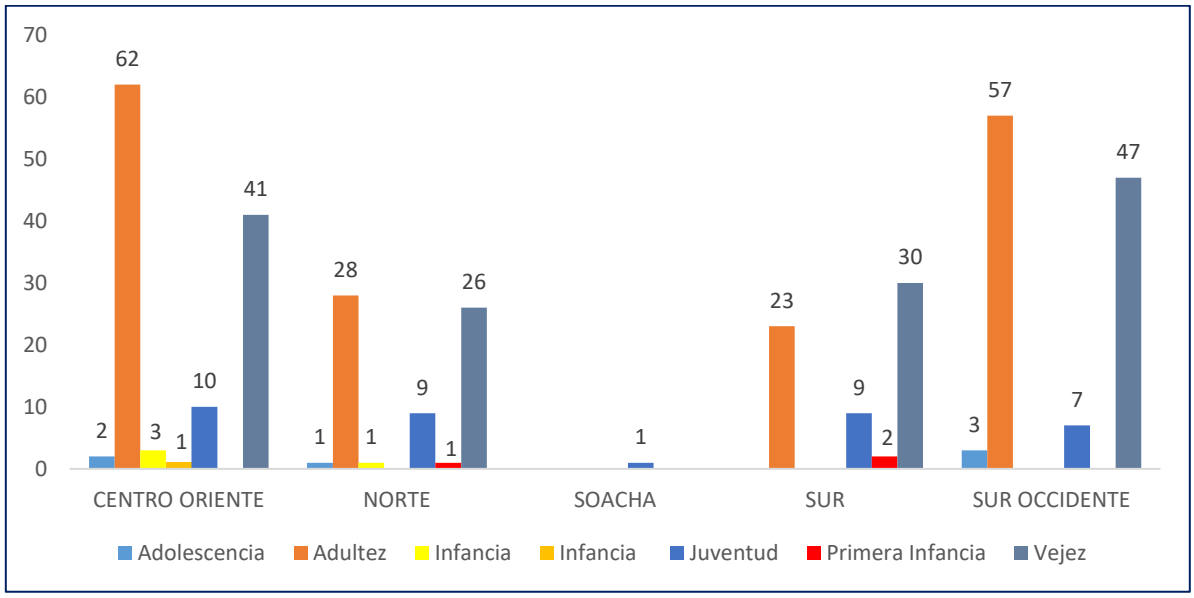
En el grupo de edad de 35 a 39 años, el aumento en la notificación de casos podría estar vinculado a factores laborales, ya que se trata de una etapa de alta actividad en la vida profesional. El predominio masculino en este rango etario refuerza la hipótesis de que las condiciones laborales y sociales afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres, posiblemente debido a una mayor exposición a factores de riesgo.

Este análisis destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de la tuberculosis, teniendo en cuenta las características etarias y de género, así como los factores laborales y socioeconómicos que podrían estar influyendo en la propagación de la enfermedad. La población menos afectada por la tuberculosis (TB) en la sucursal Bogotá se encuentra en el grupo de 0 a 19 años, debido a varios factores que pueden influir en esta tendencia:

- Cobertura de vacunación BCG: La vacuna (BCG), que se administra al nacer en muchos países, incluida Colombia, protege especialmente contra las formas graves de TB en la infancia.
- Menor exposición a factores de riesgo: Los niños y adolescentes, especialmente los más pequeños, suelen tener menos exposición a ambientes laborales, carcelarios o de hacinamiento donde hay mayor riesgo de contagio.
- Detección temprana y programas de salud escolar: La vigilancia en instituciones educativas y los controles pediátricos permiten identificar y tratar casos sospechosos de forma más rápida, evitando su progresión o propagación.
- Menor prevalencia de comorbilidades: A diferencia de los adultos, los menores de 19 años generalmente tienen menos enfermedades crónicas como VIH o diabetes, que aumentan la susceptibilidad a la TB.

- Mayor control sanitario familiar: En muchos casos, los menores dependen del entorno familiar, donde hay más control sobre su estado de salud, y son llevados al médico más frecuentemente que los adultos.

**Gráfica 61 Distribución de Tuberculosis por IPS primaria – Sucursal Bogotá y Soacha- 2024**

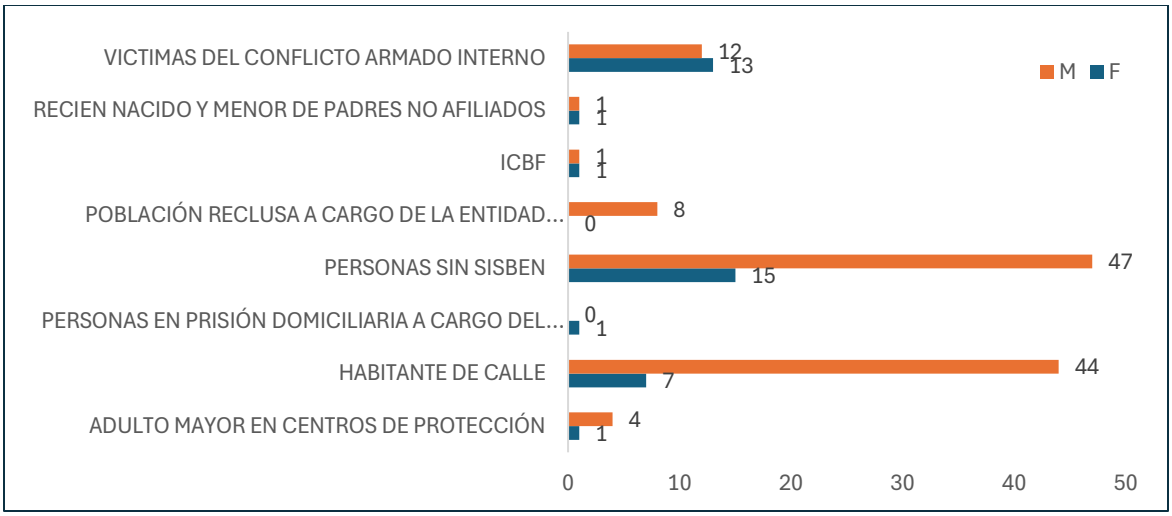



Fuente: SIVIGILA 2024, base programa Transmisibles EAPB Capital Salud 2024

La distribución de los casos de tuberculosis (TB) en Bogotá y en la sucursal Soacha muestra que la Subred Sur Occidente concentra la mayor carga de la enfermedad. Esta situación podría estar relacionada con las condiciones socioeconómicas de las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) de las localidades de Bosa y Kennedy, caracterizadas por elevados índices de pobreza, hacinamiento y otros determinantes sociales que favorecen la transmisión de la TB y dificultan su control. Por su parte, la Subred Centro Oriente ocupa el segundo lugar en número de casos, con una mayor concentración en las localidades de Santa Fe y Los Mártires.

La Subred Norte ocupa el tercer lugar en número de casos de tuberculosis (TB), con una concentración significativa en las localidades de Usaquén y Suba. Por su parte, la Subred Sur se posiciona en el cuarto lugar, siendo la localidad de Ciudad Bolívar la más afectada, debido principalmente a sus condiciones socioeconómicas, como el alto nivel de población, el hacinamiento y la prevalencia del trabajo informal.

**Gráfica 62 Distribución de la población por clasificación poblacional**




Fuente: SIVIGILA 2024, base programa Transmisibles EAPB Capital Salud 2024

De acuerdo con el gráfico, el porcentaje de notificación de tuberculosis (TB) es mayor en la población habitante de calle y en aquellos sin acceso al Sisbén. Esto genera diversas dificultades en el seguimiento del tratamiento, especialmente cuando se considera el esquema normado y la baja adherencia que caracteriza a estos grupos.

Entre los factores comunes en muchos de los casos se encuentran el abandono del tratamiento, la farmacorresistencia, la coinfección por VIH y la farmacodependencia, por esta razón, es necesario fortalecer el trabajo articulado con las subredes integrales de salud, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las Secretarías Distritales de Integración Social (SDIS) y otros entes territoriales. La colaboración entre estos actores debe enfocarse en generar estrategias que optimicen la atención y garanticen un tratamiento oportuno y efectivo, con el fin de reducir las tasas de morbimortalidad en esta población vulnerable.

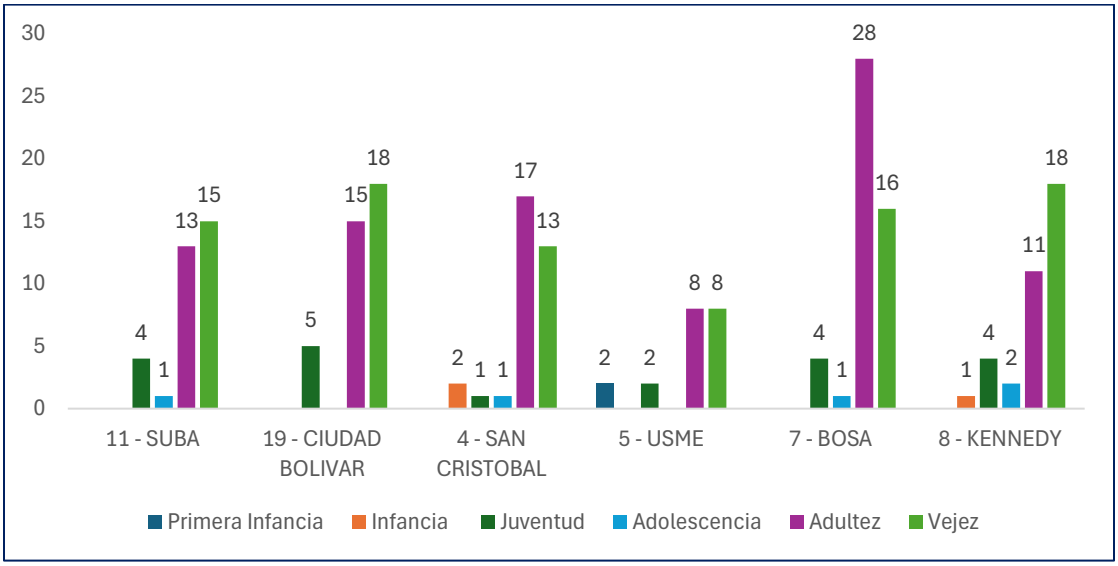
**Factores socioeconómicos y calidad de vida**

La propagación de la tuberculosis (TB) y su relación con la mortalidad por comorbilidades en localidades de Bogotá está influenciada por diversos factores socioeconómicos y ambientales. Entre estos, destacan la pobreza y las condiciones de vida precarias, evidenciadas en viviendas de barrios periféricos como Ciudad Bolívar, Bosa, Usme y San Cristóbal. Estas zonas suelen presentar altos niveles de hacinamiento, humedad, construcciones con materiales inadecuados y falta de ventilación, condiciones que favorecen la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis*. Asimismo, la inseguridad alimentaria y la desnutrición, comunes en contextos de alta pobreza, dificultan el acceso a una alimentación adecuada, debilitando el sistema inmunológico y aumentando la vulnerabilidad a desarrollar TB activa. A esto se suma el desempleo y la alta informalidad laboral, que generan una mayor movilidad y exposición constante a entornos de riesgo como el transporte público saturado y espacios cerrados con aglomeraciones.

Otro factor determinante es la migración y el desplazamiento interno hacia Bogotá y su área metropolitana, especialmente hacia Soacha, donde muchas personas viven en condiciones de alta vulnerabilidad, lo cual incrementa la exposición a la enfermedad.

La presencia de comorbilidades no controladas, como el VIH, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la desnutrición, también eleva significativamente el riesgo de desarrollar TB activa y aumentar la mortalidad asociada. Estas condiciones de salud son más frecuentes en zonas con limitado acceso a servicios de salud y con barreras sociales para la atención médica oportuna.

**Gráfica 63 Localidades vulnerables de Bogotá que favorecen la incidencia y mortalidad de TB**




Fuente: SIVIGILA 2024, base programa Transmisibles EAPB Capital Salud 2024

De acuerdo con diversos reportes de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, localidades como Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Bosa, Kennedy, Suba y Usme presentan altos índices de pobreza, informalidad y hacinamiento. Esta situación coincide con una mayor incidencia y mortalidad por tuberculosis, lo que resalta la necesidad de intervenciones integrales en salud pública que aborden tanto los determinantes sociales como el acceso efectivo al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

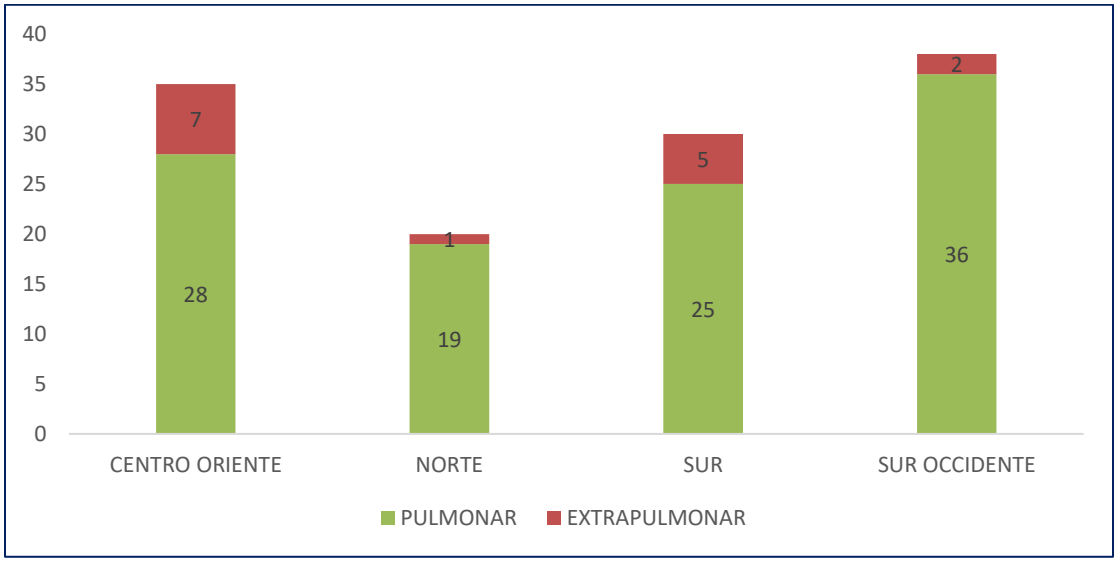
**Situación de Salud de la Cohorte**

Para el análisis de la incidencia de la Tuberculosis se realiza una comparación con el periodo inmediatamente anterior, con el fin de garantizar una interpretación objetiva y coherente del comportamiento del evento. A nivel general, en la sucursal Bogotá se evidencia un incremento en la incidencia de Tuberculosis entre los años 2023 y 2024. En este sentido, se registró un aumento de 6,15 puntos porcentuales, lo que indica una mayor captación de casos por parte del programa durante el último año. En cuanto a la sucursal Soacha, no es posible realizar una comparación objetiva entre los años 2023 y 2024, dado

que Capital Salud EPS-S inició operaciones en este territorio en el segundo semestre de 2023. No obstante, durante el año 2024 se identificó que el 1,4% (n=4) de la población activa fue georreferenciada a Soacha para supervisión de tratamiento, casos que actualmente se encuentran en seguimiento por parte del programa de Tuberculosis.

A continuación, se presenta un análisis general de la información basada en las características típicas de la cohorte de tuberculosis (TB), tomando en cuenta el tipo de TB, la coinfección con VIH, la mortalidad y las resistencias

**Gráfica 64 Distribución por tipo de TB – Sucursal Bogotá 2024**



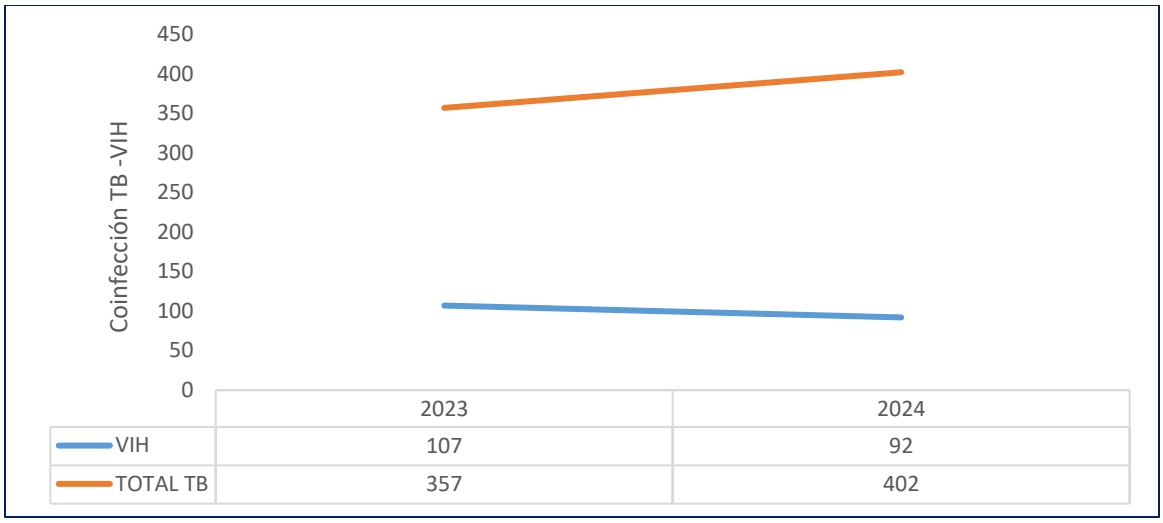

Fuente: SIVIGILA y Base de datos Sucursal Bogotá - evento 813 – Capital Salud EPSS

De acuerdo con la información proporcionada, se observa que la mayor parte de los casos notificados de tuberculosis (TB) durante el año 2024 correspondieron a TB pulmonar (81.8%, con un total de 329 casos), mientras que un porcentaje menor (18.1%, con 73 casos) correspondió a TB extrapulmonar.

Además, el hecho de que se evidencie mayor detección mediante medios bacteriológicos sugiere que las estrategias de diagnóstico, como las baciloscopias, pruebas moleculares y cultivos microbiológicos, han incrementado, permitiendo una identificación más precisa y temprana de los casos pulmonares. Esto podría reflejar avances en la infraestructura de salud, la capacitación del personal médico y el uso de tecnologías más efectivas para la detección de la TB.

Es importante continuar con esfuerzos para mejorar la detección de casos extrapulmonares, que, aunque en menor número, siguen siendo una parte significativa de la carga de la enfermedad y pueden presentar desafíos diagnósticos debido a la variedad de manifestaciones clínicas que pueden tener en diferentes partes del cuerpo.

**Gráfica 65 Distribución de la población coinfección VIH – Sucursal Bogotá**



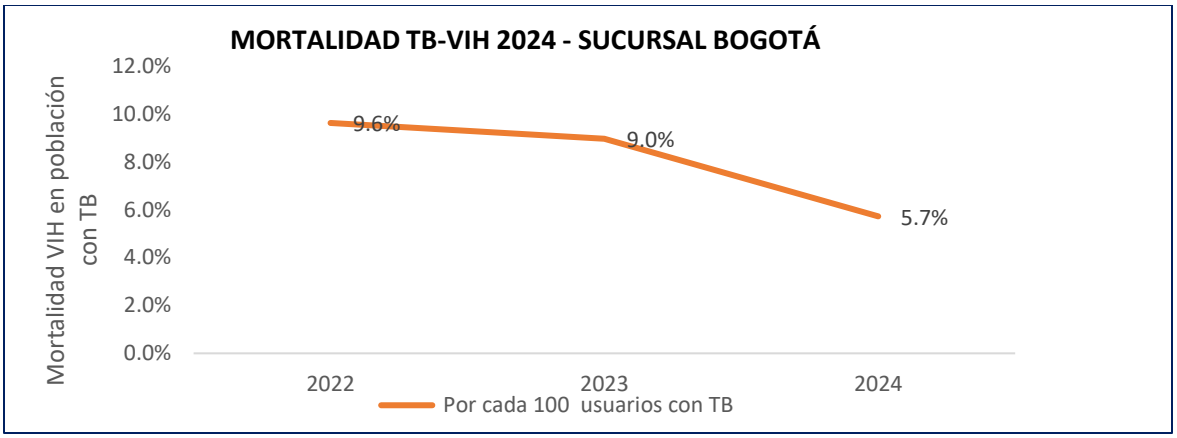

Fuente: SIVIGILA y Base de datos Sucursal Bogotá - evento 813 – Capital Salud EPSS

De acuerdo con la gráfica, se puede evidenciar que en comparación al año 2023, durante el año 2024 se presentó una reducción en la notificación de casos de TB coinfección VIH, dicha reducción puede ser atribuida a varios factores:

- **Estrategias de prevención**: Las intervenciones enfocadas en la prevención de la tuberculosis en personas con VIH, como la profilaxis con medicamentos antituberculosos (TPT), son cruciales para reducir la incidencia de la coinfección.
- **Adherencia al tratamiento**: El seguimiento continuo de los pacientes con VIH para asegurar su adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es fundamental, ya que un buen control viral puede reducir el riesgo de desarrollar tuberculosis.
- **Actividades colaborativas TB-VIH**: El fortalecimiento de las actividades colaborativas a nivel nacional, como la integración de servicios de salud para el tratamiento y diagnóstico de ambas enfermedades, contribuye significativamente a la disminución de los casos de coinfección.
- **Otras posibles variables**: Además de estas estrategias, pueden influir otros factores como el aumento de la cobertura de diagnóstico temprano, la mejora en la calidad del sistema de salud, y un mayor acceso a servicios médicos en comunidades vulnerables.

En resumen, esta reducción podría ser el resultado combinado de estos esfuerzos y de una respuesta más eficaz frente a la coinfección TB-VIH, lo que puede reflejarse en las mejoras en los indicadores de salud pública

**Gráfica 66 Mortalidad TB-VIH – Sucursal Bogotá**




Fuente: SIVIGILA y Base de datos Sucursal Bogotá - evento 813 – Capital Salud EPSS

El análisis de la gráfica refleja una tendencia positiva en la reducción de la mortalidad en la población diagnosticada con VIH y tuberculosis (TB) entre los años 2022 y 2024.

Esta mejora es atribuible a la articulación efectiva entre los programas de VIH y tuberculosis, así como a la implementación de estrategias de aseguramiento que garantizan los controles y el seguimiento adecuados, especialmente en lo que respecta a la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y de tuberculosis.

Sin embargo, aunque se ha logrado una reducción del 4% en la mortalidad de casos TB-VIH, es evidente que aún persisten desafíos importantes en cuanto a la cobertura y adherencia a los tratamientos, especialmente en grupos poblacionales vulnerables.

Los habitantes de calle, las víctimas del conflicto armado, la población indígena y las personas privadas de la libertad (PPL) son sectores que requieren de intervenciones específicas y estrategias más robustas, tanto a nivel sectorial como intersectorial, para garantizar que estas poblaciones tengan acceso a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y a los programas de tratamiento de VIH y tuberculosis.

En resumen, aunque los avances son notables, es fundamental continuar impulsando acciones coordinadas que enfoquen sus esfuerzos en los grupos más vulnerables, con el fin de lograr una mayor adherencia y, por ende, una reducción aún más significativa en la mortalidad por estas enfermedades.

**Tuberculosis sensible y farmacorresistente**

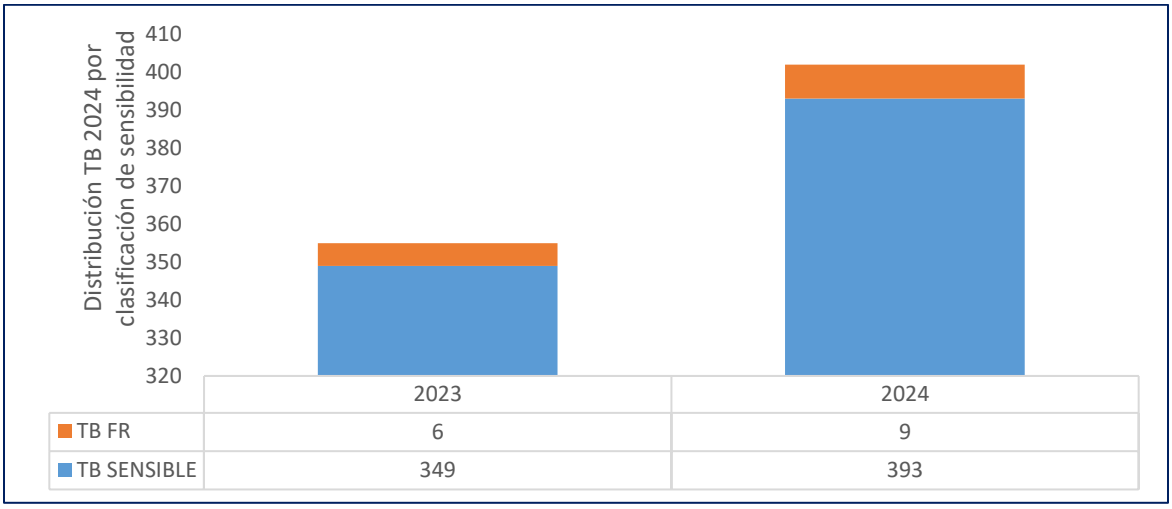
**La tuberculosis sensible**: (también conocida como tuberculosis no resistente o tuberculosis susceptible a medicamentos) en Colombia, como en otros países, se refiere a casos de tuberculosis que pueden ser tratados con los medicamentos estándar recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Colombia. Estos medicamentos son generalmente efectivos para combatir la infección.

La tuberculosis en Colombia ha sido un problema de salud pública, debido a factores como la pobreza, la baja percepción del riesgo en salud, y en gran medida, la coexistencia con otras enfermedades crónicas o como el VIH, que pueden complicar el tratamiento y el control de la tuberculosis.

Colombia ha reportado miles de casos nuevos de tuberculosis cada año, la incidencia de la enfermedad varía según la región y las condiciones socioeconómicas. El tratamiento estándar para la tuberculosis sensible consiste en una combinación de antibióticos, principalmente Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol.

El tratamiento suele durar entre 6 y 12 meses según la clasificación y aunque el tratamiento de la tuberculosis sensible es generalmente eficaz, existen retos significativos relacionados con la adherencia al tratamiento, el diagnóstico temprano y el seguimiento adecuado de los pacientes

**Gráfica 67 Distribución TB por clasificación de sensibilidad – Sucursal Bogotá**

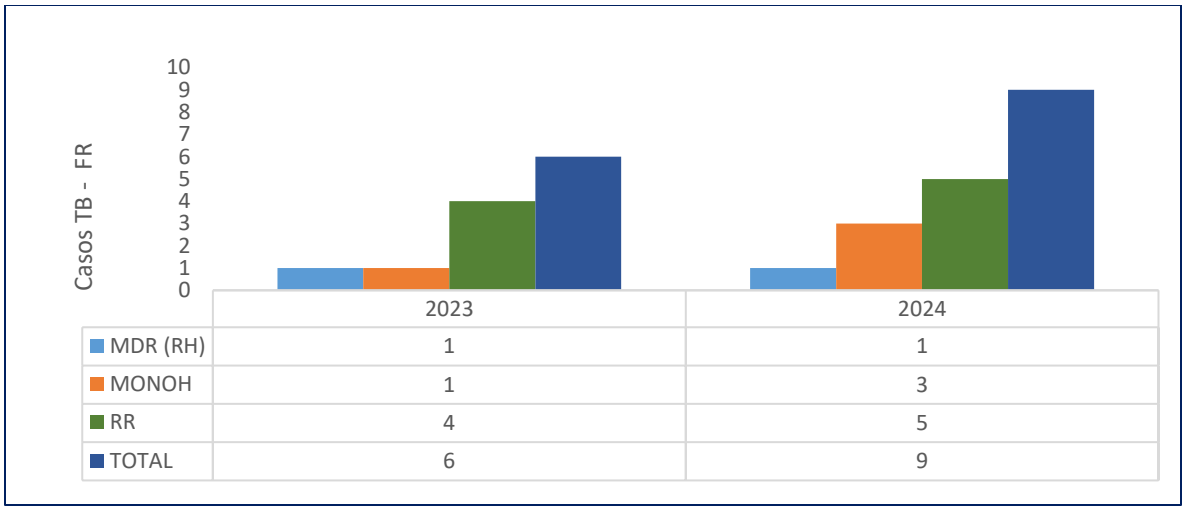



Fuente: SIVIGILA y Base de datos Sucursal Bogotá - evento 813 – Capital Salud EPSS

El aumento en la notificación de casos de tuberculosis (TB) sensible, según los datos de SIVIGILA y la base de TB sensible de Capital Salud EPS-S para el año 2024, sugiere una mejora en los esfuerzos de detección y captura de casos por parte de las instituciones de salud. Este incremento puede interpretarse como un reflejo de la implementación más efectiva de las estrategias de vigilancia epidemiológica y la sensibilización en torno a la enfermedad.

El fortalecimiento en las acciones de detección no solo puede ser atribuido a una mayor capacidad de diagnóstico, sino también a una mayor concientización de la población y los profesionales de la salud sobre los síntomas de la tuberculosis, así como a la mejora en la cobertura de las intervenciones sanitarias. Es importante seguir monitoreando estos resultados para asegurar que este aumento en las notificaciones continúe de manera sostenida y se logren los objetivos de control y prevención de la TB.

**Gráfica 68 Distribución TB por tipo de Resistencia – Sucursal Bogotá**




| | 2023 | 2024 |
|---|---|---|
| MDR (RH) | 1 | 1 |
| MONOH | 1 | 3 |
| RR | 4 | 5 |
| TOTAL | 6 | 9 |

Fuente: SIVIGILA y Base de datos Sucursal Bogotá - evento 813 – Capital Salud EPSS

En relación con la notificación de las tuberculosis (TB) fármacos resistentes, es importante destacar que en el año 2024 se observa un incremento en la notificación de casos, alcanzando un total de 9, en comparación con los 6 casos reportados en 2023. Este aumento podría indicar una mayor vigilancia y capacidad para identificar casos de resistencia a los fármacos, o bien, un aumento real en la incidencia de estos casos.

En cuanto al patrón de resistencias, se mantiene una predominancia de la resistencia a rifampicina, lo que sugiere que este medicamento sigue siendo uno de los más afectados en cuanto a la eficacia en los tratamientos. Además, se puede observar que la notificación de casos de TB multirresistente (MDR) sigue siendo constante, lo cual subraya la importancia de continuar con el monitoreo y tratamiento adecuado para prevenir la propagación de cepas resistentes.

Este incremento en los casos notificados también resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de control, diagnóstico temprano y tratamiento específico para las formas resistentes de tuberculosis, especialmente la MDR, con el fin de evitar complicaciones y garantizar el éxito terapéutico

**Causas de mortalidad**

La mortalidad por tuberculosis en la población es el resultado de una combinación de factores sociales, clínicos y estructurales.

El análisis de los casos de mortalidad en pacientes con diagnóstico de tuberculosis atendidos por Capital Salud en la sucursal Bogotá revela un conjunto de factores determinantes, en los que predominan las siguientes causas:

**In adherencia al tratamiento:** La falta de adherencia al tratamiento antituberculoso es una de las principales causas de desenlace fatal en los pacientes con TB. Esta situación puede

estar motivada por factores como: desconocimiento sobre la importancia de la continuidad del tratamiento, efectos adversos no gestionados adecuadamente o factores psicosociales como consumo de sustancias o trastornos mentales no tratados.

**Movilidad geográfica sin portabilidad del aseguramiento:** Muchos pacientes se movilizan a otras regiones del país sin realizar el proceso de portabilidad de su afiliación, lo que interrumpe su tratamiento y seguimiento clínico. Esta discontinuidad en la atención incrementa el riesgo de complicaciones y muerte.

**Multimorbilidad:** La coexistencia de TB con otras enfermedades crónicas agrava el pronóstico clínico. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), Cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estas condiciones reducen la capacidad inmunológica del paciente y complican la respuesta al tratamiento de TB.

**Condiciones socioeconómicas y de salubridad:** Los determinantes sociales de la salud influyen de manera significativa en el curso de la enfermedad. Se identifican como factores de riesgo: Viviendas inadecuadas o hacinamiento, desnutrición o inseguridad alimentaria, bajo nivel educativo, pobreza extrema y falta de redes de apoyo.

Es esencial fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano, adherencia al tratamiento y atención integral para reducir la mortalidad en este grupo poblacional.

**Enfermedades de alto costo y eventos priorizados asociados**

Dado que la tuberculosis (TB) se considera una enfermedad oportunista, su coexistencia con patologías como el VIH, el cáncer, la EPOC y otras enfermedades crónicas agrava significativamente el estado de salud de los pacientes. A pesar de las acciones implementadas para el diagnóstico oportuno y el control de la TB, persiste la necesidad de fortalecer las estrategias de autocuidado. Este componente es clave para reducir la mortalidad y mejorar los indicadores de curación en personas con comorbilidades asociadas.

**Factores de riesgo prevalentes para la presencia de la tuberculosis (TB)**

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Su aparición y propagación están influenciadas por diversos factores de riesgo de origen individual, social, económico y ambiental. A continuación, se presentan los factores de riesgo más prevalentes para el desarrollo de TB:

**Factores individuales**

- Infección por VIH/SIDA: Es el principal factor de riesgo. El VIH debilita el sistema inmunológico, facilitando la reactivación de la TB latente o el desarrollo de una infección primaria.

- Sistema inmunológico comprometido: Personas en tratamiento inmunosupresor (quimioterapia, corticoides, trasplantes, fármacos anti-TNF) y pacientes con enfermedades autoinmunes como lupus o artritis reumatoide tienen mayor riesgo.
- Diabetes mellitus: La diabetes altera la respuesta inmunitaria, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar TB activa.
- Desnutrición o bajo peso corporal: Una nutrición deficiente debilita el sistema inmune, incrementando la vulnerabilidad a la enfermedad.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas y/o habitabilidad en calle: las sustancias afectan negativamente el sistema inmunológico y se asocian con un mayor riesgo de TB, así mismo, la habitabilidad de calle representa un mayor riesgo de transmisión comunitaria de la enfermedad y de presentar resistencias al tratamiento.
- Edad extrema (niñez o vejez): Ambos grupos presentan una inmunidad más débil, lo que los hace más susceptibles a la infección.

**Factores socioeconómicos y ambientales**

- Hacinamiento: Vivir en espacios reducidos, mal ventilados o con muchas personas favorece la transmisión aérea del bacilo.
- Pobreza y condiciones de vida inadecuadas: La falta de acceso a servicios básicos, nutrición insuficiente y condiciones sanitarias deficientes aumentan tanto el riesgo de contagio como el desarrollo de la enfermedad.

**Factores epidemiológicos**

- Contacto estrecho con personas con TB activa: Especialmente en entornos cerrados como hogares, hospitales, cárceles o albergues.
- Migración desde o hacia regiones con alta prevalencia de TB: Las personas provenientes de áreas con alta carga de tuberculosis tienen mayor riesgo de infección o reactivación.
- Exposición ocupacional: (trabajadores de salud, instituciones cerradas) Quienes trabajan en hospitales, asilos, prisiones u otras instituciones tienen mayor probabilidad de exposición al *Mycobacterium tuberculosis*.

**Plan de intervención**

La Tuberculosis es uno de los eventos de interés en salud pública de mayor impacto clasificándose según el INS en la segunda causa de muerte por enfermedad infecciosa, razón por la cual, Capital Salud EPS-S desde la Ruta de atención busca mejorar la calidad y eficiencia del servicio de salud, asegurando que los pacientes de la cohorte de TB reciban la atención adecuada en el momento oportuno y de manera integral, de esta manera, se llevan a cabo diferentes acciones:

**Captación de sintomático respiratorio**

La captación de sintomáticos respiratorios (SR) es un proceso clave en la estrategia de prevención y control de enfermedades respiratorias, particularmente en la vigilancia de casos de tuberculosis (TB) y otras infecciones respiratorias, como la COVID-19. En Colombia, la captación de SR se lleva a cabo principalmente en el contexto de la atención primaria en salud y dentro de los programas de salud pública.

**Aspectos clave en la captación de sintomáticos respiratorios en Colombia:**

**Definición de sintomático respiratorio (SR):** Un sintomático respiratorio es una persona que presenta síntomas de enfermedades respiratorias, como tos persistente (generalmente de más de 2 semanas), en algunos casos puede estar acompañado de expectoración y presentar otros síntomas como fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso inexplicada, y en algunos casos, dificultad para respirar.

**Vigilancia y detección temprana:**

**Tuberculosis (TB):** La captación de SR es fundamental para la detección temprana de tuberculosis. Los SR son identificados en los puestos de salud, hospitales, y en actividades de sensibilización en las comunidades.

**Procedimiento de captación:**

**Atención en salud:** Los SR son identificados durante la consulta médica o a través de canalización o tamizajes realizados en las comunidades.

**Pruebas diagnósticas:** Una vez que se identifica un SR, se realizan pruebas diagnósticas, como baciloscopias para tuberculosis (ahora menos frecuente por su sensibilidad) o pruebas moleculares y cultivos entre otras.

**Aislamiento y tratamiento:** En el caso de que se confirme un diagnóstico de tuberculosis, se inicia el tratamiento según las guías nacionales, se realizan acciones según protocolo y se brinda la educación necesaria.

**Acción comunitaria:** Se realizan campañas de sensibilización en las comunidades, en las cuales se instruye a la población afiliada a Capital Salud sobre la importancia de identificar y reportar síntomas respiratorios.

Los programas de salud pública también incluyen la capacitación de profesionales de salud para mejorar la identificación y manejo de los SR.

En resumen, la captación de sintomáticos respiratorios para Capital Salud EPS-S es una estrategia de salud pública esencial para la prevención y control de enfermedades respiratorias, y es fundamental en el diagnóstico temprano de enfermedades como la tuberculosis.

**Coinfección VIH**

Respecto a la coinfección TB-VIH como ya se había mencionado, pese a la reducción de casos, es preciso mencionar que aún se debe fortalecer las acciones colaborativas entre estos eventos con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y prevenir la infección de TB en usuarios con diagnóstico de VIH. Es por ello por lo que dentro de las acciones priorizadas para la EPS se encuentran las siguientes acciones:

**Establecer contrato de atención integral de manejo de TB-VIH**: Desarrollar y estandarizar contrato con las IPS de programa especial que incluyan tanto la administración de medicamentos para TB como el tratamiento antirretroviral (ARV) para VIH, es esencial que estos contratos incluyan los diferentes controles médicos, bacteriológicos y otros requeridos en la Resolución 227 de 2020, lo cual viene en proceso de inclusión en las acciones del programa especial según definición de próximos contratos y las acciones ofertadas por las IPS de manejo de VIH.

**Capacitación del personal de salud**: Fortalecer la capacitación de los profesionales de salud, especialmente aquellos involucrados en la atención de pacientes con TB y VIH, para asegurar que estén actualizados en las mejores prácticas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la coinfección. Este fortalecimiento técnico puede partir desde la EPS en articulación con SDS, en visitas de asesoría y asistencia técnica o en requerimientos desde el aseguramiento de procesos de capacitación, inducción y reinducción realizado de manera interna por la red prestadora de servicios de salud.

**Estudio rutinario de TB en pacientes con VIH**: De acuerdo con las actividades de TB contratadas en el programa de VIH, realizar tamizaje activo de TB en todas las personas diagnosticadas con VIH, para detectar de manera temprana posibles infecciones tuberculosas. Esto incluye la realización de pruebas diagnósticas como PPD, pruebas moleculares, cultivos y radiografía de tórax, según el caso.

**Prevención de la TB en pacientes con VIH**: Ofrecer tratamiento preventivo para la TB a los pacientes con VIH que no tengan evidencia de infección activa, siguiendo las guías nacionales para la quimioprofilaxis de la TB. También es importante ofrecerles educación sobre medidas preventivas y la importancia de adherirse al tratamiento.

**Monitoreo y seguimiento continuo**: De acuerdo con las actividades de TB contratadas en el programa de VIH, establecer indicadores de monitoreo y seguimiento para los pacientes coinfectados, asegurando que reciban atención continua durante todo el tratamiento.
Actualmente se realiza el seguimiento al cumplimiento de los indicadores en las IPS primarias, sin embargo, este monitoreo es insuficiente dado que hay fragmentación en la atención de TB y VIH.

**Fortalecer el acceso a servicios de salud**: Mejorar el acceso de los pacientes coinfectados a servicios de salud, asegurando que puedan recibir atención médica de calidad sin barreras geográficas, económicas o sociales. Teniendo en cuenta lo anterior, desde la EAPB se apoya en los procesos de cambio de IPS primaria, autorización de

servicios, orientación en procesos de Portabilidad, gestión de asignación de citas en apoyo con la referencia de Transmisibles de la Subredes Integrales de Servicios, supervisión de tratamiento en usuarios priorizados, entre otras acciones.

**Promover la adherencia al tratamiento**: Desarrollar estrategias para promover la adherencia al tratamiento tanto de la TB como del VIH, incluyendo el apoyo psicológico, seguimiento cercano por parte de personal de salud y la sensibilización sobre la importancia de completar ambos tratamientos.

Estas acciones son esenciales para reducir las tasas de mortalidad asociadas con la coinfección TB-VIH y prevenir la propagación de ambas enfermedades. La colaboración efectiva entre los diferentes programas y la atención integral a los pacientes son clave para lograr estos objetivos.

Las acciones mencionadas en este documento están basadas en las intervenciones definidas en la Resolución 227 de 2020, busca estructurar de manera clara y organizada el proceso de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control de la tuberculosis, garantizando su implementación efectiva en articulación con la red de prestadores de salud. Esta ruta tiene como objetivo optimizar la atención integral de los pacientes con TB y mejorar los resultados en la lucha contra la enfermedad.

Algunas de las actividades generales que se incluyen en el control de la TB según la Resolución 227 de 2020 incluye las siguientes acciones:

**Diagnóstico temprano y adecuado**: Identificación de casos sospechosos: Detectar de manera temprana los casos de TB mediante la identificación de síntomas (tos persistente, fiebre, sudoración nocturna, etc.) y realizar pruebas diagnósticas como radiografía de tórax, pruebas moleculares (PCR), baciloscopias en menor frecuencia y cultivos.

**Tamizaje a población en riesgo:** Especialmente en personas con VIH, contactos cercanos de pacientes con TB y grupos vulnerables, para una detección temprana.

**Confirmación diagnóstica y notificación**: Confirmación de diagnóstico: Realizar pruebas confirmatorias para determinar el tipo de TB (pulmonar, extrapulmonar) y la presencia de resistencia a medicamentos.

**Notificación del caso:** Una vez confirmado el diagnóstico, se debe notificar el evento al SIVIGILA, siguiendo los protocolos establecidos.

**Iniciar tratamiento:** Tratamiento farmacológico: Iniciar el tratamiento según los protocolos nacionales (tratamiento estándar para TB sensible o tratamiento para formas resistentes), con supervisión y seguimiento de la adherencia.

**Asegurar el cumplimiento del tratamiento:** Fortalecer estrategias para asegurar que los pacientes completen el tratamiento, como la supervisión directa de la toma de medicamentos (DOTS) o el seguimiento telefónico, especialmente para los pacientes con mayor riesgo de abandono.

**Monitoreo y seguimiento:** Evaluación clínica continua: Realizar evaluaciones periódicas para asegurar que los pacientes estén respondiendo correctamente al tratamiento, y monitorizar la aparición de efectos secundarios.

**Pruebas de control:** Programar baciloscopias y otras pruebas de seguimiento para evaluar la negativización de bacilos y el éxito del tratamiento.

**Manejo de resistencias**: En caso de detectar resistencia a medicamentos, se debe iniciar el tratamiento adecuado para TB resistente, con un plan de seguimiento intensivo.

**Prevención de la transmisión**

**Educación al paciente**: Informar a los pacientes sobre las medidas preventivas que deben seguir para evitar la transmisión, como el uso de mascarillas, ventilación adecuada y aislamiento temporal.

**Control de contactos:** Realizar seguimiento a los contactos cercanos del paciente con TB activa y fármaco resistente para detectar posibles casos y comenzar tratamiento preventivo si es necesario.

**Cierre del tratamiento y seguimiento post - tratamiento**

**Finalización del tratamiento:** Una vez que el paciente haya completado su tratamiento y se haya confirmado la curación (por ejemplo, mediante una prueba de esputo negativa) o por evaluación clínica y dosis de tratamiento completas, se puede dar por cerrado el caso.

**Seguimiento post - tratamiento:** Ofrecer seguimiento para monitorear la salud del paciente a largo plazo y evitar recaídas o complicaciones.

**Articulación con la red de prestadores**

**Interconsulta y derivación:** En caso de complicaciones o necesidad de atención especializada, se debe coordinar con otros niveles de atención en la red de prestadores de salud, garantizando una atención integral.

**Trabajo interinstitucional:** Colaboración con la RPMS y cohortes de riesgo para asegurar una cobertura completa del paciente.

El flujo de las acciones debe asegurar que todas las actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la TB se desarrollen de manera coherente y eficaz, en coordinación con la red de prestadores de salud, para garantizar una respuesta rápida y adecuada en el control de la tuberculosis. La Resolución 227 de 2020 establece un marco normativo que permite a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud contar con una herramienta clara para estandarizar la atención, mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la transmisión y mortalidad por TB en el país.

**Población especial priorizada**

Desde la cohorte se define como aquellos grupos de personas que, debido a sus condiciones particulares, tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis o enfrentar complicaciones durante el tratamiento. Estos grupos requieren una atención más intensiva y un seguimiento más cercano para garantizar un manejo adecuado de la enfermedad.

**Algunas de las poblaciones prioritarias incluyen**

Niños y adolescentes: En particular, los niños menores de 5 años, quienes son más susceptibles a las formas graves de TB, como la TB miliar o la TB meníngea. También son importantes las medidas preventivas, como la profilaxis con tratamiento preventivo de TB para los contactos cercanos de casos de TB pulmonar.

Personas con VIH/SIDA: La coinfección de VIH y TB es un desafío importante, ya que el VIH debilita el sistema inmunológico y facilita la reactivación de la TB latente, lo que aumenta la probabilidad de progresar a la enfermedad activa. La detección, el tratamiento para ambas enfermedades y el seguimiento se debe realizar de manera integral y efectiva, por lo cual, la articulación en las acciones y el seguimiento de la EAPB con programa especial es fundamental.

Personas privadas de libertad: Las prisiones son entornos de alto riesgo para la propagación de la tuberculosis debido a la alta concentración de personas en espacios cerrados y las condiciones de vida que pueden favorecer la transmisión, por lo cual desde Capital Salud se busca realizar articulación con las diferentes cárceles a través de la cohorte de poblaciones especiales para garantizar su seguimiento.

Poblaciones indígenas, VCA o rurales: Las personas que viven en áreas remotas o en comunidades indígenas pueden enfrentar barreras significativas para acceder a la atención médica, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno de la TB. Por lo cual la articulación con la cohorte de poblaciones especiales es primordial para lograr comunicación intercultural efectiva con las comunidades indígenas.

Personas con comorbilidades: Aquellas con enfermedades preexistentes como hipertensión, diabetes, desnutrición o enfermedades respiratorias crónicas también tienen un mayor riesgo de desarrollar TB activa o enfrentar dificultades con el tratamiento, por lo cual el fortalecimiento en la articulación con la RCCVM es de gran importancia para identificar y tamizar a esta población de manera periódica.

Adultos mayores: Aunque la TB afecta a personas de todas las edades, los adultos mayores tienen un sistema inmunológico más débil y pueden enfrentar mayores complicaciones en el tratamiento, la captación a través de la cohorte de adultes y vejez es necesaria para identificar los casos oportunamente.

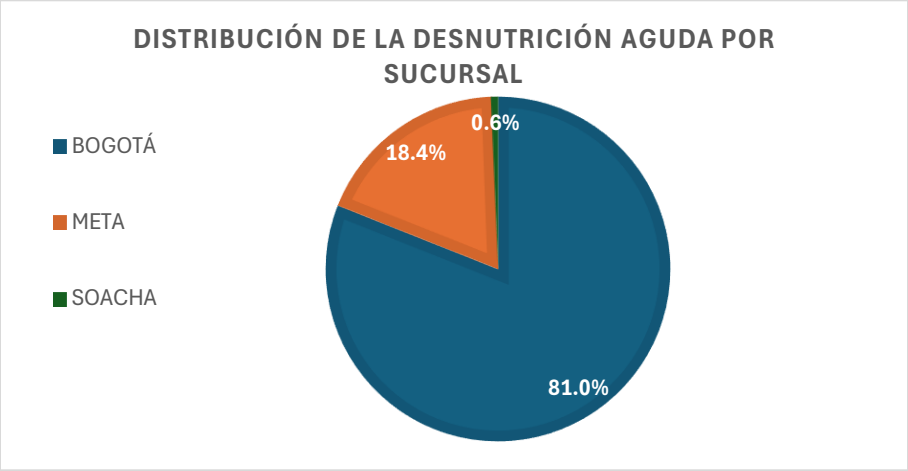
Estos grupos requieren un enfoque personalizado, con estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento adaptadas a sus necesidades. Además, con las acciones de articulación se busca garantizar la accesibilidad a los servicios de salud y realizar detección temprana.

### 9.11 Alteraciones Nutricionales

**Distribución geográfica de la cohorte**

La desnutrición aguda en niños menores de 5 años, concebida como una enfermedad de origen social, se presenta en todo el territorio nacional, incluidos aquellos en donde Capital Salud EPSS tiene presencia; la distribución del evento en los territorios está directamente relacionado con la población afiliada en cada uno de ellos, por lo que es de esperar que el 81% de los casos reportados ante el sistema de vigilancia epidemiológico SIVIGILA por evento 113 estén en la ciudad de Bogotá, el 18.4% en el departamento del Meta y en un muy bajo porcentaje con un 0.6% en el municipio de Soacha.

**Gráfica 69 Distribución de la Desnutrición aguda por Sucursal**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

Cuando se realiza el análisis detallado dentro de cada uno de los territorios es posible visualizar la distribución geográfica en la que se presenta el evento de desnutrición aguda, que consecuentemente coincide con las zonas principales caracterizadas por mayor inequidad social e inseguridad alimentaria.

Es así como para la sucursal Bogotá, las localidades con mayor número de casos reportados en el periodo 2024 son: Ciudad Bolívar con un 18,2%, Bosa con 13.8%, Kennedy con 10.8%, Usme con 9.8%, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe con 8.3% y 6.5% respectivamente y la localidad de Suba con 6.2%, lo anterior, es coherente con la distribución del evento en la red prestadora, en donde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur es quien brinda la atención al 33.4% de los niños en esta condición, seguido de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente con atención al 27.5% de la población y finalmente la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y Norte, con el 21.4% y 16.3% respectivamente; se cuenta con un 1.3% de la población con atención en territorios fuera a los habilitados para la operación y que cuenta con portabilidad activa.

Los niños con Desnutrición Aguda que migran entre territorios lo hacen principalmente desde la ciudad de Bogotá hacia los Departamentos de Risaralda, Choco y Guajira debido

a su pertenencia a alguna etnia indígena, también se presentan casos en los departamentos de Antioquía, Putumayo y Nariño.

**Tabla 195 Distribución de afiliado con Desnutrición Aguda por Localidad – Sucursal Bogotá -2024**

| Código | Localidad | Total | % |
|---|---|---|---|
| 0 | Portabilidad | 14 | 2.0% |
| 1 | Usaquén | 29 | 4.2% |
| 2 | Chapinero | 6 | 0.9% |
| 3 | Santa Fe | 10 | 1.4% |
| 4 | San Cristóbal | 58 | 8.3% |
| 5 | Usme | 68 | 9.8% |
| 6 | Tunjuelito | 19 | 2.7% |
| 7 | Bosa | 96 | 13.8% |
| 8 | Kennedy | 75 | 10.8% |
| 9 | Fontibón | 15 | 2.2% |
| 10 | Engativá | 32 | 4.6% |
| 11 | Suba | 43 | 6.2% |
| 12 | Barrios Unidos | 10 | 1.4% |
| 13 | Teusaquillo | 11 | 1.6% |
| 14 | Los Mártires | 19 | 2.7% |
| 15 | Antonio Nariño | 14 | 2.0% |
| 16 | Puente Aranda | 4 | 0.6% |
| 17 | La Candelaria | 0 | 0.0% |
| 18 | Rafael Uribe | 45 | 6.5% |
| 19 | Ciudad Bolívar | 127 | 18.2% |
| 20 | Sumapaz | 1 | 0.1% |
| Total | | 696 | 100.0% |

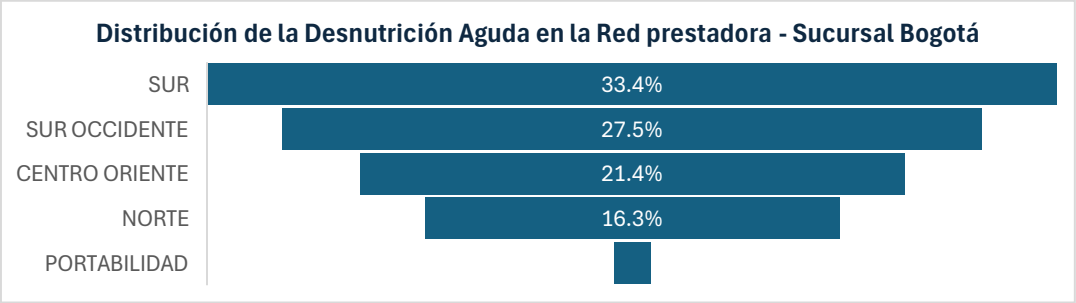
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

Con corte a diciembre de 2024, se registraron 696 casos de desnutrición aguda en menores afiliados a Capital Salud EPS-S en Bogotá, con una distribución claramente focalizada en zonas de alta vulnerabilidad social. Ciudad Bolívar lidera con el 18.2% de los casos, seguida por Bosa (13.8%), Kennedy (10.8%) y Usme (9.8%), localidades caracterizadas por alta densidad poblacional, condiciones precarias de vivienda y acceso limitado a servicios básicos, lo que refleja una fuerte relación con determinantes sociales de la salud.

Localidades como San Cristóbal, Rafael Uribe y Suba también presentan cargas significativas, mientras que zonas como Chapinero, Teusaquillo y Sumapaz reportan una baja incidencia, posiblemente por mejores condiciones socioeconómicas o subregistro.

Este patrón epidemiológico evidencia la necesidad de intervenciones focalizadas, articuladas entre los equipos de atención primaria en salud (APS), las estrategias de nutrición infantil y los programas intersectoriales. Se requiere reforzar la búsqueda activa, el tamizaje nutricional y el seguimiento, especialmente en las localidades priorizadas, garantizando así una respuesta efectiva y oportuna en el marco del enfoque diferencial y

**Gráfica 70 Distribución de la Desnutrición aguda en la Red Prestadora – Sucursal Bogotá -2024**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

Cuando se evalúa la distribución geográfica de la Desnutrición en el Departamento del Meta los cinco primeros municipios con mayor cantidad de casos reportados durante la vigencia 2024 son: Granada en primer lugar con 25.3%, Mapiripan con 13.3%, Villavicencio con 11.4% y finalmente Puerto Rico y Puerto López con 8.9% y 8.2% respectivamente.

**Tabla 196 Distribución de afiliado con Desnutrición Aguda por Municipio – Sucursal Meta 2024**

| Código | Municipio | Total | % |
|---|---|---|---|
| 50001 | Villavicencio | 18 | 11.4% |
| 50006 | Acacías | 9 | 5.7% |
| 50110 | Barranca de Upía | 2 | 1.3% |
| 50124 | Cabuyaro | 1 | 0.6% |
| 50150 | Castilla la Nueva | 3 | 1.9% |
| 50223 | Cubarral | 0 | 0.0% |
| 50226 | Cumaral | 1 | 0.6% |
| 50245 | El Calvario | 1 | 0.6% |
| 50251 | El Castillo | 2 | 1.3% |
| 50270 | El Dorado | 0 | 0.0% |
| 50287 | Fuente de Oro | 0 | 0.0% |
| 50313 | Granada | 40 | 25.3% |
| 50318 | Guamal | 3 | 1.9% |
| 50325 | Mapiripán | 21 | 13.3% |
| 50330 | Mesetas | 2 | 1.3% |
| 50350 | La Macarena | 3 | 1.9% |
| 50370 | La Uribe | 1 | 0.6% |
| 50400 | Lejanías | 6 | 3.8% |
| 50450 | Puerto Concordia | 0 | 0.0% |
| 50568 | Puerto Gaitán | 0 | 0.0% |
| 50573 | Puerto López | 13 | 8.2% |
| 50577 | Puerto Lleras | 4 | 2.5% |
| 50590 | Puerto Rico | 14 | 8.9% |
| 50606 | Restrepo | 1 | 0.6% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 50680 | San Carlos de Guaroa | 1 | 0.6% |
| 50683 | San Juan de Arama | 4 | 2.5% |
| 50686 | San Juanito | 0 | 0.0% |
| 50689 | San Martín | 5 | 3.2% |
| 50711 | Vista Hermosa | 3 | 1.9% |
| Total | | 158 | 100.0% |

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

De acuerdo con la distribución afiliados con desnutrición aguda por zona de residencia se evidencia que en ninguna de las tres sucursales la proporción de casos residentes en zona rural es significativa en cuanto a magnitud con respecto a la zona urbana. En la sucursal Bogotá los casos de niños con Desnutrición Aguda residentes en zona rural representan solo un 1.3% en comparación con el 98.7% que reside en zona urbana; en la sucursal Meta, debido a su ubicación geográfica y condiciones propias del territorio cobra mas importancia la población rural con una participación del 10.8% de los casos, a pesar que en comparación con la sucursal Bogotá es mayor, no sobrepasa a los casos de la zona urbana que corresponden al 89.2% del total de la población reportada. Lo anterior nos da indicio que a pesar de que la ruralidad es un factor social de inequidad y pobreza, para el 2024 no represento un determinante en el comportamiento del evento. En cuanto a la sucursal Soacha mantiene el comportamiento en cuanto al reporte del 2023, en donde el 100% de los casos se presentaron en la zona urbana.

**Tabla 197 Distribución de afiliados con Desnutrición Aguda por Zona de residencia - Sucursal Bogotá - 2024**

| SUBRED | LOCALIDAD | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Antonio Nariño | 0 | 0.0% | 14 | 2.4% | 14 | 2.3% |
| | La Candelaria | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Los Mártires | 0 | 0.0% | 19 | 3.2% | 19 | 3.2% |
| | Rafael Uribe Uribe | 0 | 0.0% | 45 | 7.7% | 45 | 7.6% |
| | San Cristóbal | 0 | 0.0% | 58 | 9.9% | 58 | 9.7% |
| | Santa Fe | 0 | 0.0% | 10 | 1.7% | 10 | 1.7% |
| NORTE | Barrios Unidos | 0 | 0.0% | 10 | 1.7% | 10 | 1.7% |
| | Chapinero | 0 | 0.0% | 6 | 1.0% | 6 | 1.0% |
| | Engativá | 0 | 0.0% | 32 | 5.4% | 32 | 5.4% |
| | Suba | 1 | 12.5% | 42 | 7.1% | 43 | 7.2% |
| | Teusaquillo | 0 | 0.0% | 11 | 1.9% | 11 | 1.8% |
| | Usaquén | 0 | 0.0% | 29 | 4.9% | 29 | 4.9% |
| SUR | Ciudad Bolívar | 1 | 12.5% | 26 | 4.4% | 27 | 4.5% |
| | Sumapaz | 1 | 12.5% | 0 | 0.0% | 1 | 0.2% |
| | Tunjuelito | 0 | 0.0% | 19 | 3.2% | 19 | 3.2% |
| | Usme | 1 | 12.5% | 67 | 11.4% | 68 | 11.4% |
| SUR OCCIDENTE | Bosa | 0 | 0.0% | 96 | 16.3% | 96 | 16.1% |
| | Fontibón | 0 | 0.0% | 15 | 2.6% | 15 | 2.5% |
| | Kennedy | 0 | 0.0% | 75 | 12.8% | 75 | 12.6% |
| | Puente Aranda | 0 | 0.0% | 4 | 0.7% | 4 | 0.7% |
| PORTABILIDAD | Portabilidad | 4 | 50.0% | 10 | 1.7% | 14 | 2.3% |
| Total, general | | 8 | 1.3% | 588 | 98.7% | 596 | 100.0% |

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

A diciembre de 2024, la distribución de casos de desnutrición aguda en afiliados de Capital Salud EPS-S en Bogotá muestra una marcada concentración del problema en las zonas urbanas, donde se reporta el 98.7% de los 596 casos totales, frente a un escaso 1.3% en áreas rurales. Este patrón evidencia que, aunque la desnutrición aguda persiste como un problema relevante en la ciudad, su impacto se da principalmente en contextos urbanos densamente poblados y socialmente vulnerables.

Entre las subredes con mayor carga de casos se encuentra la Subred Sur Occidente, que concentra el 31.1% del total, destacándose las localidades de Bosa (16.1%) y Kennedy (12.6%), tradicionalmente caracterizadas por altas tasas de pobreza, hacinamiento y barreras de acceso a servicios sociales. Le sigue la Subred Centro Oriente con el 24.5% de los casos, en donde las localidades de San Cristóbal (9.7%) y Rafael Uribe Uribe (7.6%) muestran indicadores críticos. La Subred Sur representa el 19.3% de los casos, siendo Usme la localidad más afectada con el 11.4%, lo cual concuerda con su alta proporción de población vulnerable y presencia de áreas periurbanas.

Aunque los casos rurales son bajos en número absoluto, con solo ocho reportes —uno en Sumapaz, Suba, Ciudad Bolívar y Usme respectivamente, y cuatro bajo portabilidad—, es posible que exista un subregistro debido a limitaciones en la capacidad diagnóstica, menor vigilancia nutricional, dificultades geográficas y acceso reducido a los servicios de salud en estas zonas.

Este comportamiento evidencia la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas por subred y tipo de territorio. En lo urbano, se deben reforzar las acciones intersectoriales enfocadas en la atención inmediata, seguimiento nutricional y educación alimentaria. En lo rural, se requiere fortalecer la búsqueda activa, la atención comunitaria con enfoque diferencial, y mejorar la oportunidad diagnóstica y de intervención. Todo esto en el marco del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), garantizando un abordaje que responda a los determinantes sociales y que priorice la equidad en salud para las niñas y niños con mayor riesgo nutricional.

**Tabla 198 Distribución de afiliados con Desnutrición Aguda por Zona de residencia - Sucursal Meta – 2024**

| Código | Municipio | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 50001 | VILLAVICENCIO | 0 | 0.0% | 18 | 12.8% | 18 | 11.4% |
| 50006 | ACACÍAS | 1 | 5.9% | 8 | 5.7% | 9 | 5.7% |
| 50110 | BARRANCA DE UPÍA | 0 | 0.0% | 2 | 1.4% | 2 | 1.3% |
| 50124 | CABUYARO | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50150 | CASTILLA LA NUEVA | 1 | 5.9% | 2 | 1.4% | 3 | 1.9% |
| 50223 | CUBARRAL | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50226 | CUMARAL | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50245 | EL CALVARIO | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50251 | EL CASTILLO | 0 | 0.0% | 2 | 1.4% | 2 | 1.3% |
| 50270 | EL DORADO | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50287 | FUENTE DE ORO | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50313 | GRANADA | 1 | 5.9% | 39 | 27.7% | 40 | 25.3% |
| 50318 | GUAMAL | 0 | 0.0% | 3 | 2.1% | 3 | 1.9% |
| 50325 | MAPIRIPÁN | 4 | 23.5% | 17 | 12.1% | 21 | 13.3% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 50330 | MESETAS | 1 | 5.9% | 1 | 0.7% | 2 | 1.3% |
| 50350 | LA MACARENA | 1 | 5.9% | 2 | 1.4% | 3 | 1.9% |
| 50370 | LA URIBE | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50400 | LEJANÍAS | 1 | 5.9% | 5 | 3.5% | 6 | 3.8% |
| 50450 | PUERTO CONCORDIA | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50568 | PUERTO GAITÁN | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50573 | PUERTO LÓPEZ | 2 | 11.8% | 11 | 7.8% | 13 | 8.2% |
| 50577 | PUERTO LLERAS | 0 | 0.0% | 4 | 2.8% | 4 | 2.5% |
| 50590 | PUERTO RICO | 1 | 5.9% | 13 | 9.2% | 14 | 8.9% |
| 50606 | RESTREPO | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50680 | SAN CARLOS DE GUAROA | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 1 | 0.6% |
| 50683 | SAN JUAN DE ARAMA | 2 | 11.8% | 2 | 1.4% | 4 | 2.5% |
| 50686 | SAN JUANITO | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 50689 | SAN MARTÍN | 0 | 0.0% | 5 | 3.5% | 5 | 3.2% |
| 50711 | VISTAHERMOSA | 2 | 11.8% | 1 | 0.7% | 3 | 1.9% |
| Total, general | | 17 | 10.8% | 141 | 89.2% | 158 | 100.0% |

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

La distribución de afiliados con desnutrición aguda en la sucursal Meta durante 2024 evidencia que la gran mayoría de los casos se concentra en zonas urbanas, representando el 89.2% (141 casos) del total, mientras que las zonas rurales aportan un 10.8% (17 casos). Esto indica que, al igual que en otros contextos urbanos, la desnutrición aguda afecta principalmente a poblaciones residentes en áreas urbanizadas del departamento.

Dentro de los municipios con mayor número de casos destaca Granada, que concentra el 25.3% del total (40 casos), con una proporción urbana significativa, lo que refleja una vulnerabilidad notable en esta localidad. Mapiripán presenta la mayor proporción de casos rurales con 23.5% (4 casos) y un total de 21 casos, equivalente al 13.3% de la sucursal, lo que sugiere que en este municipio las condiciones en zonas rurales requieren atención especial.

Puerto López, con un 8.2% (13 casos), y Puerto Rico, con 8.9% (14 casos), también muestran casos relevantes, con presencia tanto urbana como rural, indicando que la desnutrición no se limita exclusivamente a la ciudad sino que también impacta zonas más dispersas.

Municipios como Villavicencio, capital del departamento, presentan un 11.4% de los casos, concentrados exclusivamente en área urbana, lo que evidencia la necesidad de focalizar intervenciones en sectores vulnerables de la ciudad.

Finalmente, varios municipios como Cubarral, El Dorado, Fuente de Oro y Puerto Gaitán no reportan casos, lo que puede obedecer a una menor población afiliada, dificultades en la detección o menor prevalencia.

En conclusión, el análisis muestra que aunque la desnutrición aguda predomina en zonas urbanas del Meta, es fundamental no descuidar las zonas rurales, especialmente en municipios con alta proporción de casos rurales como Mapiripán, Puerto López y San Juan de Arama. Esto obliga a implementar estrategias diferenciadas que consideren las particularidades territoriales, garantizando un abordaje integral y equitativo que incluya búsqueda activa, atención oportuna y acompañamiento nutricional en ambos contextos.

**Tabla 199 Distribución de afiliados con Desnutrición Aguda por Zona de residencia - Sucursal Soacha - 2024**

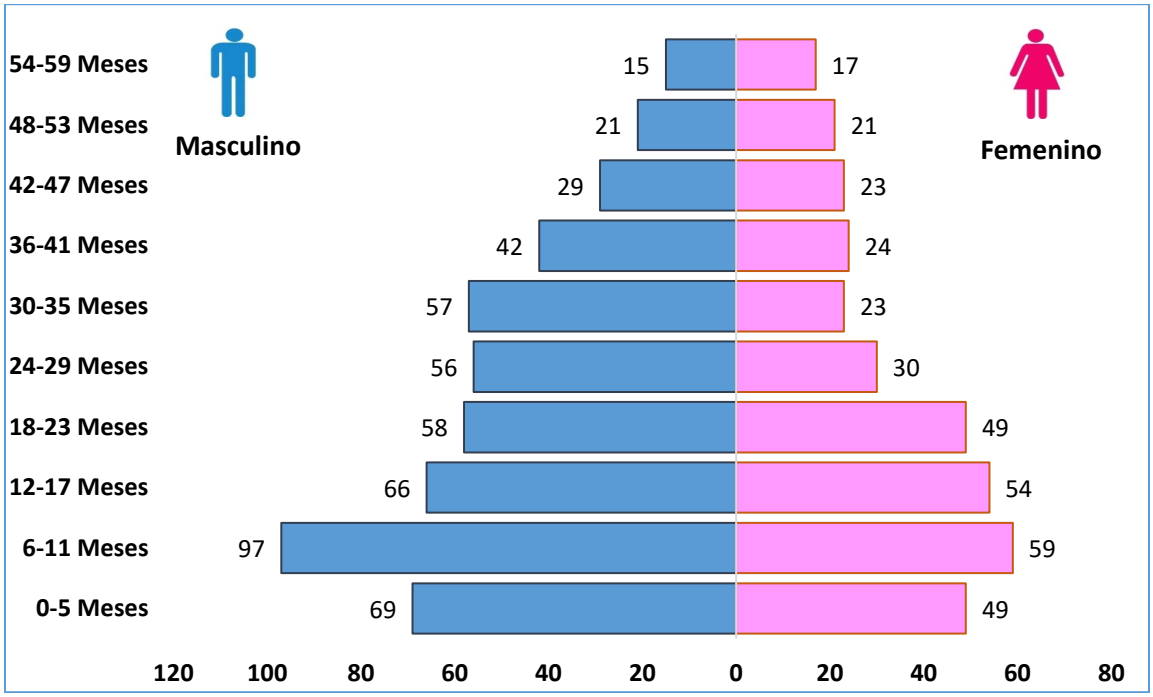
| Código | Municipio | RURAL | % | URBANO | % | TOTAL, GENERAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25754 | SOACHA | 0 | 0.0% | 5 | 100.0% | 5 | 100.0% |
| Total, general | | 0 | 0.0% | 5 | 100.0% | 5 | 100.0% |

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

## Características demográficas

Dado que la población objeto de la presente caracterización hace parte de un mismo curso de vida, el cual es primera infancia, se realiza una estructura demográfica según edad con intervalo de 6 meses año y sexo, expuesta a través de la pirámide poblacional para el evento de Desnutrición Aguda. En esta descripción grafica se evidencia mayor acumulación de la población en las edades de 6 a 23 meses, lo que está relacionado con dos factores principales, el primero es la ablactación con pérdida de la protección de la lactancia materna y el segundo el inicio de la alimentación complementaria, que de acuerdo con los principales determinantes sociales que afectan esta enfermedad generalmente es deficiente en el cubrimiento de las necesidades nutricionales de los menores.

**Gráfica 71 Estructura etaria de la población menor de 5 años con Desnutrición Aguda**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

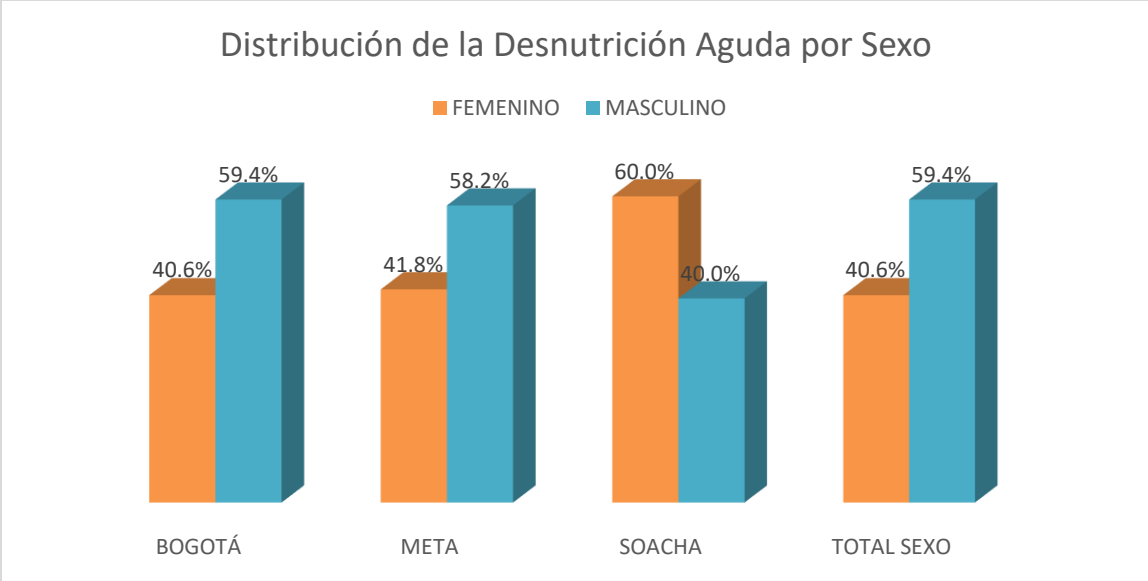
Cuando evaluamos la distribución por sexo en los casos de desnutrición aguda, se observa una clara predominancia en el sexo masculino, representando el 59.4% de los casos frente al 40.6% del sexo femenino. Esta tendencia se mantiene consistentemente en las

sucursales de Bogotá y Meta, reflejando un patrón diferencial en la vulnerabilidad nutricional entre géneros. En contraste, la sucursal Soacha no presenta un comportamiento definido debido a la baja cantidad de datos disponibles, lo que limita el análisis estadístico en esa zona.

Esta disparidad de género suele explicarse por los mayores requerimientos proteico-energéticos que tienen los niños varones en comparación con las niñas, lo que incrementa su susceptibilidad a padecer malnutrición por déficit. Los requerimientos nutricionales superiores en el sexo masculino, especialmente en edades tempranas, los hacen más vulnerables ante condiciones de inseguridad alimentaria o déficit nutricional, evidenciándose así un riesgo más alto de desnutrición aguda en niños en comparación con niñas dentro de las poblaciones estudiadas.

Este hallazgo subraya la importancia de diseñar intervenciones nutricionales que consideren estas diferencias biológicas para optimizar la prevención y atención de la desnutrición en grupos poblacionales específicos.

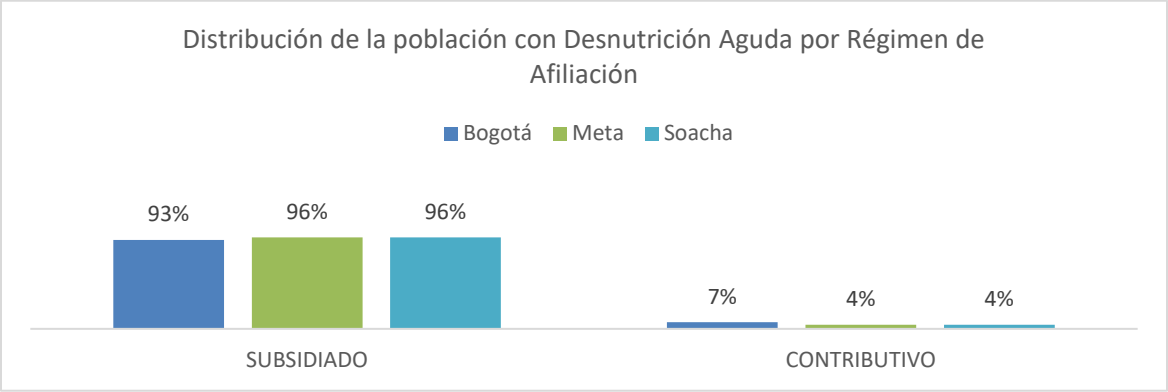
**Gráfica 72 Distribución de la población con Desnutrición Aguda por sexo – Nacional 2024**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

En cuanto al régimen de afiliación, predomina el régimen subsidiado en las tres sucursales, en donde el porcentaje de participación está por encima del 90% con respecto al régimen contributivo, lo cual es coherente con la razón social de la EAPB Capital Salud EPSS y los determinantes sociales de la población con Desnutrición Aguda.

**Gráfica 73 Distribución de la población con Desnutrición Aguda por Régimen de afiliación – Nacional 2024**

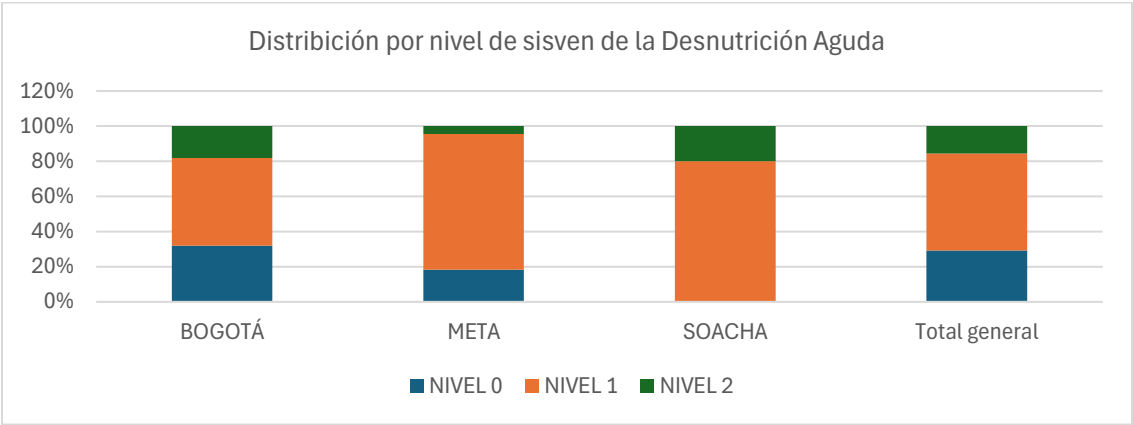



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

**Factores socioeconómicos y calidad de vida**

Dentro de los principales factores socioeconómicos y de calidad de vida encontramos el nivel de Sisbén en el cual se encuentran clasificados los afiliados, se evidencia mayor población con desnutrición aguda en los niveles 0 y 1, siendo este último el que mayor cantidad de población aporta, esto es acorde con la capacidad adquisitiva de las familias, en donde esta población presenta mayor inseguridad alimentaria y menores ingresos destinados a la alimentación.

**Gráfica 74 Distribución de la población con Desnutrición Aguda por Nivel de Sisbén – Nacional 2024**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, Base cohorte Desnutrición Aguda

Se presenta la distribución del evento de desnutrición aguda por población diferencial, partiendo de la premisa que los determinantes sociales juegan un papel de suma importancia en esta enfermedad. Es importante tener en cuenta las particularidades de los territorios y sus condiciones socioculturales que impactan sobre los eventos de interés en salud pública; es así, como para la sucursal Bogotá para el años 2023 la mayor población diferencial con Desnutrición Aguda correspondía a Víctimas del Conflicto armado con un

5.8% de los casos, seguida de Población infantil a cargo del ICBF con una participación de 1.1%, en tercer lugar las Comunidades Indígenas con un 0.7%, en cuarto lugar las población migrante venezolana con un 0.6% y población a cargo de entidades diferente al ICBF con un 0.1%, lo anterior muestra las situaciones de mayor impacto en el distrito capital en donde convergen las diferente comunidades afectadas por la violencia y la inequidad social, lo que a su vez trae consigo dificultades en la adquisición de alimentos y afectación de los más pequeños y vulnerables. Este escenario presentado en el 2023 cambia para la vigencia 2024, en donde se aumenta considerablemente la población a cargo del ICBF en 7 puntos porcentuales, indicando una mayor participación intersectorial en el abordaje de la desnutrición aguda; a pesar que continua predominando en segundo lugar la población víctima del conflicto armado, se observa una disminución de 2.4% con respecto al periodo anterior, un aumento discreto en la población indígena, fruto de las migraciones de los departamentos de Choco y Risaralda y una disminución de 0.5% en la población migrante venezolana.

Teniendo en cuenta la condiciones geográficas y sociales de la sucursal Meta, podemos evidenciar que predomina la población perteneciente a las comunidades indígenas, sin embargo, se ha visto una disminución significativa en la notificación de caso entre el 2023 y 2024 del 7.2%, así como la población víctima del conflicto armado que disminuyo drásticamente en 9.5% y a población a cargo del ICBF disminuyo 2.2%.

En loa sucursal Soacha no se presenta impacto de población diferencial sobre el evento de desnutrición Aguda, el cual se atribuye a situaciones aisladas de inseguridad alimentaria y bajo acceso a los alimentos de la comunidad.

**Tabla 200 Distribución de la población notificada por Desnutrición Aguda por Grupo poblacional 2023 -2024**

| GRUPO POBLACIÓN | Bogotá | | Meta | | Soacha | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023 | 2024 | 2023 | 2024 | 2023 | 2024 |
| POBLACION CON SISBEN | 59.0% | 50.0% | 0.0% | 75.9% | 0.0% | 80.0% |
| 31 AFILIACION OFICIO SIN SISBE | 0.0% | 24.1% | 0.0% | 3.8% | 0.0% | 20.0% |
| 27 REC NAC PADRES NO AFILIADOS | 26.6% | 11.8% | 1.1% | 0.6% | 0.0% | 0.0% |
| 02 POBLACION INFANTIL ICBF | 1.1% | 8.2% | 5.5% | 3.2% | 0.0% | 0.0% |
| 09 VICTIMAS CONFLICTO ARMADO | 5.8% | 3.4% | 12.7% | 3.2% | 0.0% | 0.0% |
| 17 COMUNIDADES INDÍGENAS | 0.7% | 1.1% | 19.9% | 12.7% | 0.0% | 0.0% |
| 10 POBLACION INFANTIL DIF ICBF | 0.1% | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| SIN DATO | 0.0% | 0.3% | 58.6% | 0.0% | 100.0% | 0.0% |
| 30 MIGRANTE VENEZOLANO | 0.6% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| LEGALIZADO CAPITAL SAT | 0.0% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| USUARIO SIN ENCUESTA SISBEN | 6.0% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 08 POBLACION DESMOVILIZADA | 0.0% | 0.0% | 1.1% | 0.6% | 0.0% | 0.0% |
| NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| PALENQUERO | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| ROM, GITANO | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| PROGRAMA EN PROTECCIÓN A TESTIGOS | 0.0% | 0.0% | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| ADULTO MAYOR EN CENTROS DE PROTECCIÓN | 0.0% | 0.0% | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Total general | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Registros de marcación población diferencia- Área de operaciones Capital Salud

**Prevalencia e incidencia.**

Para realizar el análisis de la prevalencia e incidencia de la desnutrición aguda se realiza una comparación con el periodo inmediatamente anterior por Sucursal, con la finalidad de hacer una interpretación objetiva y coherente.

A nivel general, en la sucursal Bogotá se puede observar un aumento tanto en la incidencia como la prevalencia de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. En la incidencia se presentó un aumento de 0.17 puntos porcentuales, pasando de 1.21% en el 2023 a 1.38% en el 2024 y en la prevalencia aumento 0.04 puntos porcentuales pasando de 1.44% en el 2023 a 1.48% en el año 2024.

Para la sucursal Meta se mantiene el comportamiento de la incidencia del evento con 1.06% en el 2024 y 1.04 en el 2024, sin embargo, se observa un aumento significativo en la prevalencia ya que pasa de 0.27% en el 2023 a 0.57% en el 2024, lo que nos indica disminución en la velocidad de recuperación nutricional de los niños

En cuanto a la sucursal Soacha, no es posible realizar un análisis objetivo a través de la comparación del comportamiento del evento durante el periodo 2023 y 2024 dado que Capital Salud EPSS comenzó a operar en este territorio en el según semestre del 2023, sin embargo, a pesar de no contar con población activa en el primer semestre del 2023 se ve una disminución considerable de casos en el 2024 pasando de una incidencia de 0.28% a 0.11% en el 2024, también se observa una velocidad de recuperación nutricional favorable en donde se pasa de una prevalencia del 1.24% en el 2023 a 0.24% en el 2024.

Es de esperar el comportamiento descrito anteriormente, ya que a partir del 2023 se instaura una cohorte propiamente dicha de niños y niñas con Desnutrición Aguda, por lo que la prevalencia en el periodo 2024 va a ser mayor pues contiene el acumulado del año 2023, mientras que la prevalencia en el 2023 no cuenta con datos de referencia previos.

### 9.12 Canalizaciones

La cohorte caracterizada corresponde a usuarios canalizados de la Sucursal Bogotá, excluyendo las zonas de Soacha y Meta. La mayoría de los usuarios se concentran en las localidades del sur y del suroccidente de la ciudad, con presencia destacada en áreas de alta vulnerabilidad social, identificadas por su bajo acceso a servicios y condiciones socioeconómicas críticas

**Características demográficas**

**Tabla 201 Distribución de la población canalizada Capital Salud Bogotá**

| DISTRIBUCION POR SEXO | | % | DISTRIBUCIÓN POR REGIMÉN DE AFILIACIÓN | | % |
|---|---|---|---|---|---|
| FEMENINO | 48,145 | 63.44% | SUBSIDIADO | 72,086 | 94.98% |
| MASCULINO | 27,747 | 36.56% | CONTRIBUTIVO | 3,806 | 5.02% |
| TOTAL | 75,892 | 100% | TOTAL | 75,892 | 100.00% |

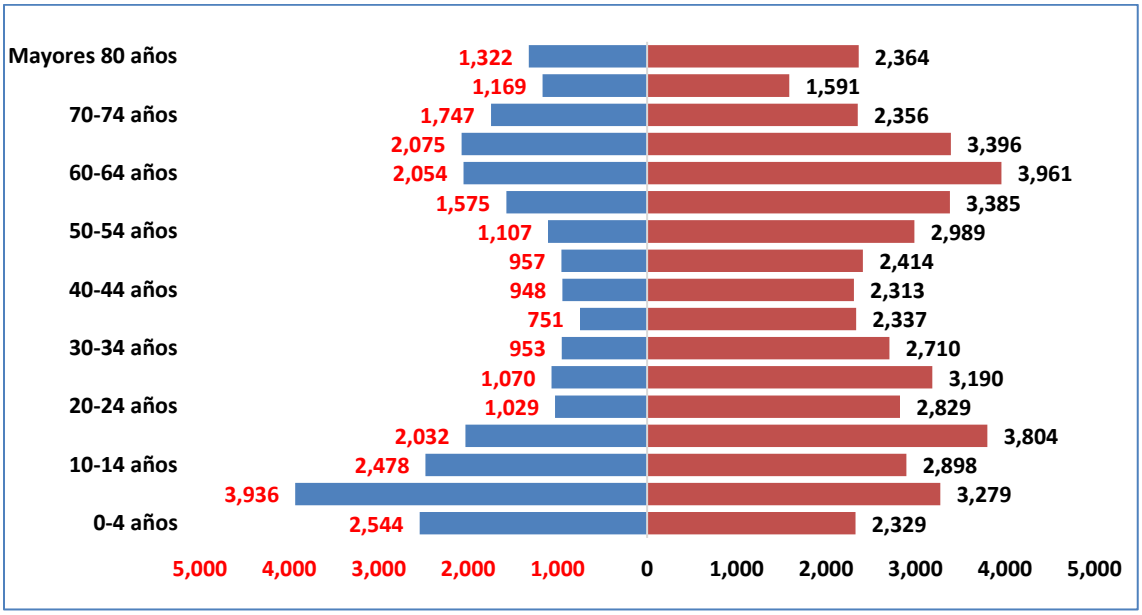
Fuente: Sirc canalizacion año 2024 corte marzo 2025

La población caracterizada para el proceso de canalizaciones asciende a 75.892 personas. A continuación, se describen las principales características demográficas:

**Distribución por género:** Se observa una mayor participación de mujeres en el proceso de canalizaciones, con un total de 48.145 usuarias (63,44%), en comparación con 27.747 hombres (36,56%). Esta diferencia puede estar asociada a patrones de utilización de servicios de salud y a una mayor búsqueda de atención por parte de la población femenina.

**Tipo de afiliación:** En cuanto al régimen de afiliación, se evidencia un predominio del régimen subsidiado, con 72.086 usuarios (94,98%), frente a 3.806 del régimen contributivo (5,02%). Esta distribución responde a la composición general de la población afiliada a Capital Salud, en la cual el régimen subsidiado representa la mayoría de los usuarios. Por tanto, las canalizaciones reflejan esta misma proporción poblacional, concentrándose en personas en condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica.

**Gráfica 75 pirámide poblacional Canalizaciones Bogotá 2024**




Fuente: Sirc canalizacion año 2024 corte marzo 2025

El análisis de la pirámide poblacional de las personas canalizadas en Bogotá durante el año 2024 revela una clara concentración de la carga de enfermedad en las etapas tardías del curso de vida, evidenciando un proceso avanzado de envejecimiento epidemiológico en la población atendida. La mayor proporción de personas canalizadas se encuentra en los grupos de edad entre los 60 y los 79 años, con un pico destacado en el grupo de 60 a 64 años, donde se canalizaron 2.054 hombres y 3.961 mujeres, lo que refleja una importante demanda de servicios para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes, dislipidemias y enfermedad renal.

La predominancia de mujeres canalizadas en casi todos los grupos etarios a partir de los 50 años es consistente con la mayor esperanza de vida femenina, pero también indica una potencial vulnerabilidad diferencial en esta población que requiere enfoques de atención con perspectiva de género, especialmente en aspectos relacionados con autocuidado, adherencia terapéutica y redes de apoyo social. La diferencia se acentúa notablemente en el grupo de mayores de 80 años, donde las mujeres canalizadas duplican en número a los hombres (2.364 frente a 1.322), lo cual plantea la necesidad de fortalecer los servicios geriátricos y comunitarios orientados a esta población.

Por otra parte, aunque en menor medida, se observa la presencia de personas canalizadas en grupos de edad más jóvenes, especialmente entre los 10 y 29 años, lo que puede estar vinculado a la detección precoz de factores de riesgo cardiovascular, obesidad, antecedentes familiares de enfermedades metabólicas, o incluso alteraciones en el estilo de vida como el sedentarismo y la alimentación inadecuada. La canalización de adolescentes y adultos jóvenes debe ser vista como una ventana de oportunidad para intervenir de manera oportuna y evitar el desarrollo de enfermedades crónicas a mediano plazo.

**Tabla 202 Distribución de la población canalizada por régimen, Sexo y curso de vida Capital Salud Bogotá**

| CANALIZACIONES | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CURSO DE VIDA | EDAD | CONTRIBUTIVO | | SUBSIDIADO | | TOTAL, REGIMEN | | TOTAL GENERAL |
| | | F | M | F | M | F | M | |
| PRIMERA INFANCIA | 0-5 | 206 | 275 | 4,252 | 4,709 | 4,458 | 4,984 | **9,442** |
| INFANCIA | 6-11 | 141 | 168 | 2,858 | 3,061 | 2,999 | 3,229 | **6,228** |
| ADOLESCENCIA | 12-17 | 230 | 111 | 4,324 | 2,530 | 4,554 | 2,641 | **7,195** |
| JUVENTUD | 18-28 | 760 | 355 | 5,833 | 1,972 | 6,593 | 2,327 | **8,920** |
| ADULTEZ | 29-59 | 898 | 380 | 16,114 | 6,374 | 17,012 | 6,754 | **23,766** |
| VEJEZ | 60 y mas | 144 | 138 | 12,385 | 7,674 | 12,529 | 7,812 | **20,341** |
| TOTAL | | **2,379** | **1,427** | **45,766** | **26,320** | 48,145 | 27,747 | **75,892** |

Fuente: Sirc canalizacion año 2024 corte marzo 2025

**Estructura etaria:** La distribución por grupos de edad muestra una concentración importante en los rangos de 29 a 59 años, donde se identifican 23.766 personas, lo que representa el grupo con mayor volumen de canalizaciones. Le siguen los grupos de 60 años y más (20.341 personas) y el grupo de 18 a 28 años (8.920 personas), correspondientes a las etapas de adultez y juventud. También se destacan los menores de 11 años (primera infancia e infancia), que en conjunto

suman 15.670 usuarios, evidenciando la importancia del abordaje de esta población en las estrategias de atención integral

**Accesibilidad a los servicios de salud**

Si bien todos los usuarios caracterizados residen en Bogotá, se han identificado barreras de acceso que dificultan la atención oportuna, especialmente en poblaciones que habitan en zonas periféricas o en condiciones de movilidad reducida (adultos mayores, personas con discapacidad). La brecha entre canalización y contacto efectivo sigue siendo un desafío importante, y requiere de acciones articuladas intersectoriales para garantizar la continuidad del cuidado.

**Tabla 203 Distribución de las canalizaciones por gestión Bogotá 2024**

| CRUCE_SUBRED | Tipo De Respuesta EAPB | Numero | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| CENTRO ORIENTE | Rechazado | 70 | 0% |
| | Pendiente Gestion | 79 | 0% |
| | Persona, familia o comunidad sin acceso | 2161 | 10% |
| | Acceso Efectivo | 18813 | 89% |
| **Total, CENTRO ORIENTE** | | **21123** | **28%** |
| NORTE | Rechazado | 103 | 1% |
| | Pendiente Gestion | 345 | 4% |
| | Persona, familia o comunidad sin acceso | 1285 | 16% |
| | Acceso Efectivo | 6140 | 78% |
| **Total, NORTE** | | **7873** | **10%** |
| OPERACIONES | Pendiente Gestion | 43 | 3% |
| | Persona, familia o comunidad sin acceso | 191 | 12% |
| | Rechazado | 555 | 34% |
| | Acceso Efectivo | 865 | 52% |
| **Total, OPERACIONES** | | **1654** | **2%** |
| SUR | Rechazado | 455 | 2% |
| | Pendiente Gestion | 692 | 2% |
| | Persona, familia o comunidad sin acceso | 3824 | 13% |
| | Acceso Efectivo | 23996 | 83% |
| **Total, SUR** | | **28967** | **38%** |
| SUR OCCIDENTE | Rechazado | 554 | 3% |
| | Persona, familia o comunidad sin acceso | 2052 | 13% |
| | Pendiente Gestion | 3796 | 23% |
| | Acceso Efectivo | 9873 | 61% |
| **Total, SUR OCCIDENTE** | | **16275** | **21%** |
| **Total, general** | | **75892** | **100%** |

Fuente: Sirc canalizacion año 2024

Durante el año 2024, en la ciudad de Bogotá se registraron un total de 75.892 canalizaciones de personas, familias o comunidades en el marco del seguimiento a condiciones crónicas, distribuidas entre cinco subredes territoriales: Sur, Centro Oriente,

Sur Occidente, Norte y la unidad de Operaciones. Al realizar un análisis global de las respuestas generadas por la EAPB frente a estas canalizaciones, se evidencian diferencias significativas en términos de acceso, gestión pendiente, rechazos y ausencia de acceso.
De forma agregada, los porcentajes por tipo de respuesta a nivel distrital fueron los siguientes:

- Acceso Efectivo: 62.687 personas — lo que representa el 82.63% del total.
- Persona, familia o comunidad sin acceso: 9.513 personas — correspondiente al 12.53%.
- Gestión Pendiente: 4.955 personas — el 6.53%.
- Rechazado: 1.737 personas — un 2.29%.

Estos datos muestran que, aunque una alta proporción de los usuarios canalizados logra acceder efectivamente a los servicios de salud, todavía existe una brecha acumulada del 17.37% que representa a más de 13.200 personas que o bien no han accedido al sistema, están pendientes de gestión o fueron rechazadas.

Desde el enfoque epidemiológico, este grupo de usuarios no atendidos representa una población en riesgo de descompensación clínica, que podría generar un aumento en la carga de enfermedad y una presión innecesaria sobre servicios de urgencias y hospitalización. La situación más crítica se observa en la subred de Sur Occidente, donde solo el 61% de los canalizados accedió efectivamente, mientras que el 23% sigue pendiente de gestión y un 13% no tuvo acceso. Igualmente, en la subred de Operaciones, se destaca una alarmante tasa de rechazo del 34%, cifra que triplica el promedio distrital y evidencia una desconexión sustancial entre los procesos de canalización y la efectividad en la ruta de atención.

Por el contrario, subredes como Centro Oriente (89%) y Sur (83%) presentan los mejores desempeños en acceso efectivo, lo que sugiere buenas prácticas de articulación entre los equipos de gestión del riesgo y los prestadores de servicios de salud.

**Conclusiones**

Teniendo en cuenta el cumplimiento del objetivo del SIRC, en el cual la EAPB es responsable de garantizar la gestión para la prestación de servicios de salud, dando respuesta a los riesgos identificados en cada uno de los usuarios canalizados y cargados en el aplicativo, se identificaron las siguientes situaciones:

- El 50% de los prestadores no estaban dando respuesta directa en el módulo SIRC, a las canalizaciones reportadas en el sistema.
- No existía articulación efectiva entre los equipos generadores de la canalización, gestión del riesgo ni los equipos ambulatorios, lo que dificultaba la continuidad del proceso.
- Se evidenció falta de claridad sobre los criterios de cierre en el módulo SIRC, generando reprocesos por cierres incompletos o erróneos.
- Se realizaba el descargue diario de la base de datos desde el aplicativo SIRC, permitiendo identificar nuevos casos a través del cruce de bases. Esta información

es enviada vía correo electrónico a las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS): Centro Oriente, Sur, Norte y Suroccidente, diferenciando entre régimen subsidiado y contributivo.

- Se mantiene la persistencia de barreras en el acceso a servicios, a pesar de que los usuarios residen en Bogotá, lo que evidencia la necesidad de acciones adicionales para garantizar la atención efectiva.

**Acciones prioritarias**

Como resultado del trabajo conjunto, se logró que las Subredes Suroccidente y Norte asumieran directamente la respuesta en el módulo SIRC del proceso de canalizaciones, aumentando la efectividad y oportunidad en la atención de los usuarios canalizados.

Se fortaleció la articulación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, prestador aliado de Capital Salud, logrando coordinación operativa con los equipos PSPIC, Gestión del Riesgo y Ambulatorios en cada subred.

Se realizaron capacitaciones orientadas a clarificar el proceso de cierre en el módulo SIRC, reduciendo reprocesos y mejorando la calidad del reporte.

Se creó un repositorio en Drive para la carga diaria de las canalizaciones, permitiendo que las SISS y los equipos PSPIC accedan a la información en tiempo real, lo que optimiza la gestión y el seguimiento.

Se hace énfasis en la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial, con el fin de mitigar las condiciones sociales que continúan limitando el acceso efectivo a los servicios de salud.

## 10. Componente PAI 2024

**Tabla 204 Seguimiento Nominal Trazadores PAI**

| POBLACION | Meta | Susceptibles vacunaciones | Vacunados | | | Pendiente vacuna |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2024 | 2023 | Total | |
| Menor de 1 año (3ra Penta) | 8373 | 6482 | 5012 | 0 | 5012 | 3170 |
| 1 año (1ra Tv) | 10087 | 10087 | 6280 | 1612 | 7892 | 2136 |
| 18 meses (Ref. Tv) | 10087 | 6605 | 4311 | 5 | 4316 | 5771 |
| 5 años (2da Ref. DPT) | 14085 | 14085 | 6420 | 1125 | 7545 | 6540 |

Fuente: Cohorte PAI 2024

Si bien desde capital Salud se establece la prioridad en la población de 1 año y 5 años, igualmente se genera el seguimiento nominal de los 4 grupos de población, donde se establece las siguientes observaciones:

a) De la población de 1 año, se tiene por objeto de 10.087 usuarios de los cuales se tiene un total de 7.892 usuarios vacunados en el periodo del 2023 y 2024, es decir que aún se tiene un pendiente de 2136.

b) De la población de 5 años se tiene una meta de 14.085 niños y niñas, de los cuales, 7.545 usuarios cuentan con la 2da dosis de DPT en el periodo del 2023 y 2024 y un pendiente de 6.540.

**Tabla 205 Seguimiento Nominal Trazadores PAI**

| POBLACION | Meta | Pendiente vacuna | Novedad Retiro | Seguimiento Telefónico | | | | | Susceptibles Activos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Seguimiento EAPB | Fichas de riesgo | Seguimiento Subredes | Total, de Seguimiento | Pendientes x seguimiento | |
| Menor de 1 año (3ra Penta) | 8373 | 3170 | 182 | 841 | 200 | 4 | 1045 | 2125 | 3179 |
| 1 año (1ra Tv) | 10087 | 2136 | 44 | 1931 | 6 | 28 | 1965 | 171 | 2151 |
| 18 meses (Ref. Tv) | 10087 | 5771 | 153 | 3261 | 138 | 321 | 3720 | 2051 | 5618 |
| 5 años (2da Ref. DPT) | 14085 | 6540 | 82 | 4137 | 10 | 124 | 4271 | 2269 | 6458 |

Fuente: Cohorte PAI 2024

Por otro lado, se tiene el seguimiento telefónico de la población susceptible de vacunación, por lo cual se presentan las siguientes observaciones.

a) De los 10.087 usuarios de un año tenemos un total de 2.136 pendientes de vacunación, lo que equivale al 21.1% del total de la población, a su vez se presenta novedad de retiro de 44 usuarios corte Diciembre.
   De la población pendiente por vacunación 2.136 se realiza seguimiento total de 1.965 por las modalidades de seguimiento por la EAPB, la red prestadora y la modalidad de demanda por otras cohortes diferentes a la cohorte PAI, por lo cual aún nos queda un pendiente por seguimiento de 171 usuarios.
b) De los 14.085 usuarios de 5 años tenemos un total de 6.540 pendientes por vacunación de los cuales 4.271 ya cuentan con seguimiento telefónico y un pendiente por abarcar de 2.269 niños y niñas.

## 11. Morbilidad Capital Salud diciembre 2024

La morbilidad atendida es el conjunto de casos de enfermedades o condiciones de salud que han recibido atención en una institución o sistema de salud durante un periodo determinado. De acuerdo con esto a continuación se plasma la carga de enfermedades tratadas en el año 2024.

**Tabla 206 Morbilidad por grandes causas por usuarios de Capital Salud 2024**

| GRANDES CAUSAS POR USUARIOS | BOGOTA | SOACHA | META | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades no transmisibles | 235,032 | 554 | 24,671 | 75 | **260,162** |
| Signos y sintomas mal definidos | 47,411 | 97 | 8,343 | 9 | **55,853** |
| Condiciones transmisibles y nutricionales | 29,084 | 78 | 3,802 | 8 | **32,965** |
| Lesiones | 16,639 | 31 | 2,208 | 3 | **18,878** |
| Condiciones maternas perinatales | 5,991 | 12 | 281 | 2 | **6,281** |
| **Total general** | **281,998** | **716** | **35,257** | **89** | **317,838** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024 se registraron 317,838 usuarios con atenciones por morbilidad en Capital Salud, concentradas principalmente en Bogotá (88.7%) y Meta (11.1%). Las enfermedades no transmisibles representaron el 81.8% de las atenciones, confirmando su predominio como principal causa de morbilidad por patologías crónicas como hipertensión y diabetes. Los signos y síntomas mal definidos fueron la segunda causa (17.6%), evidenciando consultas por síntomas inespecíficos o diagnósticos pendientes, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la resolución diagnóstica y la calidad del registro. Las condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 10.4%, reflejando la persistencia de enfermedades infecciosas prevenibles. Las lesiones (5.9%) y las condiciones maternas y perinatales (2.0%) mantuvieron proporciones menores, pero relevantes para la salud pública. En general, estos resultados reafirman la alta carga de enfermedades crónicas en la población asegurada, sin descuidar la atención de enfermedades transmisibles y la prevención de lesiones y mortalidad materna perinatal.

**Tabla 207 Morbilidad por grandes causas por atenciones de Capital Salud 2024**

| GRANDES CAUSAS POR ATENCIONES | BOGOTA | SOACHA | META | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades no transmisibles | 558,272 | 840 | 36,556 | 162 | **595,830** |
| Signos y sintomas mal definidos | 67,625 | 121 | 10,413 | 18 | **78,177** |
| Condiciones transmisibles y nutricionales | 46,485 | 122 | 4,940 | 14 | **51,561** |
| Lesiones | 35,076 | 52 | 2,683 | 3 | **37,814** |
| Condiciones maternas perinatales | 22,034 | 52 | 532 | 2 | **22,620** |
| **Total general** | **729,492** | **1,187** | **55,124** | **199** | **786,002** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024 se registraron 786,002 atenciones en salud en Capital Salud, de las cuales el 92.8% correspondieron a Bogotá, el 7% a Meta y menos del 1% a Soacha y otros municipios. Las enfermedades no transmisibles representaron el 75.8% del total de atenciones, reafirmando su alta carga y demanda de servicios, principalmente por enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y patologías cardiovasculares. En segundo lugar, los signos y síntomas mal definidos concentraron el 9.9% de las atenciones, indicando un volumen significativo de consultas por síntomas inespecíficos o diagnósticos en estudio, lo cual plantea la necesidad de mejorar la capacidad resolutiva y la precisión diagnóstica.

Las condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 6.6% de las atenciones totales, reflejando la persistencia de infecciones respiratorias, gastrointestinales y otras enfermedades prevenibles, especialmente en Meta. Las lesiones alcanzaron el 4.8%, relacionadas con accidentes, caídas, traumatismos y violencias, mientras que las condiciones maternas y perinatales representaron el 2.9%, asociadas a la atención prenatal, parto y puerperio.

**Tabla 208 Morbilidad por tipo de atención por usuarios de Capital Salud 2024**

| MORBILIDAD POR USUARIOS | CONSULTAS | URGENCIAS | HOSPITALIZACIONES | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| Enfermedades cardiovasculares | 59,465 | 401 | 903 | **59,481** |
| Signos y sintomas mal definidos | 55,817 | 1,901 | 980 | **55,853** |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 47,464 | 507 | 1,278 | **47,482** |
| Condiciones orales | 47,199 | 20 | 98 | **47,199** |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 38,752 | 250 | 258 | **38,777** |
| Enfermedades genitourinarias | 33,507 | 961 | 1,472 | **33,732** |
| Desordenes endocrinos | 27,326 | 76 | 126 | **27,328** |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 24,726 | 95 | 76 | **24,726** |
| Enfermedades digestivas | 21,091 | 925 | 1,114 | **21,159** |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 18,740 | 933 | 1,802 | **18,762** |
| Enfermedades de la piel | 14,801 | 146 | 503 | **14,808** |
| Diabetes mellitus | 14,753 | 227 | 323 | **14,754** |
| Infecciones respiratorias | 14,432 | 374 | 921 | **14,584** |
| Enfermedades respiratorias | 13,775 | 384 | 1,005 | **13,816** |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 12,980 | 376 | 382 | **13,000** |
| Deficiencias nutricionales | 6,701 | 18 | 110 | **6,702** |
| Neoplasias malignas | 6,200 | 465 | 587 | **6,207** |
| Otras neoplasias | 4,846 | 99 | 235 | **4,916** |
| Condiciones maternas | 4,574 | 137 | 1,638 | **4,685** |
| Anomalias congénitas | 3,704 | 5 | 36 | **3,707** |
| Condiciones derivadas durante el periodo perinatal | 1,593 | 3 | 138 | **1,597** |
| Lesiones no intensionales | 113 | 2 | 2 | **113** |
| Lesiones intensionales | 8 | 1 | 1 | **8** |
| Lesiones de intensionalidad indeterminada | 2 | | | **2** |
| **Total general** | **317,652** | **8,119** | **13,406** | **317,838** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, la morbilidad registrada por usuarios de Capital Salud alcanzó un total de 317,838 casos, distribuidos principalmente en consultas ambulatorias (99.9%), con menor proporción de urgencias (2.6%) y hospitalizaciones (4.2%). Las principales causas de atención fueron las enfermedades cardiovasculares, con 59,481 usuarios, reflejando la alta carga de enfermedad crónica y riesgo cardiovascular en la población asegurada. Les siguieron los signos y síntomas mal definidos (55,853), que mantienen un volumen importante de consultas por síntomas inespecíficos o diagnósticos en estudio, y las condiciones neuropsiquiátricas (47,482), evidenciando la relevancia creciente de la salud mental.

Las enfermedades orales (47,199) y musculoesqueléticas (38,777) también presentaron alta frecuencia, relacionadas con morbilidad crónica y calidad de vida, seguidas por enfermedades genitourinarias, desórdenes endocrinos y enfermedades de los órganos de los sentidos. Destaca el grupo de traumatismos y envenenamientos con 18,762 usuarios, que, aunque menor en volumen comparativo, implica eventos de mayor complejidad y costos potenciales por hospitalizaciones (1,802 casos). Por su parte, las infecciones

respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias totalizaron 28,400 usuarios, confirmando su persistencia como causas relevantes de atención.

Las condiciones maternas y perinatales sumaron 6,282 usuarios, concentradas en consultas y hospitalizaciones, y las neoplasias malignas afectaron a 6,207 usuarios, reflejando la necesidad de fortalecer los programas de tamización, diagnóstico temprano y continuidad del tratamiento oncológico. Finalmente, las lesiones intencionales e indeterminadas tuvieron baja frecuencia, aunque mantienen impacto social y de salud pública.

**Tabla 209 Morbilidad por tipo de atenciones de Capital Salud 2024**

| MORBILIDAD POR ATENCIONES | CONSULTAS | URGENCIAS | HOSPITALIZACIONES | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **Condiciones neuropsiquiatricas** | 103,050 | 582 | 1,661 | **105,293** |
| **Condiciones orales** | 88,908 | 21 | 101 | **89,030** |
| **Enfermedades cardiovasculares** | 81,228 | 412 | 943 | **82,583** |
| **Signos y sintomas mal definidos** | 75,046 | 2,078 | 1,053 | **78,177** |
| **Enfermedades musculo-esqueleticas** | 57,734 | 261 | 268 | **58,263** |
| **Enfermedades genitourinarias** | 53,206 | 1,033 | 1,579 | **55,818** |
| **Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas** | 34,670 | 989 | 1,984 | **37,643** |
| **Enfermedades digestivas** | 31,183 | 1,006 | 1,224 | **33,413** |
| **Desordenes endocrinos** | 33,137 | 79 | 133 | **33,349** |
| **Enfermedades de los organos de los sentidos** | 31,708 | 99 | 81 | **31,888** |
| **Enfermedades respiratorias** | 25,652 | 413 | 1,070 | **27,135** |
| **Neoplasias malignas** | 21,976 | 654 | 801 | **23,431** |
| **Infecciones respiratorias** | 21,197 | 385 | 964 | **22,546** |
| **Enfermedades de la piel** | 21,007 | 159 | 537 | **21,703** |
| **Diabetes mellitus** | 20,040 | 230 | 337 | **20,607** |
| **Enfermedades infecciosas y parasitarias** | 18,002 | 400 | 408 | **18,810** |
| **Condiciones maternas** | 14,870 | 164 | 2,034 | **17,068** |
| **Deficiencias nutricionales** | 10,070 | 21 | 114 | **10,205** |
| **Otras neoplasias** | 7,760 | 110 | 246 | **8,116** |
| **Condiciones derivadas durante el periodo perinatal** | 5,404 | 3 | 145 | **5,552** |
| **Anomalias congénitas** | 5,156 | 5 | 40 | **5,201** |
| **Lesiones no intensionales** | 149 | 2 | 2 | **153** |
| **Lesiones intensionales** | 12 | 1 | 1 | **14** |
| **Lesiones de intensionalidad indeterminada** | 4 | | | **4** |
| **Total general** | **761,169** | **9,107** | **15,726** | **786,002** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024 se registraron un total de 786,002 atenciones en salud en Capital Salud, distribuidas principalmente en consultas (96.8%), seguidas de urgencias (1.2%) y hospitalizaciones (2%). Las principales causas de atención correspondieron a las condiciones neuropsiquiátricas, con 105,293 atenciones (13.4% del total), reflejando la creciente carga de enfermedad mental en la población, incluyendo consultas, urgencias y un número considerable de hospitalizaciones (1,661). Le siguieron las condiciones orales

con 89,030 atenciones (11.3%), destacando la importancia de la salud oral en la demanda de servicios.

Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el tercer lugar con 82,583 atenciones (10.5%), evidenciando su impacto sostenido como causa prioritaria de atención por consultas ambulatorias y eventos agudos que generan hospitalizaciones. Los signos y síntomas mal definidos sumaron 78,177 atenciones (9.9%), manteniéndose como una causa frecuente de consulta, lo que indica la necesidad de fortalecer los procesos diagnósticos. Las enfermedades musculoesqueléticas (58,263) y genitourinarias (55,818) también tuvieron alta frecuencia, relacionadas con patologías crónicas y de curso prolongado.

Destacan las atenciones por traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (37,643), de las cuales más de 50% requirieron urgencias u hospitalizaciones, lo que implica alta complejidad y costos asistenciales. Entre las enfermedades infecciosas, las infecciones y las enfermedades respiratorias totalizaron 49,681 atenciones (6.3%), mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias concentraron 18,810 (2.4%).

Las condiciones maternas representaron 17,068 atenciones, principalmente por consultas y hospitalizaciones en control prenatal, parto y complicaciones obstétricas, mientras que las neoplasias malignas y otras neoplasias sumaron 31,547 atenciones (4%), reflejando la relevancia de la atención oncológica. Finalmente, las lesiones intencionales, no intencionales e indeterminadas tuvieron baja frecuencia absoluta, pero son prioritarias por su impacto social y en salud pública.

**Tabla 210 Grandes causas por usuario y área de residencias de Capital Salud 2024**

| GRANDES CAUSAS POR RESIDENCIA USUARIO | Cabecera | Centro Poblado | NO DEFINIDO | Rural | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades no transmisibles | 246,039 | 818 | 4,141 | 9,164 | **260,162** |
| Signos y sintomas mal definidos | 52,193 | 164 | 968 | 2,528 | **55,853** |
| Condiciones transmisibles y nutricionales | 31,120 | 56 | 662 | 1,127 | **32,965** |
| Lesiones | 17,749 | 44 | 322 | 763 | **18,878** |
| Condiciones maternas perinatales | 5,728 | 4 | 355 | 194 | **6,281** |
| **Total general** | **299,406** | **969** | **5,482** | **11,981** | **317,838** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, la morbilidad registrada por grandes causas en usuarios de Capital Salud mostró una clara concentración en áreas de cabecera municipal, que representaron el 94.2% del total de casos (299,406 usuarios). Las zonas rurales contribuyeron con el 3.8% (11,981 usuarios), mientras que los centros poblados y áreas no definidas representaron el 0.3% (969 usuarios) y 1.7% (5,482 usuarios), respectivamente.

Las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de morbilidad en todos los tipos de área de residencia, concentrando el 81.8% del total general, con mayor peso relativo en cabeceras y rurales, lo que refleja su alta prevalencia en toda la población y la necesidad de intervenciones integrales en salud cardiovascular, metabólica y crónica, sin distinción territorial. Los signos y síntomas mal definidos representaron el 17.6%.

Por su parte, las condiciones transmisibles y nutricionales alcanzaron el 10.4% del total, con mayor proporción en cabeceras y rurales, reflejando determinantes sociales y condiciones de vida que favorecen la persistencia de enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales en territorios con menor cobertura de servicios básicos. Las lesiones representaron el 5.9% de los casos, distribuidas principalmente en cabeceras, pero con presencia en todas las áreas, incluyendo 763 casos en zonas rurales. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales sumaron 6,281 usuarios, el 2% del total.

**Tabla 211 Grandes causas por atención y área de residencias de Capital Salud 2024**

| GRANDES CAUSAS POR RESIDENCIA ATENCIONES | Cabecera | Centro Poblado | NO DEFINIDO | Rural | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades no transmisibles | 566,826 | 1,266 | 9,440 | 18,298 | **595,830** |
| Signos y sintomas mal definidos | 73,195 | 190 | 1,387 | 3,405 | **78,177** |
| Condiciones transmisibles y nutricionales | 48,446 | 70 | 1,400 | 1,645 | **51,561** |
| Lesiones | 35,790 | 60 | 740 | 1,224 | **37,814** |
| Condiciones maternas perinatales | 20,066 | 8 | 1,964 | 582 | **22,620** |
| **Total general** | **744,323** | **1,594** | **14,931** | **25,154** | **786,002** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 786,002 atenciones en salud en Capital Salud, de las cuales el 94.7% correspondieron a usuarios residentes en cabeceras municipales (744,323 atenciones). Las zonas rurales representaron el 3.2% (25,154 atenciones), mientras que los centros poblados y áreas no definidas aportaron el 0.2% (1,594) y 1.9% (14,931), respectivamente.

Las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de atención, concentrando el 75.8% del total, con predominio absoluto en áreas urbanas, pero con un número importante de atenciones en zonas rurales (18,298), reflejando la alta carga de enfermedades crónicas en todos los territorios. Los signos y síntomas mal definidos representaron el 9.9% de las atenciones totales.

Las condiciones transmisibles y nutricionales alcanzaron el 6.6% del total, con mayor frecuencia en cabeceras, pero con más de 1,600 atenciones en zonas rurales, confirmando su persistencia como problema de salud pública asociado a determinantes sociales. Las lesiones representaron el 4.8% del total de atenciones, presentes en todos los tipos de área de residencia, mientras que las condiciones maternas y perinatales sumaron 22,620 atenciones (2.9%), con predominio en cabeceras, pero con 582 atenciones registradas en zonas rurales, lo que subraya la importancia de garantizar el acceso integral a servicios materno-infantiles en estos territorios.

**Morbilidad atendida Sucursal Bogotá 2024**

**Tabla 212 Primeras causas de atención Por consulta externa Bogotá 2024**

| BOGOTA POR ATENCIONES | CONSULTAS |
|---|---|
| Condiciones neuropsiquiatricas | 97,096 |
| Condiciones orales | 85,701 |
| Enfermedades cardiovasculares | 73,011 |
| Signos y sintomas mal definidos | 64,850 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 53,975 |
| Enfermedades genitourinarias | 49,704 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 32,161 |
| Desordenes endocrinos | 31,225 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 29,744 |
| Enfermedades digestivas | 28,801 |
| Enfermedades respiratorias | 24,852 |
| Neoplasias malignas | 21,362 |
| Infecciones respiratorias | 19,709 |
| Enfermedades de la piel | 19,379 |
| Diabetes mellitus | 17,930 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 15,046 |
| Condiciones maternas | 14,420 |
| Deficiencias nutricionales | 9,689 |
| Otras neoplasias | 7,394 |
| Condiciones derivadas durante el periodo perinatal | 5,395 |
| Anomalias congénitas | 4,974 |
| Lesiones no intensionales | 34 |
| Lesiones de intensionalidad indeterminada | 2 |
| Lesiones intensionales | 1 |
| **Total general** | **706,455** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 706,455 consultas externas en Bogotá, siendo las principales causas las condiciones neuropsiquiátricas, que ocuparon el primer lugar con 97,096 consultas (13.7% del total), reflejando la alta carga de enfermedad mental en la población y la creciente demanda de atención en salud mental. Le siguieron las condiciones orales con 85,701 consultas (12.1%), evidenciando la importancia de la salud bucal como un componente prioritario de atención en los servicios ambulatorios.

Las enfermedades cardiovasculares ocuparon el tercer lugar con 73,011 consultas (10.3%), confirmando su relevancia como causa de morbilidad crónica y de riesgo en salud pública. Los signos y síntomas mal definidos representaron el 9.2% de las consultas (64,850), evidenciando un volumen importante de atenciones por sintomatología inespecífica o diagnósticos en estudio. También se destacan las enfermedades musculoesqueléticas (53,975) y genitourinarias (49,704), ambas asociadas a patologías de curso prolongado que impactan la calidad de vida y la funcionalidad de los usuarios.

Los traumatismos y envenenamientos sumaron 32,161 consultas (4.6%), mientras que los desórdenes endocrinos y metabólicos, incluidas la diabetes y otros trastornos, concentraron más de 49,000 consultas. Las enfermedades de los órganos de los sentidos (29,744),

digestivas (28,801), respiratorias (24,852) e infecciones respiratorias (19,709) mantienen su peso como causas frecuentes de consulta, asociadas tanto a patologías agudas como crónicas.

Por su parte, las enfermedades de la piel, neoplasias malignas y otras neoplasias, así como las condiciones maternas y perinatales, también tuvieron representación significativa en la consulta externa, reflejando la necesidad de continuidad en la atención integral en salud sexual y reproductiva, oncológica y dermatológica. Las lesiones intencionales, no intencionales e indeterminadas tuvieron baja frecuencia absoluta en consultas ambulatorias.

En conjunto, este perfil evidencia que la mayor carga de consultas externas en Bogotá está dominada por problemas de salud mental, bucal, cardiovascular, musculoesquelético y genitourinario.

**Tabla 213 Primeras causas de atención Por urgencias Bogotá 2024**

| BOGOTA POR ATENCIONES | URGENCIAS |
|---|---|
| Signos y sintomas mal definidos | 1,858 |
| Enfermedades genitourinarias | 978 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 935 |
| Enfermedades digestivas | 913 |
| Neoplasias malignas | 643 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 544 |
| Enfermedades respiratorias | 396 |
| Enfermedades cardiovasculares | 373 |
| Infecciones respiratorias | 363 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 334 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 249 |
| Diabetes mellitus | 203 |
| Enfermedades de la piel | 140 |
| Condiciones maternas | 123 |
| Otras neoplasias | 108 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 93 |
| Desordenes endocrinos | 59 |
| Condiciones orales | 21 |
| Deficiencias nutricionales | 18 |
| Anomalias congénitas | 5 |
| Condiciones derivadas durante el periodo perinatal | 3 |
| **Total general** | **8,359** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 8,359 atenciones por urgencias en Bogotá para la población afiliada a Capital Salud. La principal causa de consulta por este servicio fueron los signos y síntomas mal definidos, con 1,858 atenciones (22.2% del total), lo que refleja la frecuente llegada de pacientes con sintomatología inespecífica o diagnósticos en proceso de definición. En segundo lugar, se ubicaron las enfermedades genitourinarias con 978

urgencias (11.7%), asociadas principalmente a infecciones urinarias complicadas y cuadros obstructivos.

Los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas representaron la tercera causa con 935 atenciones (11.2%), confirmando la relevancia de los eventos accidentales y violentos como motivo de consulta urgente. Las enfermedades digestivas alcanzaron 913 atenciones (10.9%), relacionadas con cuadros agudos como gastritis complicada, colecistitis o apendicitis.

Entre otras causas relevantes estuvieron las neoplasias malignas con 643 atenciones (7.7%), condiciones neuropsiquiátricas con 544 (6.5%), y las enfermedades respiratorias y cardiovasculares con 396 y 373 atenciones respectivamente, que mantienen su peso como causas de descompensaciones agudas y eventos críticos. Las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias sumaron 697 atenciones en conjunto (8.3%), reflejando la persistencia de enfermedades transmisibles como causa de consulta urgente.

Finalmente, otras causas como enfermedades musculoesqueléticas, diabetes mellitus, enfermedades de la piel y condiciones maternas registraron menor número absoluto de atenciones, pero continúan siendo importantes en el perfil de urgencias, mientras que las lesiones intencionales no aparecen de manera diferenciada, siendo incluidas en traumatismos y causas externas.

**Tabla 214 Primeras causas de atención Por Hospitalización Bogotá 2024**

| BOGOTA POR ATENCIONES | HOSPITALIZACIONES |
|---|---|
| Condiciones maternas | 1,948 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 1,943 |
| Enfermedades genitourinarias | 1,465 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 1,432 |
| Enfermedades digestivas | 1,160 |
| Enfermedades respiratorias | 1,033 |
| Signos y sintomas mal definidos | 917 |
| Enfermedades cardiovasculares | 910 |
| Infecciones respiratorias | 907 |
| Neoplasias malignas | 782 |
| Enfermedades de la piel | 462 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 316 |
| Diabetes mellitus | 316 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 261 |
| Otras neoplasias | 244 |
| Condiciones derivadas durante el periodo perinatal | 145 |
| Desordenes endocrinos | 125 |
| Deficiencias nutricionales | 103 |
| Condiciones orales | 97 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 72 |
| Anomalias congénitas | 40 |
| **Total general** | **14,678** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 14,678 hospitalizaciones en Bogotá para usuarios de Capital Salud. La principal causa de hospitalización fueron las condiciones maternas, con 1,948 casos (13.3% del total), reflejando la alta demanda de servicios de parto, cesárea y complicaciones obstétricas, lo que reafirma la importancia de garantizar atención oportuna e integral en salud materna e infantil.

En segundo lugar se ubicaron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, con 1,943 hospitalizaciones (13.2%), evidenciando el impacto de accidentes y eventos violentos en la ocupación hospitalaria y la necesidad de fortalecer la prevención de lesiones. Las enfermedades genitourinarias ocuparon el tercer lugar con 1,465 casos (10%), asociadas principalmente a infecciones urinarias complicadas y patologías obstructivas renales.

Las condiciones neuropsiquiátricas registraron 1,432 hospitalizaciones (9.8%), lo que confirma la importancia creciente de la salud mental en la demanda de servicios de mediana y alta complejidad. Les siguieron las enfermedades digestivas (1,160), respiratorias (1,033) e infecciones respiratorias (907), que en conjunto representan un volumen significativo de hospitalizaciones por patologías agudas, infecciosas y descompensaciones crónicas.

Los signos y síntomas mal definidos sumaron 917 hospitalizaciones (6.2%), reflejando ingresos por cuadros clínicos sin diagnóstico inicial claro. Las enfermedades cardiovasculares registraron 910 casos (6.2%), principalmente por descompensaciones como insuficiencia cardíaca o eventos coronarios. Otras causas relevantes incluyeron las neoplasias malignas (782), enfermedades de la piel (462), enfermedades infecciosas y parasitarias (316) y diabetes mellitus (316), todas asociadas a estadías prolongadas y alto costo.

Finalmente, las condiciones derivadas del periodo perinatal sumaron 145 hospitalizaciones, y las anomalías congénitas 40, reflejando la atención de recién nacidos con complicaciones y malformaciones.

**Morbilidad atendida Sucursal Meta 2024**

**Tabla 215 Primeras causas de atención Por consulta externa Meta 2024**

| META POR ATENCIONES | CONSULTAS |
|---|---|
| Signos y sintomas mal definidos | 10,058 |
| Enfermedades cardiovasculares | 8,098 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 5,729 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 3,685 |
| Enfermedades genitourinarias | 3,425 |
| Condiciones orales | 3,047 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 2,906 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 2,457 |
| Enfermedades digestivas | 2,327 |
| Diabetes mellitus | 2,093 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 1,891 |
| Desordenes endocrinos | 1,849 |

| | |
|---|---|
| **Enfermedades de la piel** | 1,607 |
| **Infecciones respiratorias** | 1,426 |
| **Enfermedades respiratorias** | 761 |
| **Neoplasias malignas** | 578 |
| **Condiciones maternas** | 405 |
| **Deficiencias nutricionales** | 361 |
| **Otras neoplasias** | 356 |
| **Anomalias congénitas** | 179 |
| **Lesiones no intensionales** | 115 |
| **Lesiones intensionales** | 11 |
| **Condiciones derivadas durante el periodo perinatal** | 7 |
| **Lesiones de intensionalidad indeterminada** | 2 |
| **Total general** | **53,373** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 53,373 consultas externas en el departamento del Meta para usuarios de Capital Salud. La principal causa de atención fueron los signos y síntomas mal definidos, con 10,058 consultas (18.8% del total), lo que refleja una alta proporción de consultas por sintomatología inespecífica o diagnósticos en proceso, sugiriendo la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva en el primer nivel de atención.

En segundo lugar se ubicaron las enfermedades cardiovasculares, con 8,098 consultas (15.2%), confirmando su relevancia como principal causa de morbilidad crónica en la población asegurada. Las condiciones neuropsiquiátricas ocuparon el tercer lugar con 5,729 consultas (10.7%), lo que evidencia la creciente demanda de atención en salud mental en este territorio.

Les siguieron las enfermedades musculo-esqueléticas (3,685) y genitourinarias (3,425), ambas asociadas a patologías crónicas que afectan la funcionalidad y la calidad de vida. Las condiciones orales registraron 3,047 consultas (5.7%), mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias sumaron 2,906 consultas (5.4%), reflejando la persistencia de infecciones transmisibles, en parte asociadas a determinantes sociales y ambientales del territorio.

Los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas representaron 2,457 consultas (4.6%), principalmente por accidentes y eventos violentos, y las enfermedades digestivas sumaron 2,327 consultas (4.4%). También destacan la diabetes mellitus (2,093), enfermedades de los órganos de los sentidos (1,891), desórdenes endocrinos (1,849) y enfermedades de la piel (1,607), todas con peso importante en la carga ambulatoria.

Finalmente, las infecciones respiratorias alcanzaron 1,426 consultas y las enfermedades respiratorias crónicas 761, mientras que las neoplasias malignas y otras neoplasias sumaron 934 consultas en conjunto, evidenciando la necesidad de fortalecer los programas de tamización y manejo integral oncológico. Las lesiones intencionales y no intencionales registraron pocos casos, al igual que las condiciones derivadas del periodo perinatal y las anomalías congénitas.

**Tabla 216 Primeras causas de atención Por urgencias Meta 2024**

| META POR ATENCIONES | URGENCIAS |
|---|---|
| Signos y sintomas mal definidos | 219 |
| Enfermedades digestivas | 92 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 65 |
| Enfermedades genitourinarias | 54 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 52 |
| Condiciones maternas | 41 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 38 |
| Enfermedades cardiovasculares | 38 |
| Diabetes mellitus | 26 |
| Infecciones respiratorias | 22 |
| Desordenes endocrinos | 20 |
| Enfermedades de la piel | 19 |
| Enfermedades respiratorias | 17 |
| Neoplasias malignas | 11 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 11 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 6 |
| Deficiencias nutricionales | 3 |
| Lesiones no intensionales | 2 |
| Otras neoplasias | 2 |
| Lesiones intensionales | 1 |
| **Total general** | **739** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 739 atenciones por urgencias en el departamento del Meta para usuarios de Capital Salud. La principal causa fueron los signos y síntomas mal definidos, con 219 atenciones (29.6% del total), evidenciando la alta proporción de pacientes que consultan por cuadros inespecíficos sin diagnóstico confirmado, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva y los procesos diagnósticos en la red de urgencias.

En segundo lugar se ubicaron las enfermedades digestivas con 92 atenciones (12.4%), seguidas por las enfermedades infecciosas y parasitarias con 65 (8.8%), reflejando la persistencia de infecciones gastrointestinales y otras enfermedades transmisibles como causa frecuente de consulta urgente. Las enfermedades genitourinarias registraron 54 atenciones (7.3%) y los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas sumaron 52 (7%), confirmando el impacto de los accidentes y eventos violentos en la demanda de servicios de urgencias.

Las condiciones maternas representaron 41 atenciones (5.5%), principalmente relacionadas con complicaciones obstétricas, mientras que las condiciones neuropsiquiátricas y cardiovasculares registraron 38 atenciones cada una (5.1%), reflejando descompensaciones agudas de estas patologías crónicas y de salud mental. Otras causas relevantes incluyeron la diabetes mellitus (26 atenciones), infecciones respiratorias (22), desórdenes endocrinos (20) y enfermedades de la piel (19).

Las enfermedades respiratorias crónicas sumaron 17 atenciones, y las neoplasias malignas 11, mientras que las lesiones intencionales, no intencionales y otras neoplasias registraron frecuencias mínimas

**Tabla 217 Primeras causas de atención Por Hospitalización Meta 2024**

| META POR ATENCIONES | HOSPITALIZACIONES |
|---|---|
| Condiciones neuropsiquiatricas | 222 |
| Signos y sintomas mal definidos | 136 |
| Enfermedades genitourinarias | 112 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 92 |
| Condiciones maternas | 79 |
| Enfermedades de la piel | 74 |
| Enfermedades digestivas | 60 |
| Infecciones respiratorias | 54 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 40 |
| Enfermedades respiratorias | 33 |
| Enfermedades cardiovasculares | 29 |
| Diabetes mellitus | 21 |
| Neoplasias malignas | 19 |
| Deficiencias nutricionales | 11 |
| Desordenes endocrinos | 8 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 7 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 6 |
| Condiciones orales | 4 |
| Lesiones no intensionales | 2 |
| Otras neoplasias | 2 |
| Lesiones intensionales | 1 |
| **Total general** | **1,012** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 1,012 hospitalizaciones en el departamento del Meta para usuarios de Capital Salud. La principal causa de hospitalización fueron las condiciones neuropsiquiátricas, con 222 casos (21.9% del total), reflejando la alta demanda de atención intrahospitalaria en salud mental, incluyendo descompensaciones de trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias.

En segundo lugar, se ubicaron los signos y síntomas mal definidos con 136 hospitalizaciones (13.4%), evidenciando ingresos por cuadros clínicos sin diagnóstico inicial claro, lo que sugiere posibles brechas en la capacidad diagnóstica previa o gravedad de los cuadros inespecíficos al ingreso. Las enfermedades genitourinarias ocuparon el tercer lugar con 112 casos (11.1%), principalmente por infecciones urinarias complicadas y patologías obstructivas.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias sumaron 92 hospitalizaciones (9.1%), seguidas por condiciones maternas con 79 casos (7.8%), que incluyen partos, cesáreas y complicaciones obstétricas. Otras causas relevantes fueron las enfermedades de la piel (74 hospitalizaciones), digestivas (60), infecciones respiratorias (54) y traumatismos,

envenenamientos y causas externas (40), que en conjunto reflejan eventos agudos de alta complejidad.

Las enfermedades respiratorias crónicas registraron 33 hospitalizaciones, enfermedades cardiovasculares 29 y diabetes mellitus 21, reflejando descompensaciones de enfermedades crónicas no transmisibles. Las neoplasias malignas sumaron 19 casos y las deficiencias nutricionales 11, mientras que las demás causas como desórdenes endocrinos, enfermedades musculo-esqueléticas y anomalías congénitas presentaron frecuencias menores.

En síntesis, este perfil muestra que las hospitalizaciones en Meta están dominadas por condiciones neuropsiquiátricas, signos y síntomas inespecíficos, enfermedades genitourinarias, infecciosas y maternas, lo que reafirma la importancia de fortalecer la atención primaria, el manejo integral de la salud mental y la continuidad de cuidado en enfermedades crónicas y materno-infantiles para reducir la demanda hospitalaria en este territorio.

**Morbilidad atendida Sucursal Soacha 2024**

**Tabla 218 Primeras causas de atención Por Consulta Soacha 2024**

| SOACHA POR ATENCIONES | CONSULTAS |
|---|---|
| Condiciones neuropsiquiatricas | 202 |
| Condiciones orales | 140 |
| Signos y sintomas mal definidos | 120 |
| Enfermedades cardiovasculares | 88 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 71 |
| Enfermedades musculo-esqueleticas | 69 |
| Enfermedades genitourinarias | 63 |
| Infecciones respiratorias | 62 |
| Desordenes endocrinos | 57 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 49 |
| Condiciones maternas | 43 |
| Enfermedades digestivas | 39 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 39 |
| Neoplasias malignas | 33 |
| Enfermedades respiratorias | 24 |
| Deficiencias nutricionales | 17 |
| Enfermedades de la piel | 17 |
| Diabetes mellitus | 13 |
| Otras neoplasias | 4 |
| Anomalias congénitas | 3 |
| Condiciones derivadas durante el periodo perinatal | 2 |
| **Total general** | **1,155** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 1,155 consultas externas en Soacha para usuarios de Capital Salud. La principal causa de atención fueron las condiciones neuropsiquiátricas, con 202 consultas (17.5% del total), reflejando la importancia creciente de la salud mental en la

demanda de servicios ambulatorios en el municipio. En segundo lugar, se ubicaron las condiciones orales con 140 consultas (12.1%), mostrando la relevancia de la salud bucal como necesidad prioritaria de la población afiliada.

Los signos y síntomas mal definidos representaron el 10.4% de las consultas (120), lo que evidencia atenciones por sintomatología inespecífica o diagnósticos en estudio. Les siguieron las enfermedades cardiovasculares con 88 consultas (7.6%), reflejando la carga de enfermedad crónica en la población adulta, y las enfermedades de los órganos de los sentidos con 71 consultas (6.1%).

Otras causas importantes fueron las enfermedades musculoesqueléticas (69), genitourinarias (63) e infecciones respiratorias (62), asociadas a patologías agudas y crónicas de alta frecuencia en la consulta externa. Los desórdenes endocrinos registraron 57 consultas (4.9%), principalmente relacionados con alteraciones tiroideas y metabólicas, y los traumatismos y otras causas externas sumaron 49 consultas (4.2%), reflejando accidentes leves atendidos en consulta externa.

Finalmente, se registraron frecuencias menores en condiciones maternas (43), enfermedades digestivas (39), infecciosas y parasitarias (39), neoplasias malignas (33), enfermedades respiratorias crónicas (24) y otras causas con menor volumen absoluto, como deficiencias nutricionales, diabetes mellitus, otras neoplasias y anomalías congénitas.

**Tabla 219 Primeras causas de atención Por Urgencias Soacha 2024**

| SOACHA POR ATENCIONES | URGENCIAS |
|---|---|
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 2 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 1 |
| Signos y sintomas mal definidos | 1 |
| Enfermedades digestivas | 1 |
| Enfermedades cardiovasculares | 1 |
| Enfermedades genitourinarias | 1 |
| **Total general** | **7** |

Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 7 atenciones por urgencias en Soacha para usuarios de Capital Salud. La principal causa correspondió a traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, con 2 atenciones (28.6% del total), reflejando que, aunque en bajo volumen absoluto, los eventos accidentales continúan siendo motivo de consulta urgente en este territorio.

Las demás causas registraron una atención cada una (14.3% respectivamente), incluyendo enfermedades infecciosas y parasitarias, signos y síntomas mal definidos, enfermedades digestivas, cardiovasculares y genitourinarias. Este perfil evidencia un volumen extremadamente bajo de atenciones por urgencias en Soacha durante 2024, lo cual puede deberse a subregistro, a la concentración de la demanda en otros municipios o a la baja población afiliada con requerimientos de atención urgente.

**Tabla 220 Primeras causas de atención Por Hospitalización Soacha 2024**

| SOACHA POR ATENCIONES | HOSPITALIZACIONES |
|---|---|
| Condiciones maternas | 7 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 5 |
| Infecciones respiratorias | 3 |
| Enfermedades de los organos de los sentidos | 3 |
| Enfermedades cardiovasculares | 2 |
| Enfermedades respiratorias | 2 |
| Enfermedades digestivas | 1 |
| Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas | 1 |
| Enfermedades de la piel | 1 |
| **Total general** | **25** |

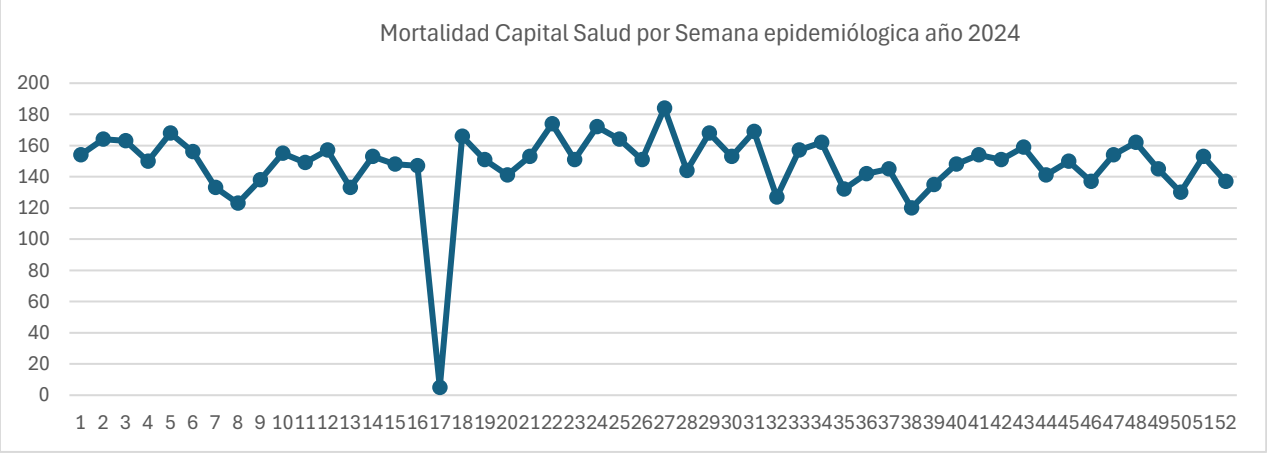
Fuente: Cubos ASIS RIPS 2024

En 2024, se registraron un total de 25 hospitalizaciones en Soacha para usuarios de Capital Salud. La principal causa correspondió a condiciones maternas, con 7 hospitalizaciones (28% del total), reflejando la demanda de atención intrahospitalaria por parto, cesárea y complicaciones obstétricas en mujeres afiliadas del municipio.

En segundo lugar, se ubicaron las condiciones neuropsiquiátricas, con 5 hospitalizaciones (20%), evidenciando la necesidad de servicios de hospitalización en salud mental para manejo de descompensaciones psiquiátricas o crisis. Las infecciones respiratorias y las enfermedades de los órganos de los sentidos registraron 3 hospitalizaciones cada una (12% respectivamente), mientras que las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas sumaron 2 hospitalizaciones cada una (8% cada causa). Finalmente, se reportaron hospitalizaciones por enfermedades digestivas, traumatismos y enfermedades de la piel con 1 caso cada una (4% respectivamente), mostrando una distribución dispersa del resto de causas de hospitalización.

## 12. Mortalidad Capital Salud diciembre 2024

**Gráfica 76 Mortalidad Capital Salud por Semana Epidemiológica año 2024**

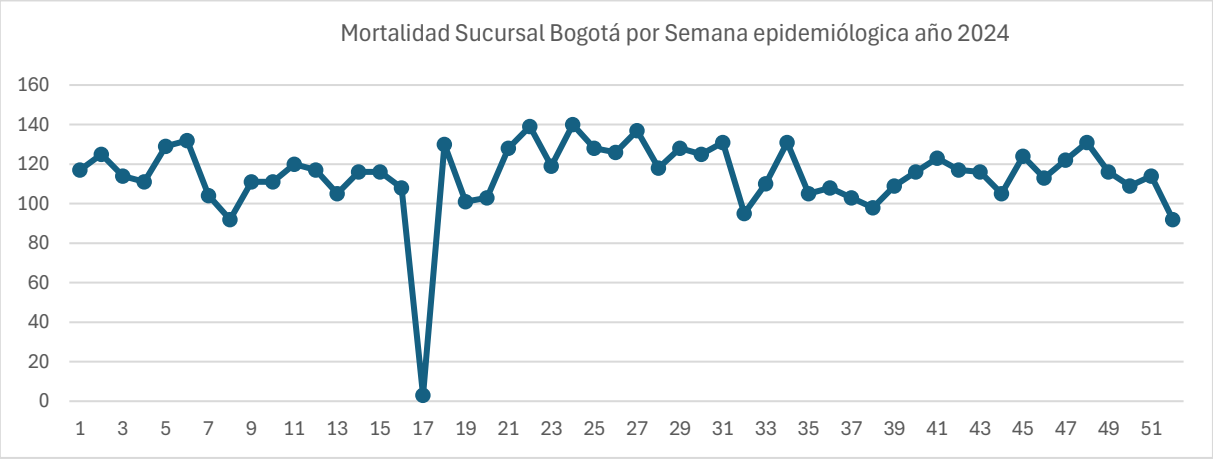



Fuente: Cubos RUAF ND 2024

En 2024 se registró un total de 7,678 muertes en la población afiliada a Capital Salud, distribuidas a lo largo de las 52 semanas epidemiológicas. El promedio semanal fue de aproximadamente 148,1 muertes, observándose fluctuaciones leves sin picos epidémicos marcados. La semana con mayor número de muertes fue la 27, con 184 casos, seguida por las semanas 22 (174), 25 (172), 21 (153) y 31 (169), mientras que la semana con menor mortalidad fue la 17, con solo 5 muertes reportadas, lo que probablemente corresponde a un error de registro o consolidación de datos, dado que difiere notablemente del comportamiento semanal esperado.

En general, se evidenció estabilidad relativa en las semanas epidemiológicas, manteniéndose la mortalidad en rangos entre 120 y 170 muertes semanales en la mayor parte del año, sin aumentos sustanciales que sugieran brotes o eventos inusitados de salud pública.

**Gráfica 77 Mortalidad Sucursal Bogotá por Semana Epidemiológica año 2024**

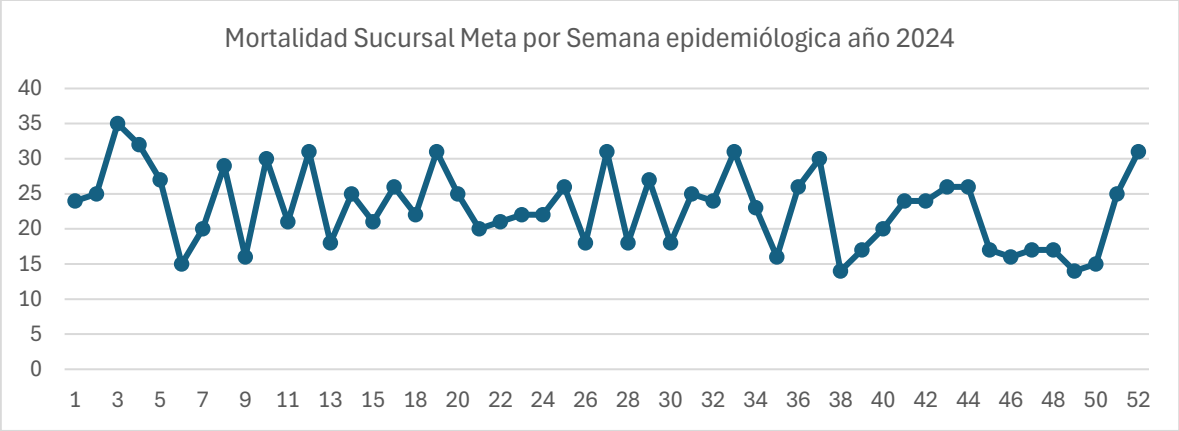



Fuente: Cubos RUAF ND 2024

En 2024 se registraron un total de 5,941 muertes en la población afiliada de Capital Salud en Bogotá, con un promedio semanal de aproximadamente 114.2 defunciones. La mortalidad mostró relativa estabilidad a lo largo del año, con mayor número de muertes en la semana 22 (139 defunciones), semana 24 (140) y semana 25 (128), evidenciando ligeros picos, pero sin incrementos abruptos que sugieran eventos epidémicos significativos.

La semana con menor mortalidad reportada fue la 17, con solo 3 muertes, un valor atípico que probablemente refleja un subregistro o inconsistencia en el cargue de información, similar a lo observado en el consolidado nacional. Durante el resto del año, la mortalidad se mantuvo en rangos entre 92 y 140 muertes semanales, con oscilaciones que corresponden al comportamiento habitual de mortalidad general en una población asegurada mayoritariamente urbana y con alta prevalencia de enfermedades crónicas.

**Gráfica 78 Mortalidad Sucursal Meta por Semana Epidemiológica año 2024**

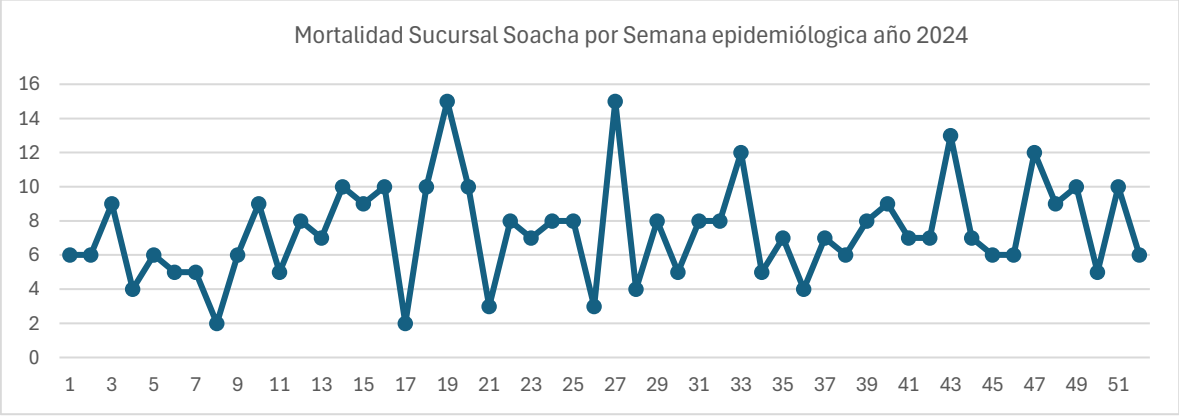



Fuente: Cubos RUAF ND 2024

En 2024 se registraron un total de 1,174 muertes en la población afiliada a Capital Salud en Meta, con un promedio semanal de aproximadamente 22.6 defunciones. La mortalidad se mantuvo relativamente estable durante el año, con mayor número de muertes en la semana 3 (35 defunciones), seguida de las semanas 2 (25), 19 (31) y 27 (31). En contraste, las semanas con menor número de defunciones fueron la 7 (15 muertes) y la 49 (14 muertes), sin semanas con valores atípicos extremadamente bajos como los observados en otras sucursales.

El comportamiento semanal evidencia oscilaciones leves que corresponden al patrón habitual de mortalidad general en esta población asegurada, sin picos epidémicos significativos ni incrementos abruptos que sugieran eventos de alto impacto sanitario en el territorio durante 2024. Este perfil sugiere estabilidad en el comportamiento de la mortalidad general en Meta

**Gráfica 79 Mortalidad Sucursal Soacha por Semana Epidemiológica año 2024**




Fuente: Cubos RUAF ND 2024

En 2024 se registraron un total de 385 muertes en la población afiliada a Capital Salud en Soacha, con un promedio semanal de aproximadamente 7.4 defunciones. La mortalidad presentó un comportamiento estable durante el año, con semanas de mayor número de muertes como la 19 y 27 (15 defunciones cada una), así como la semana 33 (12 muertes) y la 47 (12 muertes). Las semanas con menor mortalidad fueron la 8 y la 17, con solo 2 muertes cada una, sin valores atípicos extremos.

En general, las defunciones oscilaron entre 2 y 15 por semana, evidenciando un patrón de mortalidad esperado para una población asegurada relativamente pequeña en este municipio, sin incrementos abruptos que sugieran eventos epidémicos o emergencias sanitarias relevantes en el periodo evaluado.

Este comportamiento refleja estabilidad en la mortalidad general de Soacha durante 2024, siendo clave mantener la vigilancia y calidad del registro para la identificación temprana de cambios inusuales o eventos de interés en salud pública.

## 13. Eventos de Interés en Salud Publica Capital Salud a semana 52 de 2024

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) constituye una herramienta fundamental para la recolección, análisis e interpretación sistemática de datos relacionados con eventos de interés en salud pública, permitiendo la identificación temprana de riesgos, la formulación de intervenciones oportunas y el fortalecimiento de las acciones de prevención y control en el territorio nacional.

Dentro de este sistema, los eventos de interés en salud pública comprenden un conjunto de enfermedades transmisibles, no transmisibles, condiciones asociadas a factores de riesgo, eventos de violencia, lesiones, mortalidad y condiciones especiales de salud que, por su impacto en la morbi-mortalidad y su potencial de propagación o afectación individual y colectiva, requieren seguimiento, notificación y análisis continuo.

Su vigilancia permite orientar la gestión del riesgo en salud, priorizar intervenciones en el marco de la gestión integral del riesgo, evaluar la efectividad de los programas de salud pública y garantizar la articulación entre los actores del sistema, contribuyendo así a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población afiliada.

**Tabla 221 Eventos de Interés en Salud Publica por Sucursal a semana 52 de 2024**

| EVENTO | BOGOTA | META | SOACHA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉ | 8558 | 708 | 40 | 9306 |
| AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANS | 3033 | 900 | 18 | 3951 |
| DENGUE | 639 | 1829 | 0 | 2468 |
| ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA) | 1545 | 24 | 4 | 1573 |
| DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS | 747 | 168 | 5 | 920 |
| INTENTO DE SUICIDIO | 770 | 122 | 7 | 899 |
| MORBILIDAD MATERNA EXTREMA | 679 | 74 | 3 | 756 |
| VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA | 563 | 60 | 6 | 629 |
| DEFECTOS CONGENITOS | 558 | 39 | 4 | 601 |
| INTOXICACIONES | 383 | 186 | 3 | 572 |
| TUBERCULOSIS | 420 | 117 | 1 | 538 |
| IRA POR VIRUS NUEVO | 385 | 54 | 2 | 441 |
| ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS | 382 | 20 | 0 | 402 |
| VARICELA INDIVIDUAL | 312 | 84 | 1 | 397 |
| CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO | 321 | 14 | 0 | 335 |
| INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSIT | 231 | 92 | 1 | 324 |
| SIFILIS GESTACIONAL | 190 | 58 | 0 | 248 |
| MALARIA | 150 | 90 | 0 | 240 |
| IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDI | 170 | 26 | 0 | 196 |
| SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA | 183 | 2 | 1 | 186 |
| INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PRO | 143 | 17 | 0 | 160 |
| MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA | 108 | 36 | 2 | 146 |
| TOS FERINA | 133 | 4 | 1 | 138 |
| HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA | 110 | 12 | 1 | 123 |
| PAROTIDITIS | 93 | 10 | 1 | 104 |
| ACCIDENTE OFIDICO | 9 | 77 | 0 | 86 |
| CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS | 66 | 19 | 0 | 85 |
| LEPTOSPIROSIS | 50 | 13 | 0 | 63 |
| SARAMPION | 58 | 1 | 1 | 60 |
| MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCO | 58 | 2 | 0 | 60 |
| SIFILIS CONGENITA | 46 | 8 | 0 | 54 |
| LEISHMANIASIS CUTANEA | 29 | 24 | 0 | 53 |
| LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y | 39 | 2 | 1 | 42 |
| ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA | 25 | 15 | 0 | 40 |
| DENGUE GRAVE | 8 | 19 | 0 | 27 |
| HEPATITIS A | 9 | 13 | 0 | 22 |
| VIRUS MPOX | 17 | 1 | 0 | 18 |
| LESIONES DE CAUSA EXTERNA | 12 | 5 | 0 | 17 |
| VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE | 10 | 3 | 0 | 13 |
| RUBEOLA | 13 | 0 | 0 | 13 |
| ZIKA | 12 | 0 | 0 | 12 |
| EVENTO ADVERSO GRAVE POSTERIOR A LA VACUNACIÓ | 11 | 0 | 0 | 11 |
| MORTALIDAD MATERNA | 11 | 0 | 0 | 11 |
| FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA | 5 | 6 | 0 | 11 |
| EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER | 6 | 3 | 0 | 9 |
| BAJO PESO AL NACER | 2 | 6 | 0 | 8 |
| CHAGAS | 2 | 5 | 0 | 7 |
| MORTALIDAD POR DENGUE | 0 | 6 | 0 | 6 |
| FIEBRE AMARILLA | 5 | 0 | 0 | 5 |
| PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS) | 4 | 1 | 0 | 5 |
| ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS | 3 | 1 | 0 | 4 |
| LEPRA | 4 | 0 | 0 | 4 |
| ACCIDENTES POR OTROS ANIMALES VENENOSOS | 0 | 3 | 0 | 3 |
| SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑO | 2 | 0 | 0 | 2 |
| MORTALIDAD MATERNA - DATOS BÁSICOS | 2 | 0 | 0 | 2 |
| TETANOS ACCIDENTAL | 1 | 1 | 0 | 2 |
| LEISHMANIASIS MUCOSA | 0 | 1 | 0 | 1 |
| **Total general** | **21325** | **4981** | **103** | **26409** |

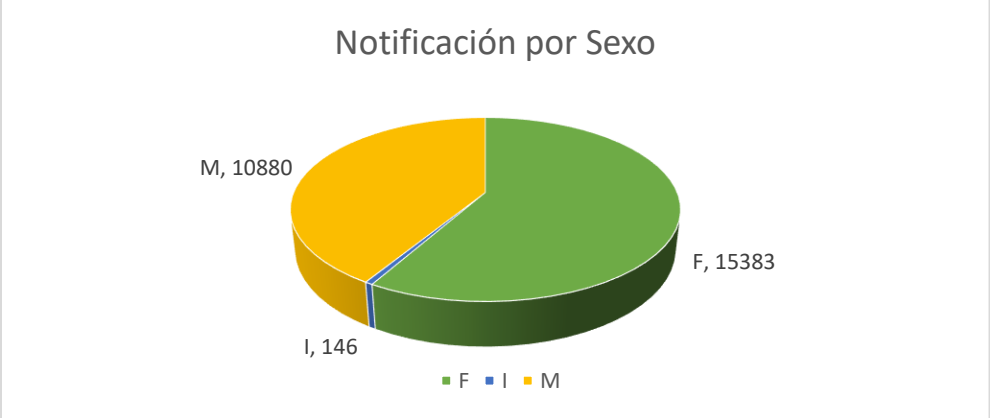
Fuente: Sivigila semana Validada 52 de 2024

Durante 2024, Capital Salud notificó un total de 26,409 eventos de interés en salud pública, sin ajustes de casos ni descartes, reflejando la totalidad de notificaciones generadas por la red prestadora. El 81% de los eventos se reportaron en Bogotá (21,325), 19% en Meta (4,981) y menos del 1% en Soacha (103).

Las principales notificaciones correspondieron a vigilancia en salud pública de la violencia de género con 9,306 casos (35% del total), agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (3,951 casos, 15%), dengue (2,468 casos, 9%) y ESI-IRAG (vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave) con 1,573 casos (6%). Igualmente, se notificaron 756 casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, 890 intentos de suicidio y 629 casos de mortalidad materna extrema, eventos con alta relevancia en salud pública y gestión del riesgo. Entre los eventos de notificación obligatoria de mayor severidad se reportaron 11 casos de mortalidad materna, 27 de dengue grave, 5 de fiebre amarilla, 3 de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, y 2 casos de mortalidad por dengue. Adicionalmente, se notificaron casos aislados de lepra (1), leishmaniasis mucosa (1) y tétanos accidental (2), evidenciando la persistencia de eventos de baja frecuencia, pero alta importancia epidemiológica.

Es importante resaltar que estas cifras corresponden a la notificación total sin depuración, y por tanto pueden incluir casos probables, en estudio o posteriormente descartados por las autoridades de salud. Sin embargo, representan un insumo clave para el análisis situacional, vigilancia activa y la planeación de intervenciones diferenciales en el marco de la gestión integral del riesgo en salud.

**Gráfica 80 Eventos de Interés en Salud Publica por Sexo a semana 52 de 2024**




Fuente: Sivigila semana Validada 52 de 2024

En el análisis de la notificación por sexo de los eventos de interés en salud pública reportados por Capital Salud durante 2024, se observa que el 59.6% de los casos corresponden a mujeres (15,383 notificaciones), el 39.8% a hombres (10,880 notificaciones) y el 0.6% a personas intersex o sin definición registrada (146 notificaciones). Este comportamiento refleja un predominio femenino en la notificación, coherente con los eventos que afectan mayoritariamente a mujeres, como la violencia basada en género, la mortalidad materna extrema, las condiciones maternas perinatales y las enfermedades neuropsiquiátricas. Sin embargo, también se identifica una proporción significativa de notificaciones en hombres, asociadas principalmente a agresiones por animales transmisores de rabia, enfermedades transmisibles y traumatismos. La categoría intersex o sin definir representa un bajo porcentaje, lo que sugiere oportunidades de fortalecimiento

en la calidad de los registros y en la aplicación del enfoque diferencial y de género dentro de los sistemas de información y las rutas de atención en salud.

**Tabla 222 Eventos de Interés en Salud Publica por clasificación a semana 52 de 2024**

| EVENTO | CONFIRMADO | DESCARTADO | PROBABLE | Total general |
|---|---|---|---|---|
| VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E | 0 | 0 | 9306 | 9306 |
| AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORI | 3951 | 0 | 0 | 3951 |
| DENGUE | 836 | 620 | 1012 | 2468 |
| ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA) | 1053 | 432 | 88 | 1573 |
| DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS | 851 | 69 | 0 | 920 |
| INTENTO DE SUICIDIO | 899 | 0 | 0 | 899 |
| MORBILIDAD MATERNA EXTREMA | 751 | 5 | 0 | 756 |
| VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA | 628 | 1 | 0 | 629 |
| DEFECTOS CONGENITOS | 464 | 86 | 51 | 601 |
| INTOXICACIONES | 527 | 16 | 29 | 572 |
| TUBERCULOSIS | 518 | 20 | 0 | 538 |
| IRA POR VIRUS NUEVO | 440 | 1 | 0 | 441 |
| ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS | 402 | 0 | 0 | 402 |
| VARICELA INDIVIDUAL | 397 | 0 | 0 | 397 |
| CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO | 332 | 3 | 0 | 335 |
| INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA | 64 | 248 | 12 | 324 |
| SIFILIS GESTACIONAL | 241 | 7 | 0 | 248 |
| MALARIA | 239 | 1 | 0 | 240 |
| IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL | 193 | 3 | 0 | 196 |
| SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA | 0 | 180 | 6 | 186 |
| INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIM | 158 | 2 | 0 | 160 |
| MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA | 142 | 4 | 0 | 146 |
| TOS FERINA | 5 | 130 | 3 | 138 |
| HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA | 119 | 4 | 0 | 123 |
| PAROTIDITIS | 103 | 1 | 0 | 104 |
| ACCIDENTE OFIDICO | 86 | 0 | 0 | 86 |
| CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS | 45 | 27 | 13 | 85 |
| LEPTOSPIROSIS | 5 | 31 | 27 | 63 |
| SARAMPION | 0 | 60 | 0 | 60 |
| MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA | 27 | 32 | 1 | 60 |
| SIFILIS CONGENITA | 50 | 4 | 0 | 54 |
| LEISHMANIASIS CUTANEA | 53 | 0 | 0 | 53 |
| LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS | 40 | 2 | 0 | 42 |
| ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA) | 27 | 0 | 13 | 40 |
| DENGUE GRAVE | 18 | 2 | 7 | 27 |
| HEPATITIS A | 22 | 0 | 0 | 22 |
| VIRUS MPOX | 1 | 16 | 1 | 18 |
| LESIONES DE CAUSA EXTERNA | 0 | 2 | 15 | 17 |
| VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO | 10 | 2 | 1 | 13 |
| RUBEOLA | 1 | 12 | 0 | 13 |
| ZIKA | 0 | 12 | 0 | 12 |
| EVENTO ADVERSO GRAVE POSTERIOR A LA VACUNACIÒN | 2 | 6 | 3 | 11 |
| MORTALIDAD MATERNA | 11 | 0 | 0 | 11 |
| FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA | 5 | 5 | 1 | 11 |
| EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER | 6 | 2 | 1 | 9 |
| BAJO PESO AL NACER | 8 | 0 | 0 | 8 |
| CHAGAS | 5 | 1 | 1 | 7 |
| MORTALIDAD POR DENGUE | 2 | 1 | 3 | 6 |
| FIEBRE AMARILLA | 1 | 4 | 0 | 5 |
| PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS) | 0 | 5 | 0 | 5 |
| ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS | 2 | 1 | 1 | 4 |
| LEPRA | 4 | 0 | 0 | 4 |
| ACCIDENTES POR OTROS ANIMALES VENENOSOS | 3 | 0 | 0 | 3 |
| SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS ASOC | 1 | 1 | 0 | 2 |
| MORTALIDAD MATERNA - DATOS BÁSICOS | 2 | 0 | 0 | 2 |
| TETANOS ACCIDENTAL | 1 | 1 | 0 | 2 |
| LEISHMANIASIS MUCOSA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **Total general** | **13752** | **2062** | **10595** | **26409** |

Fuente: Sivigila semana Validada 52 de 2024

En el análisis de la notificación de eventos de interés en salud pública por clasificación de caso para Capital Salud 2024, se evidencia que del total de 26,409 notificaciones, el 52.1% corresponde a casos confirmados (13,752 casos), el 40.1% a casos probables (10,595 casos) y el 7.8% a casos descartados (2,062 casos). Este patrón refleja que más de la mitad de los casos notificados se confirman, destacándose eventos como violencia de género, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, desnutrición aguda en menores de cinco años, morbilidad materna extrema e intento de suicidio, que presentan una alta proporción de confirmación y responden a mandatos de notificación inmediata o prioritaria en el sistema de vigilancia. Sin embargo, se observa también una proporción relevante de casos probables, principalmente en dengue, ESI-IRAG y sífilis gestacional, donde la confirmación puede depender de resultados laboratoriales o criterios clínicos complementarios, requiriendo seguimiento para su cierre oportuno. Por su parte, la proporción de descartados, aunque menor, evidencia la importancia de los procesos de tamización y vigilancia activa, siendo clave fortalecer los tiempos de clasificación y depuración para garantizar la calidad y oportunidad de la información reportada. Este comportamiento es coherente con el volumen de población afiliada, el perfil epidemiológico y las capacidades diagnósticas y de notificación de la red prestadora y de la EPS.

## 14. Indicadores de Modelo Gestión del Riesgo Capital Salud diciembre 2024

**Tabla 223 Indicadores Modelo Gestión del Riesgo**

| INDICADORES | META | TERRITORIO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | dic-24 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA en personas de 18 a 69 años | >16,26% | BOGOTA | 54.74 | 52.06 | 53.01 | 55.06 |
| | | META | 34.65 | 32.64 | 34.95 | 37.23 |
| | | SOACHA | - | - | - | 34.48 |
| | | **NACIONAL** | 51.34 | 48.68 | 49.69 | 51.39 |
| Porcentaje de pacientes hipertensos controlados <60 años | >55% | BOGOTA | 35.23 | 45.82 | 46.63 | 46.86 |
| | | META | 33.62 | 48.00 | 56.74 | 61.24 |
| | | SOACHA | - | - | - | 40.67 |
| | | **NACIONAL** | 35.05 | 46.06 | 47.88 | 49.04 |
| Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 60 años | >50% | BOGOTA | 46.80 | 57.25 | 62.07 | 63.15 |
| | | META | 37.70 | 58.31 | 64.98 | 70.37 |
| | | SOACHA | - | - | - | 47.34 |
| | | **NACIONAL** | 46.01 | 57.37 | 62.40 | 64.09 |
| Porcentaje de captación de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años régimen subsidiado | >25.20% | BOGOTA | 152.09 | 120.88 | 122.20 | 128.52 |
| | | META | 101.99 | 94.99 | 93.78 | 99.29 |
| | | SOACHA | - | - | - | 80.22 |
| | | **NACIONAL** | 143.62 | 116.37 | 116.98 | 122.39 |
| Porcentaje de pacientes diabéticos controlados | ≥45% | BOGOTA | 25.22 | 32.44 | 34.17 | 34.32 |
| | | META | 20.52 | 27.46 | 30.41 | 32.68 |
| | | SOACHA | - | - | - | 23.37 |
| | | **NACIONAL** | 24.64 | 31.79 | 33.66 | 34.05 |

Fuente: Indicadores de Modelo y Gestion del Riesgo corte 2021-2022-2023-2024

Los indicadores de riesgo cardiovascular muestran un comportamiento favorable en la captación de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años, superando ampliamente la meta del 16.26% en todos los territorios y a nivel nacional, con un aumento sostenido desde

2021 hasta 2024, destacándose Bogotá con un valor de 55.06% en 2024. Respecto al control de pacientes hipertensos menores de 60 años, aunque persiste un incumplimiento frente a la meta del 55% en Bogotá y Soacha, se evidencia mejoría progresiva; Meta ya supera la meta desde 2022 (61.24% en 2024) y a nivel nacional se logra un control del 49.04%, cercano a la meta. Para pacientes hipertensos mayores de 60 años se reporta cumplimiento sostenido en Bogotá (63.15%) y Meta (70.37%), logrando superar la meta nacional (>50%) con un valor de 64.09% en 2024.

En diabetes mellitus, la captación en personas de 18 a 69 años presenta resultados muy superiores a la meta del 25.20%, con valores nacionales de 122.38% en 2024, observándose un leve descenso en Meta, pero manteniéndose por encima de la meta (99.29%). Finalmente, el porcentaje de pacientes diabéticos controlados continúa por debajo de la meta del 45% en todos los territorios, con resultados nacionales de 23.37% en 2024, sin cambios significativos desde 2021

| INDICADORES | META | TERRITORIO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | dic-24 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tasa de incidencia de sífilis congénita | ≤ 0.5 casos, incluidos los mortinatos x 1.000 nacidos vivos | BOGOTA | 8.96 | 11.25 | 8.24 | 7.46 |
| | | META | 5.76 | 3.76 | 2.40 | 3.61 |
| | | SOACHA | - | - | - | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 8.13 | 9.03 | 6.56 | 6.33 |
| Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal | ≥80% | BOGOTA | 64.01 | 70.55 | 73.26 | 73.01 |
| | | META | 65.71 | 67.47 | 69.06 | 72.73 |
| | | SOACHA | - | - | - | 46.67 |
| | | **NACIONAL** | 64.43 | 69.77 | 72.30 | 72.75 |
| Porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes | ≥95% | BOGOTA | 96.29 | 96.85 | 98.55 | 97.22 |
| | | META | 75.53 | 89.72 | 96.06 | 97.51 |
| | | SOACHA | - | - | - | 90.00 |
| | | **NACIONAL** | 91.13 | 95.04 | 97.98 | 97.25 |
| Porcentaje de mujeres con toma de citología cervicouterina | ≥80% | BOGOTA | 69.11 | 70.41 | 56.21 | 47.55 |
| | | META | 37.19 | 73.61 | 66.49 | 69.35 |
| | | SOACHA | - | - | - | 14.43 |
| | | **NACIONAL** | 61.06 | 70.87 | 58.06 | 51.36 |
| Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix | 2018-2023= ≤ 6.4 por 100.000 mujeres Desde 2024= ≤ 12.7 por 100.000 mujeres (Incidencia país de cáncer de cérvix invasivo) | BOGOTA | - | 16.86 | 12.45 | 14.22 |
| | | META | - | 2.57 | 4.24 | 6.78 |
| | | SOACHA | - | - | - | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | - | 14.23 | 10.88 | 12.63 |
| Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia | ≥80% | BOGOTA | 84.80 | 80.06 | 57.90 | 69.03 |
| | | META | 39.58 | 50.82 | 40.28 | 35.93 |
| | | SOACHA | - | - | - | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 77.46 | 73.03 | 51.38 | 54.03 |
| Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer | <=10% | BOGOTA | 7.01 | 8.10 | 7.94 | 9.30 |
| | | META | 2.51 | 2.86 | 2.44 | 2.50 |
| | | SOACHA | - | - | - | 4.44 |
| | | **NACIONAL** | 5.85 | 6.54 | 6.35 | 7.37 |
| Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año | >95% | BOGOTA | 80.53 | 70.58 | 83.74 | 78.22 |
| | | META | 72.26 | 63.81 | 79.43 | 73.56 |
| | | SOACHA | - | - | - | 74.75 |
| | | **NACIONAL** | 78.98 | 69.28 | 82.85 | 77.23 |

Fuente: Indicadores de Modelo y Gestion del Riesgo corte 2021-2022-2023-2024

Se observa que la tasa de incidencia de sífilis congénita no cumple la meta (≤0.5 casos x 1.000 nacidos vivos) en ninguno de los territorios, excepto en Soacha, que reporta 0.00 en 2024. Bogotá presenta 7.46 y Meta 3.61, cifras considerablemente superiores al umbral

permitido, lo cual evidencia fallas en el tamizaje oportuno, el tratamiento adecuado de gestantes con sífilis y la gestión de riesgo de transmisión vertical. El porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal presenta resultados inferiores a la meta (≥80%) en Bogotá (75.45%) y Soacha (46.67%), mientras Meta registra 72.73% en 2024, reflejando avances parciales, pero aún con brechas importantes para garantizar el inicio oportuno del cuidado prenatal. Para el porcentaje de tamización para VIH en gestantes, se observa cumplimiento de la meta (≥95%) en Bogotá (97.22%) y Meta (97.51%) durante 2024, asegurando así la prevención de la transmisión materno-infantil. Soacha no reporta datos en este periodo.

El porcentaje de mujeres con toma de citología cervicouterina está muy por debajo de la meta (≥80%) en los tres territorios, con descenso en Bogotá (47.55% en 2024) y bajo desempeño en Meta (14.35%), lo que refleja importantes debilidades en la cobertura de tamización para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. En relación con la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino invasivo, Meta (6.78 por 100.000) y Soacha (0.00) cumplen con la meta (≤12.7 para 2024), mientras Bogotá la supera con 14.22, lo cual indica necesidad de intensificar las intervenciones de prevención, tamización y tratamiento oportuno. El porcentaje de mujeres con citología anormal que cumplen el estándar de ≤30 días para colposcopia es inferior a la meta (≥80%) en todos los territorios, con Bogotá alcanzando 69.03% y Meta 35.93%, evidenciando barreras en la oportunidad de diagnóstico confirmatorio y manejo.

En el indicador de nacidos con bajo peso al nacer (<10%), los tres territorios cumplen la meta, presentando valores favorables: Bogotá (7.04%), Meta (2.30%) y Soacha (3.26%) en 2024. Finalmente, el porcentaje de esquemas completos de vacunación en menores de 1 año (≥95%) no alcanza la meta en ningún territorio. Los resultados nacionales (77.23%) y territoriales (Bogotá 72.78%, Meta 73.05%, Soacha 77.35%) reflejan brechas significativas en cobertura que pueden generar riesgos de reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles.

| INDICADORES | META | TERRITORIO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | dic-24 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| porcentaje de tamización bianual con mamografía de mujeres entre los 50 y 69 años | ≥70% | BOGOTA | 41.93 | 67.81 | 75.26 | 73.86 |
| | | META | 57.57 | 73.77 | 83.20 | 83.82 |
| | | SOACHA | - | - | - | 36.22 |
| | | **NACIONAL** | 44.23 | 68.71 | 76.52 | 75.31 |
| Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama | 30 días | BOGOTA | 29.93 | 28.99 | 23.10 | 80.13 |
| | | META | 25.50 | 16.00 | 25.67 | 111.38 |
| | | SOACHA | - | - | - | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 29.82 | 28.63 | 23.22 | 81.87 |

Fuente: Indicadores de Modelo y Gestion del Riesgo corte 2021-2022-2023-2024

Tamización bianual con mamografía A nivel nacional y en territorios como Bogotá y Meta, la cobertura ha mejorado de forma sostenida desde 2021, alcanzando y manteniendo la meta desde 2023. Meta destaca con coberturas superiores al 80% en los últimos dos años. Sin embargo, Soacha, que reporta por primera vez en 2024, presenta una cobertura crítica

del 36.22%, lo que refleja serias brechas en acceso o implementación del programa de tamización.

Tiempo promedio de espera para inicio del tratamientoEntre 2021 y 2023, se cumplió la meta a nivel nacional y en casi todos los territorios. Pero en 2024 hay un deterioro grave: el promedio nacional sube a 81.87 días, Bogotá llega a 80.13 y Meta a 111.38, lo que indica una crisis en la oportunidad del tratamiento. Soacha reporta 0.00, dato que probablemente refleja ausencia de casos o fallas en el registro.

| INDICADORES | META | TERRITORIO | dic-21 | dic-22 | dic-23 | dic-24 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razón de mortalidad materna | 2018-2024 ≤ 51 por cada 100.000 nacidos vivos<br>2025 ≤ 32 por cada 100.000 nacidos vivos | BOGOTA | 94.31 | 47.55 | 32.39 | 53.66 |
| | | META | 116.05 | 37.59 | 80.03 | 0.00 |
| | | SOACHA | - | - | - | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 99.93 | 44.60 | 46.11 | 38.29 |
| Tasa de mortalidad infantil | ≤ 14.50 por cada 1000 nacidos vivos | BOGOTA | 11.05 | 14.74 | 15.22 | 13.41 |
| | | META | 5.80 | 9.40 | 7.60 | 6.82 |
| | | SOACHA | - | - | 0.00 | 44.44 |
| | | **NACIONAL** | 9.69 | 13.16 | 13.03 | 11.74 |
| Tasa de mortalidad perinatal | ≤ 13.5 por cada 1000 nacidos vivos | BOGOTA | 17.14 | 20.61 | 22.02 | 19.50 |
| | | META | 18.43 | 12.41 | 13.61 | 15.01 |
| | | SOACHA | - | - | 0 | 44.44 |
| | | **NACIONAL** | 17.48 | 18.17 | 19.60 | 18.38 |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición | 6 muertes por 100.000 niños < 5 años | BOGOTA | 0.00 | 4.28 | 3.12 | 0.00 |
| | | META | 5.96 | 12.07 | 12.49 | 13.12 |
| | | SOACHA | - | - | 0.00 | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 1.17 | 5.77 | 5.00 | 2.75 |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) | Mantener por debajo de 12,6 muertes x cada 100.000 niños <5 años | BOGOTA | 18.85 | 32.78 | 28.10 | 14.02 |
| | | META | 5.96 | 30.18 | 31.24 | 6.56 |
| | | SOACHA | - | - | 0.00 | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 16.33 | 32.28 | 28.72 | 12.38 |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) | Mantener por debajo de 3,5 muertes x cada 100.000 niños <5 años | BOGOTA | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | | META | 0.00 | 6.04 | 0.00 | 0.00 |
| | | SOACHA | - | - | 0.00 | 0.00 |
| | | **NACIONAL** | 0.00 | 1.15 | 0.00 | 0.00 |

Fuente: Indicadores de Modelo y Gestion del Riesgo corte 2021-2022-2023-2024

El análisis de los indicadores de salud materno-infantil muestra avances importantes, pero también retrocesos y disparidades preocupantes entre territorios. A nivel nacional, la razón de mortalidad materna ha mejorado, cumpliendo la meta desde 2022, aunque en 2024 aumentó levemente a 38.29. Bogotá y Meta ven un retroceso en 2024 (53.66 y 80.03 respectivamente), superando el umbral de 51 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que indica la necesidad de reforzar la atención obstétrica y las rutas de alto riesgo. Soacha reporta 0, lo que probablemente se deba a subregistro o ausencia de casos reportados.

En cuanto a la mortalidad infantil, se cumple la meta nacional de ≤14.5 por cada 1000 nacidos vivos desde 2022, con cifras descendentes en Bogotá y Meta. Sin embargo, Soacha presenta un valor crítico en 2024 (44.44), lo que evidencia serias deficiencias en la atención a la primera infancia en ese territorio. La mortalidad perinatal, por su parte, no ha

logrado cumplir la meta nacional de ≤13.5 en ningún año. Aunque Bogotá se acerca (13.41 en 2024), tanto Meta como Soacha se mantienen por encima del umbral, reflejando problemas en la atención del embarazo, parto y cuidado neonatal.

En el caso de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, el nivel nacional y Bogotá han estado dentro de la meta desde 2022, mientras que Meta la supera de forma constante, aunque muestra una leve tendencia a la baja. Esto sugiere que la desnutrición infantil sigue siendo un problema estructural en regiones con menor cobertura de programas sociales o acceso limitado a alimentación adecuada.

Respecto a la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA), la situación sigue siendo preocupante. Ningún año se ha cumplido la meta nacional de mantenerla por debajo de 12.6 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Aunque hay mejoras claras en 2024, especialmente en Bogotá, las tasas siguen altas (14.75 nacional, 14.87 en Bogotá), lo que evidencia fallas en la prevención, diagnóstico y atención temprana de las infecciones respiratorias.

Por último, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) es el indicador con mejor desempeño. Desde 2022, tanto a nivel nacional como en todos los territorios, se cumple con la meta de menos de 3.5 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Esto refleja una adecuada respuesta del sistema de salud en términos de vacunación, hidratación oral y acceso a agua potable y saneamiento.

## 15. Factores de Riesgo Prevalente

### 15.1 Condiciones Ambientales, Hábitos de Vida y Determinantes Sociales de Salud Pública

Capital Salud EPS-S, en su rol de Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), identifica y monitorea permanentemente los factores de riesgo que inciden sobre la salud de su población afiliada. Estos factores son abordados bajo el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, reconociendo que el bienestar de las personas está condicionado por una amplia variedad de componentes estructurales, intermedios y ambientales, además de sus hábitos individuales y el entorno comunitario.

A partir del análisis poblacional, epidemiológico y territorial, se identifican los siguientes factores de riesgo prevalente:

**Condiciones Ambientales y del Entorno**

- **Contaminación del aire (PM10 y PM2.5)**: Afecta principalmente a Bogotá, con alta prevalencia de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, especialmente en niños menores de 5 años y adultos mayores.
- **Infraestructura inadecuada de vivienda**: En sectores vulnerables de Soacha y zonas rurales del Meta, se evidencian viviendas con hacinamiento, mala ventilación y escaso acceso a agua potable y saneamiento básico.

- **Zonas de riesgo geográfico**: En Meta, hay comunidades asentadas en áreas propensas a inundaciones o deslizamientos, con limitado acceso a servicios de salud oportunos.
- **Exposición a vectores**: Las condiciones ambientales de municipios del Meta favorecen la presencia de vectores transmisores de dengue, chikungunya y zika, con riesgo epidemiológico alto.

**Hábitos de Vida No Saludables**

- **Inactividad física**: Alta prevalencia en zonas urbanas como Bogotá, relacionada con estilos de vida sedentarios, especialmente en población escolar y adultos jóvenes.
- **Alimentación inadecuada**: Predominio de dietas con bajo contenido nutricional, alto consumo de azúcares y ultraprocesados, que contribuyen a enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión y obesidad.
- **Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol**: Especialmente en adolescentes y jóvenes de áreas urbanas, con impactos en salud mental y riesgo de accidentes o violencia.
- **Tabaquismo**: Se mantiene como un factor de riesgo en adultos mayores, especialmente en contextos urbanos.

**Determinantes Sociales en Salud**

- **Pobreza multidimensional y exclusión social**: Afecta de forma crítica a población con discapacidad, víctimas del conflicto, habitantes de calle y población rural dispersa, con barreras de acceso a salud, educación, empleo y seguridad alimentaria.
- **Desigualdades territoriales**: Zonas como Ciudad Bolívar, Usme, Soacha y varios municipios del Meta muestran indicadores de rezago en cobertura y calidad de servicios de salud.
- **Violencia y conflicto armado**: Aún presente en zonas del Meta, incide directamente en el bienestar físico, mental y social de las comunidades, especialmente víctimas y desmovilizados.
- **Estigma y discriminación**: Hacia población LGBTIQ+, personas con discapacidad y grupos étnicos, generando barreras institucionales y afectaciones en el acceso a servicios de salud con enfoque diferencial.

**Riesgos de Salud Pública Prioritarios**

- **Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**: Alta carga de hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias y obesidad, con impacto creciente en gasto en salud y calidad de vida.

- **Salud mental**: Aumento sostenido de casos de depresión, ansiedad, intentos de suicidio y consumo problemático de sustancias, exacerbados por condiciones sociales adversas.
- **Enfermedades transmisibles**: Brotes intermitentes de dengue en el Meta; tuberculosis y VIH persistentes en poblaciones urbanas vulnerables; y casos de sífilis congénita en zonas periféricas.
- **Mortalidad materna y perinatal**: Aunque en descenso, persisten casos en contextos rurales dispersos, asociados a barreras geográficas, culturales y del sistema.

La salud nutricional de la población es un indicador de la calidad de vida al reflejar su desarrollo físico, intelectual y emocional, lo cual está ligado a su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales, educativos y culturales. Dado esto, las alteraciones en la salud nutricional tienen un impacto directo sobre el crecimiento, desarrollo, cumplimiento de potencialidades para el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo y el bienestar en general. Dentro de las manifestaciones de malnutrición por déficit se encuentra la Desnutrición Aguda, la cual se reconoce como uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de pobreza y desigualdad al incrementar el riesgo de muerte en niños menores de 5 años, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta el estado de salud con consecuencias para todo el ciclo vital.

Como premisa la desnutrición como enfermedad de origen social, es el resultado de la inseguridad alimentaria y nutricional en el hogar, donde el principal determinante de la salud es el ingreso per cápita y su distribución equitativa. Los determinantes sociales de la desnutrición infantil se asocian con factores como la pobreza, la falta de educación de los cuidadores, la desigualdad social, malos hábitos alimentarios, abandono infantil, migración de los niños y sus familias; también se encuentran factores de acceso como la falta de acceso a servicios básicos de salud, tenencia de tierras, carencia de agua potable, condiciones insalubres de la vivienda, hacinamiento y finalmente la subida de los precios energéticos, del transporte y del comercio, lo que propician consecuentemente la propia subida de los precios alimentarios.

Sin duda los determinantes sociales de la salud más marcados en la población con desnutrición aguda están influenciado por la pobreza y la desigualdad en el consumo alimentario, que se encuentra ligada a fenómenos sociales más globales, y a menudo responde a problemas estructurales endémicos en la propia organización de los países con menor desarrollo pues en la actualidad existe una clara polarización y una situación de desigualdad alimentaria, por un lado, con una economía de sobreabundancia en una gran parte del planeta en la que predomina y preocupa la sobrealimentación y, por otro, con una economía aún de subsistencia en otra gran parte de nuestro planeta en la que predomina la desnutrición.

Dentro de estos determinantes sociales ya mencionados, cabe resaltar que la pobreza y la indigencia afectan más a las áreas rurales que a las áreas urbanas. Las cifras muestran que la mayor parte de la población pobre en las áreas rurales vive en condiciones de pobreza extrema a diferencia de lo que sucede en las áreas urbanas, y que la insuficiencia de recursos para satisfacer las necesidades básicas es más generalizada en las primeras.

En este contexto es indispensable generar estrategias de impacto que permitan aumentar la seguridad y soberanía alimentaria, así como mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud de manera oportuna y equitativa para toda la población

### 16. Priorización de Necesidades en Salud

**Tabla 224 Priorización de Necesidades en Salud**

| PRIORIDADES | GRAVEDAD DEL EFECTO | FACTIBILIDAD DE INTERVENCION | TOTAL | ORDEN PRIORIDAD |
|---|---|---|---|---|
| **Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio** - Insuficiencia cardiaca - Enfermedades isquémicas del corazón - Enfermedades cerebrovasculares - Enfermedades hipertensivas | 4 | 4 | 16 | 1 |
| **Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal** - Razon de mortalidad materna - Tasa de mortalidad en la niñez. Último año disponible - Tasa de mortalidad perinatal. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96 | 4 | 4 | 16 | 2 |
| **Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal** | 4 | 2 | 8 | 3 |
| **Neoplasias -** Tumor maligno de la mama de la mujer - Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon - Tumor maligno de la próstata - Tumor maligno del estómago -Tumores (neoplasias) C00-D48 **Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer)** | 4 | 2 | 8 | 4 |
| Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años - | 4 | 2 | 8 | 5 |
| Salud Mental (875- 356) Subsistemas Sivim - Sisvecos | 4 | 2 | 8 | 6 |

Fuente: Elaboración propia Capital Salud

A partir de la evaluación técnica (gravedad del efecto + factibilidad de intervención), se identificaron seis necesidades críticas en salud para la población afiliada:

1. **Enfermedades cardiovasculares** (hipertensivas, isquémicas, cerebrovasculares): primera causa de muerte, elevada carga por Años de Vida Perdidos y potencialmente prevenibles con estrategias de APS, detección oportuna y control de riesgo cardiovascular.
2. **Mortalidad materna, perinatal e infantil**: sigue siendo un evento centinela de inequidades, particularmente en zonas rurales. Es prevenible con control prenatal riguroso, acceso a servicios obstétricos de calidad y seguimiento al neonato.
3. **Enfermedad renal crónica avanzada**: creciente número de pacientes en diálisis, estrechamente relacionada con mal control de diabetes e hipertensión. Su costo es alto y la calidad de vida del paciente disminuye drásticamente.
4. **Cánceres prevalentes (mama, próstata, digestivos)**: se observan tasas elevadas de mortalidad, atribuibles a diagnósticos tardíos y demoras en el inicio del

tratamiento. Se requiere fortalecer tamizajes y el seguimiento activo de sospechas oncológicas.

5. **Leucemia aguda en menores de 18 años**: aunque de baja frecuencia, su letalidad es alta y exige acceso a tratamientos especializados, red oncológica pediátrica funcional y acompañamiento psicosocial.
6. **Salud mental**: aumento sostenido de casos de depresión, ideación suicida, trastornos del comportamiento y consumo de SPA, en especial entre adolescentes. La red de salud mental aún es insuficiente frente a la demanda real.

### 16.1 Metodología de Priorización

La priorización de problemas en salud dentro del contexto de Capital Salud EPS-S se realiza mediante una metodología técnica y estructurada que permite identificar, jerarquizar y focalizar las principales problemáticas de salud pública que afectan a su población afiliada. Este proceso considera dos criterios fundamentales: la gravedad del efecto del problema y la factibilidad de intervención, los cuales se califican de manera independiente y posteriormente se integran para establecer un orden de prioridad.

El primer criterio, gravedad del efecto, evalúa el impacto que tiene la condición de salud sobre la vida, funcionalidad y bienestar de la población. Para su calificación se utiliza una escala del 0 al 4, donde 0 representa que el evento no es grave y 4 que es muy grave. Este enfoque permite dimensionar el daño potencial que puede generar un evento sobre los determinantes sociales de la salud y el sistema de atención.

El segundo criterio, factibilidad de intervención, mide la capacidad operativa, técnica y administrativa de la EPS-S y su red de prestadores para intervenir oportunamente sobre la condición priorizada. Igualmente, se califica de 0 a 4, siendo 0 “no factible de intervenir” y 4 “muy factible a corto plazo”. Esta dimensión incorpora elementos como la disponibilidad de recursos, tecnologías, personal capacitado, cobertura de servicios, y tiempos estimados de implementación. Se clasifica así:

- 16 puntos: Prioridad muy alta (acción inmediata)
- 9 a 12 puntos: Prioridad alta
- 4 a 8 puntos: Prioridad media
- 1 a 3 puntos: Prioridad baja
- 0 puntos: No prioritaria

Este método garantiza un abordaje objetivo, transparente y reproducible para la toma de decisiones en salud. Además, permite enfocar los recursos en condiciones con alto impacto poblacional y alta posibilidad de respuesta, alineando así las acciones de Capital Salud EPS-S con los principios de equidad, integralidad y eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el análisis más reciente, basado en esta metodología, se identificaron como prioritarios los eventos relacionados con enfermedades cardiovasculares, salud materno-perinatal, enfermedad renal crónica, neoplasias, leucemia infantil y salud mental. Estas condiciones no solo presentan alta carga de enfermedad y mortalidad, sino que además son susceptibles de intervención efectiva en el corto y mediano plazo, lo que justifica su

priorización para las acciones de gestión del riesgo y salud pública en las diferentes sucursales de la EPS.

Esta metodología constituye un insumo estratégico para la planeación en salud, la implementación del MAITE, y la focalización de intervenciones territoriales y diferenciales que respondan a las necesidades reales de la población afiliada a Capital Salud EPS-S.

## 17. Acciones de Gestión del Riesgo y Estrategias de Intervención

### 17.1 Plan de intervención por problemática

Las siguientes actividades van encaminadas a mejorar la atención integral de los menores con riesgo o presencia de alteraciones nutricional impactando sobre la morbilidad y severidad en la que se presenta la Desnutrición Aguda en menores de 5 años y por ende impactando sobre la posibilidad de desviaciones en el indicador de mortalidad por esta misma causa.

Desde la Ruta de alteraciones nutricionales, se tienen priorizadas cohortes para la vigilancia, control y gestión de los riesgos y presencia del evento de Desnutrición Aguda. Para las tres sucursales (Bogotá, Meta y Soacha) se cuenta con la cohorte de Desnutrición que contempla los casos notificados por evento 113 ante el SIVIGILA, adicionalmente, para las sucursales de Bogotá y Soacha se tiene la cohorte de Riesgo de Desnutrición Aguda en menores de 5 años.

Las acciones que se desarrollan en el marco del manejo integral de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años desde el rol de asegurador tienen como objetivo dar cumplimiento y efectuar adherencia a la resolución 2350 de 2020 y al protocolo del INS para correcta identificación y reporte oportuno de los casos que cumplen criterios de evento 113.

**Verificación semanal (Semana Epidemiológica) de la adherencia a la normativa.**

Desde la Ruta de Alteraciones Nutricionales se realiza la verificación de la información registrada ante el sistema de vigilancia epidemiológica SIVILA en cuento al evento 113 a la luz del protocolo del INS, la resolución 2465 de 2016 y la resolución 2350 de 2020. A partir de allí se realiza un análisis de la atención brindada a los menores en cuanto a adherencia normativa, oportunidad y calidad.

Posteriormente se realiza la retroalimentación a la red prestadora con nombre del profesional que incurrió en el hallazgo con la finalidad de que de manera oportuna la IPS lleve a cabo procesos de capacitación de su personal de acuerdo con las responsabilidades actorales establecidas en la resolución 2350 de 2020.

**Captación y seguimiento temprano de los menores con Desnutrición Aguda Moderada y Severa.**

Con la finalidad de realizar un seguimiento temprano de los menores con Desnutrición Aguda que permita mayor facilidad en gestión de las atenciones, educación a los cuidadores y eliminación de barreras de acceso se crea el PROTOCOLO DE CAPATACIÓN Y SEGUIMIENTO NOMINAL A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON

DESNUTRICIÓN AGUDA, el cual contempla seguimientos desde el asegurador en tiempos específicos para inducir a los afiliados a dar cumplimiento a los estipulado en el lineamiento.

Para dar cumplimiento se establece como indicador de proceso la oportunidad en la captación temprana un tiempo menor o igual a 3 días posterior a la notificación o identificación del caso y un seguimiento oportuno es menor o igual a 5 días posteriores a la notificación o identificación del caso.

**Remisión Semanal y Mensual de los menores con Desnutrición Aguda Asignados a la red prestadora.**

Como estrategia adicional para asegurar la de acuerdo con los tiempos de control y seguimiento establecidos en la resolución 2350 de 2020, se envía de manera semanal los casos de desnutrición aguda asignados a cada IPS, hayan sido notificados o no por su misma red, ya que se evidencian notificaciones por IPS que no hacen parte de nuestra red prestadora y requiere un adecuado proceso de demanda inducida hacia los servicios contratados dentro de la red, garantizando adicionalmente mayor adherencia a los tratamientos instaurados.

**Asegurar la entrega oportuna de FTLC**

Desde la ruta de alteraciones nutricionales se procura la entrega oportuna en menos de 5 días de la FTLC por medio de la gestión individualizada desde la captación temprana y la contratación de proveedor de segunda línea para entrega domiciliaria de esta fórmula. También se tiene control sobre la disposición de la formulas terapéuticas, como lo son la F-75 y la FTLC en las unidades de atención de la red prestadora, tanto para realización de prueba de apetito, como para el manejo hospitalario, lo que ayuda en la garantía de un correcto manejo.

**Participación Activa en el Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición Aguda en niños y Niñas menores de 5 años**

Se da la participación semanal en los comités departamentales y mesas de trabajo en el marco del Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición Aguda en niños y Niñas menores de 5 años en el departamento del Meta, también se participa desde el nivel Nacional en los comités de los departamentos Risaralda, Antioquía y Choco, ya que a pesar de no tener presencia, se cuanta, con población afiliada en esta condición, logrando así un acompañamiento en procesos de portabilidad, acceso a la atención en dichos territorios y asegurando la entrega de las fórmulas nutricionales. También se trabaja directamente con la Gobernación de Cundinamarca para tratar los temas y casos puntuales de la ruta de alteraciones nutricionales en el Municipio de Soacha.

**Estrategias**

- Realizar mesas de trabajo entre la EAPB y las redes prestadoras de servicios para fortalecer generar estrategias que permitan aumentar la cobertura en atenciones establecidas en la resolución 3280 del 2018
- Diseñar y difundir estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre las actividades correspondientes a la RPMS, y prácticas de vida saludable,

adaptadas a los seis momentos de curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez). Estas estrategias serán difundidas a través de los líderes de las cohortes, profesionales de las subredes, redes sociales oficiales y la página web de la EAPB.

- Realizar auditorías a la implementación de la RPMS, evaluando la adherencia a la CVI y las actividades de Prevención y Diagnóstico (PyD) contenidas en la resolución 3280/2018.
- Realizar el seguimiento a las intervenciones educativas tanto individuales como grupales, asegurando que se aborden de manera efectiva las necesidades de cada población.
- Participar activamente en el Comité Operativo Distrital de Adultez y en el Comité de Habitabilidad de Calle, promoviendo la coordinación interinstitucional y la implementación de estrategias efectivas.
- Realizar proceso de demanda inducida para la activación de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud.
- **Auditorias y medición de implementación de ruta y adherencia a resolución 2350 de 2020 con generación y seguimiento de planes de acción.**
  Desde la ruta de alteraciones nutricionales se cumplen acciones a nivel administrativo encaminadas a asegurar la atención con calidad y oportunidad por parte de la red prestadora partiendo de la auditoria con revisión de historias clínicas del 10% de los casos de desnutrición aguda entre el periodo 2023 y febrero del 2024. A través de estas auditorías que dan con resultado planes de mejoramiento con seguimiento mensual a sus avances. Las principales líneas de acción en los planes de mejoramiento están enfocadas al fortalecimiento de las capacidades técnicas en el personal asistencial, para lograr una adecuada identificación tanto del riesgo como de la presencia de la Desnutrición Aguda, una correcta elección del escenario de manejo y brindar todas las atenciones necesarias para que se un adecuado manejo de la Desnutrición Aguda. Para el mes de agosto, se tiene una cobertura del 90% en el fortalecimiento de capacidades técnicas a profesionales que atienden menores de 5 años.

- **Articulación con Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud para garantizar la Atención Integral.**
  Se cuenta con la instauración de cohortes diferenciadas para los evento de Desnutrición Aguda y Riesgo de Desnutrición con la finalidad de monitorear y gestionar oportunamente las acciones integrales establecidas tanto en el lineamiento adoptado por la resolución 2350 de 2020, como aquellas propias de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud establecidas en la resolución 3280 de 2018, Se facilita el aseguramiento de las actividades de detección temprana, protección especifica y las necesarias para el manejo de la condición de riesgo según lo estipulado normativamente.

**Conclusiones y Recomendaciones**

- Baja cobertura en la población objetivo: Se observa un incumplimiento en las coberturas de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS)

debido a factores sociales y económicos que dificultan el acceso de la población a los servicios.

- La población étnica y aquellos con creencias culturales específicas no asisten a las consultas de valoración integral, lo que limita la efectividad de las actividades de promoción.
- Los bajos recursos económicos de los usuarios afectan su capacidad para acceder a los servicios, especialmente en lo que respecta a la movilidad hacia los centros de salud, lo que disminuye la cobertura de las actividades.
- Los usuarios en etapas laborales productivas a menudo evitan acceder a los servicios de promoción y prevención debido a la preocupación de que esto afecte sus ingresos o actividades laborales.
- La población altamente fluctuante, que cambia de domicilio y no realiza la portabilidad de sus servicios, dificulta la efectividad del seguimiento y la continuidad en el acceso a los servicios de salud.
- La desnutrición aguda se considera como una enfermedad de origen social, lo que está íntimamente relacionado con los determinantes sociales de la salud que se asocian con factores como la pobreza, la falta de educación de los cuidadores, la desigualdad social, malos hábitos alimentarios, abandono infantil, migración de los niños y sus familias; también se encuentran factores de acceso como la falta de acceso a servicios básicos de salud, tenencia de tierras, carencia de agua potable, condiciones insalubres de la vivienda, hacinamiento y finalmente la subida de los precios energéticos, del transporte y del comercio, lo que propician consecuentemente la propia subida de los precios alimentarios.
- Dada la densidad poblacional en los diferentes territorios en los que Capital Salud EPSS tiene presencia, la mayor población con Desnutrición Aguda se presenta en la sucursal Bogotá, representando el 81% de los casos reportados durante el año 2024.
- A nivel territorial, para la sucursal Bogotá, las localidades con mayor población con desnutrición aguda son Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Usme, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe; en la sucursal Meta, los municipios que presenta mayor cantidad de casos en orden descendente son Granada, Mapiripan, Villavicencio, Puerto Rico y Puerto López.
- Cuando se evalúa el impacto que tiene la zona de residencia en el comportamiento del evento de desnutrición aguda se evidencia que para Capital Salud EPSS no es significativa la participación de la población residente en la zona Rural con respecto a la población residente en la zona Urbana, esto se mantiene para las tres sucursales. A pesar de que en el departamento del Meta se cuenta con una gran cantidad de zona rural y rural dispersa, no sobrepasa el 10% de los casos reportados en este territorio.
- En cuanto a la distribución demográfica, se evidencia mayor acumulación de la población en las edades de 6 a 23 meses, lo que está relacionado con dos factores principales, el primero es la ablactación con pérdida de la protección de la lactancia materna y el segundo el inicio de la alimentación complementaria. De acuerdo con la distribución por sexo, los niños presentan más incidencia de Desnutrición con respecto a las niñas, relacionado con los mayores requerimientos nutricionales.

- En general la población con Desnutrición Aguda se ubica en los niveles de Sisbén más bajos (nivel 0 y 1) y predomina el régimen subsidiado con respecto al contributivo en más de un 90% de los casos.
- Cuando se analiza la población diferencial llama la atención una disminución considerable del reporte de población de comunidades indígenas y víctimas del conflicto armado en la sucursal Meta, lo que no genera una alerta no por la disminución de la inseguridad alimentaria, sino por una posible identificación tardía de los casos.

**Acciones prioritarias**

- Fortalecer la calidad del dato en la afiliación del usuario
- Fortalecer el proceso contractual con las IPS, y que estos den garantía al cumplimiento de las metas pactadas
- Reforzar el proceso de demanda Inducida para aumentar coberturas
- Articulación entre las rutas de Riesgo y la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud.
- Continuar con auditorias de seguimiento y monitoreo a la adherencia en la consulta de valoración integral y coberturas de la red Prestadora de Servicio

Líneas de intervención recomendadas.

Desde la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud, se establece las líneas de acción de acuerdo con los resultados de impacto esperados en la población afiliada a la EAPB Capital Salud, y que estas se relacionan tanto con las acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales en salud, así como del logro de los resultados intermedios o de efecto derivados del conjunto de atenciones/intervenciones contempladas en las RIAS.

- Fortalecer entornos saludables
- Facilitar la participación de la comunidad
- Fortalecer los sistemas y servicios de salud
- Valorar integralmente el estado de salud
- Detectar alteraciones tempranamente
- Proteger específicamente
- Educar para la salud
- Identificar oportunamente factores de riesgo
- Intervenir para evitar la aparición de una condición específica en salud
- Realizar un diagnóstico y derivación oportuna para el tratamiento
- Realizar un seguimiento nominal estricto y oportuno a los casos de Desnutrición Aguda en las tres sucursales, con la finalidad de garantizar las atenciones establecidas normativamente en la resolución 2350 de 2020 y evitar casos de mortalidad asociadas a esta causa.
- Se recomienda identificar, intervenir y hacer seguimiento a los casos de Riesgo de Desnutrición Aguda, con acciones de impacto que permitan minimizar la materialización del riesgo y disminuir la incidencia del evento de Desnutrición Aguda y por consecuente la mortalidad asociada a esta causa.

- Se recomienda desarrollar estrategias con enfoque diferencial, principalmente en el territorio del Meta que permitan identificar y tratar oportunamente los casos de Desnutrición Aguda.
- Se deben realizar articulaciones intersectoriales con actores del sistema que ayuden a favorecer las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de las comunidades en general, enfocando estrategias a la población de mayor riesgo.