

Cobertura

1. Número y porcentaje de población que se encuentra cubierta bajo el Sistema General de Seguridad Social

a. Total Bogotá y b. Tipo de vinculación al sistema: régimen contributivo, régimen subsidiado, régimen de excepción, especial y población no afiliada.

Tabla 1. Población Cubierta por el SGSSS. Bogotá, D.C. Año 2016.

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% del total
Afiliados Contributivo (activos y suspendidos)	6.181.534	77,5%
Activos en Régimen Subsidiado	1.166.823	14,6%
Regímenes de Excepción (estimado)	207.739	2,6%
Encuestados SISBEN no afiliados	49.409	0,6%
Total registrados en Bogotá	7.605.505	95,3%

Fuentes: * Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2016.

c. Desagregado por sexo.

Tabla 2. Población Cubierta por el SGSSS por Sexo. Bogotá, D.C. Año 2016.

	Régimen Contributivo	%	Régimen Subsidiado	%	SISBEN No Afiliados	%	Total general	%
Hombres	2.968.627	37,2%	534.080	6,7%	26.831	0,3%	3.529.538	44,2%
Mujeres	3.212.907	40,3%	632.743	7,9%	22.578	0,3%	3.868.228	48,5%
Total general	6.181.534	77,5%	1.166.823	14,6%	49.409	0,6%	7.397.766	92,7%

Fuentes: * Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2016.

d. Desagregado por localidades (para total y cada uno de los tipos de vinculación).

Tabla 3. Población Cubierta por el SGSSS. Por localidades y Total Bogotá. Año 2016.

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	%	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	%	RÉGIMEN SUBSIDIADO	%	Total Sisbén No Afiliados	%	PROYECCIÓN DANE 2016
01. USAQUEN	406.755	86,90%	17.971	3,80%	28.501	6,00%	1.251	0,30%	472.908
02. CHAPINERO	107.284	85,80%	2.666	2,10%	8.532	6,70%	269	0,20%	126.951
03. SANTA FE	57.811	61,50%	1.351	1,40%	32.978	34,20%	905	0,90%	96.534
04. SAN CRISTOBAL	268.753	69,00%	4.757	1,20%	100.908	25,50%	3.316	0,80%	396.383
05. USME	207.582	61,80%	3.709	1,10%	104.340	30,90%	2.958	0,90%	337.152
06. TUNJUELITO	136.435	73,50%	6.633	3,50%	37.757	19,90%	1.659	0,90%	189.522
07. BOSA	476.346	66,00%	11.345	1,60%	139.792	19,70%	4.991	0,70%	709.039
08. KENNEDY	903.686	75,70%	35.619	3,00%	135.321	11,40%	8.440	0,70%	1.187.315
09. FONTIBON	343.382	84,00%	13.720	3,40%	25.137	6,20%	1.533	0,40%	403.519
10. ENGATIVA	742.648	85,60%	30.564	3,50%	71.070	8,10%	4.988	0,60%	873.243
11. SUBA	1.100.533	86,90%	37.522	3,00%	87.985	7,00%	5.593	0,40%	1.250.733
12. BARRIOS UNIDOS	239.036	90,60%	6.861	2,60%	12.154	4,60%	593	0,20%	263.883
13. TEUSAQUILLO	127.738	92,10%	6.616	4,70%	2.001	1,40%	144	0,10%	140.767
14. LOS MARTIRES	66.089	71,40%	2.636	2,80%	16.293	17,30%	844	0,90%	94.130
15. ANTONIO NARIÑO	87.635	81,20%	3.825	3,50%	9.353	8,60%	689	0,60%	109.277
16. PUENTE ARANDA	191.265	87,30%	5.856	2,60%	19.385	8,60%	1.668	0,70%	225.220
17. LA CANDELARIA	14.875	67,10%	702	3,10%	4.604	20,30%	134	0,60%	22.633
18. RAFAEL URIBE URIBE	249.659	72,00%	6.721	1,90%	88.099	24,90%	3.640	1,00%	353.761
19. CIUDAD BOLIVAR	452.454	62,40%	8.636	1,20%	187.553	26,10%	5.749	0,80%	719.701
20. SUMAPAZ	1.568	21,30%	29	0,40%	1.424	19,40%	45	0,60%	7.330
99. LOCALIDAD NO REFERIDA					53.636				
Total general	6.181.534	77,50%	207.739	2,60%	1.166.823	14,60%	49.409	0,60%	7.980.001

Fuentes: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2016.

e. Desagregado por etapas del ciclo vital: primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

Tabla 4. Población Cubierta por el SGSSS por Etapas del Ciclo Vital. Bogotá, D.C. Año 2016.

EDAD	Régimen Contributivo	%	Régimen Subsidiado	%	SISBEN No Afiliados	%	Total general	%
Primera infancia (00 a 05 años)	449.255	5,6%	98.139	1,2%	2.869	0,0%	550.263	6,9%
Infancia (06 a 11 años)	505.131	6,3%	112.696	1,4%	20.536	0,3%	638.363	8,0%
Adolescencia (12 a 17 años)	513.758	6,4%	139.310	1,7%	7.701	0,1%	660.769	8,3%
Juventud (18 a 28 años)	1.251.991	15,7%	198.638	2,5%	4.239	0,1%	1.454.868	18,2%
Adultez (29 a 59 años)	2.705.187	33,9%	444.628	5,6%	9.971	0,1%	3.159.786	39,6%
Vejez (60 años y más)	756.212	9,5%	173.412	2,2%	4.093	0,1%	933.717	11,7%
Total general	6.181.534	77,5%	1.166.823	14,6%	49.409	0,6%	7.397.766	92,7%

Fuentes: * Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2016.

Convivencia Social y Salud Mental

2. Personas víctimas del conflicto captadas por primera vez centro significar:

a. Total Bogotá. b. Desagregado por Localidades. c. Desagregado por sexo. d. Desagregado por etapas del ciclo vital: primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

A continuación se presenta la población beneficiaria del proceso de atención psicosocial como medida de reparación, desde los centros locales de atención a víctimas. Cabe anotar que estas personas no son captadas estrictamente por la Secretaría Distrital de Salud, normalmente vienen remitidas de otras entidades para su atención. Esta información está disponible de acuerdo a lo solicitado en múltiples ocasiones por el Concejo de Bogotá por tanto no se encuentra disponible según los criterios solicitados en el derecho de petición.

Tabla 5. Población beneficiaria del proceso de atención psicosocial por género, ciclo vital y año de ingreso a la estrategia. Bogotá, D.C. Año 2016.

Ciclo vital	Femenino	Masculino	Total General
Menores de un año	0	1	1
Niños y niñas de 1 a 5 años	4	1	5
Niños y niñas de 6 a 13 años	55	27	82
Adolescentes de 14 a 17 años	42	24	66
Jóvenes de 18 a 26 años	110	39	149
Adultos de 27 a 59 años	483	163	646
Adultos mayores de 60 en adelante	57	43	100
Total	751	298	1049

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Matriz estrategia de atención psicosocial. Periodo 2016.

La estrategia de atención psicosocial es implementada en articulación con la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, es por ello que el proceso de focalización y atención psicosocial se realiza a nivel distrital por La Secretaría Distrital de Salud desde cuatro centros locales de atención a víctimas¹: Suba, Bosa, Chapinero y Rafael Uribe. En cada uno de estos espacios se encuentra un equipo de profesionales interdisciplinarios; quienes abordan los impactos psicosociales individuales, familiares y comunitarios derivados del conflicto armado, ofreciendo

¹ Los centros locales de atención a víctimas son espacios de orientación, atención y asesoría, en los cuales se despliega la oferta institucional distrital y nacional de la diferentes entidades que tienen una competencia directa en el restablecimiento de los derechos que define la Ley 1448 de 2011.

procesos que mitiguen o favorezcan la recuperación frente a las diferentes formas de expresión del daño psicosocial y del sufrimiento emocional.

3. Atención en Salud a Habitantes de Calle

En cuanto a la Salud Pública, el Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos y el Plan Territorial de Salud, con el fin de atender las personas Habitantes de y en Calle del Distrito Capital, la Secretaría Distrital de Salud ha contado con los siguientes proyectos:

Proyecto 1184 Aseguramiento Social Universal en Salud, que tiene como objetivo, entre otros aspectos: “Promocionar y tramitar la afiliación al 100% de la población identificada como población Habitante de Calle al Sistema de Seguridad Social en Salud.”

Proyecto 1185 Atención a la Población Pobre No Asegurada (PPNA), Vinculados y No Pos-S, que tiene como objetivo, entre otros aspectos: “Garantizar los servicios de salud con enfoque diferencial de manera integrada e integral a los Ciudadanos y Ciudadanas Habitantes de Calle.”

Proyecto 1186 Atención Integral en Salud, que tiene dentro de sus metas, la Meta uno (1): “Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el Nuevo Modelo de Atención Integral”. En este proyecto de inversión se encuentran acciones específicas para la población Habitante de Calle, a saber:

-Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Eventos Prioritarios en Salud Pública, con énfasis en detección temprana de sintomáticos respiratorios y tamizajes de tuberculosis, VIH/SIDA, e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), dirigidas a la Población Habitante de Calle que se encuentra institucionalizada en los Centros de Atención Transitoria de la Secretaría Distrital de Integración Social, que actualmente cuenta con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. como operador, con recursos del Fondo Financiero Distrital.

Las personas Habitantes de Calle afiliadas al Régimen Subsidiado y Contributivo reciben los servicios de salud física y mental contenidos en el Plan de Beneficios establecido en la Resolución 5592 de 2015, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la red de EPS, donde se encuentren afiliados y las personas Habitantes de Calle no aseguradas, son atendidas a través de las Unidades Prestadoras de Salud de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la Red Pública (antes Hospitales de la Red Pública del Distrito Capital).

a. Total Bogotá.

Tabla 6. Atención en Salud a los Habitantes de Calle. Total Bogotá. 2016.

Número de Atenciones		Número de Individuos	
Cra. 32 No. 12-81 Tel.: 364 9090 www.saludcapital.gov.co Info: 364 9666			
			

32859

2067

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de enero de 2017)

Fuente: Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2015, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de agosto de 2016)

b. Desagregado por Localidades.

En cuanto a la información desagregada por localidades, se debe tener en cuenta que existe un sesgo de información en cuanto a la localidad, puesto que muchos prestadores colocan como localidad de residencia Usaquén, sin que esta sea realmente donde vive el usuario. La información se relaciona a continuación:

Tabla 7. Atención en Salud a los Habitantes de Calle. Total Bogotá. Desagregado por localidades. 2016

Localidad	Total número de individuos	Total número de atenciones
Antonio Nariño	156	9639
Barrios Unidos	59	290
Bosa	42	286
La Candelaria	1	3
Chapinero	119	620
Ciudad Bolívar	20	263
Engativá	28	460
Fontibón	23	1404
Kennedy	667	5524
Los Mártires	34	199
Puente Aranda	129	1211
Rafael Uribe Uribe	58	576
San Cristóbal	131	2287
Santa Fe	354	2488
Suba	27	358
Teusaquillo	72	441
Sumapaz	80	4709
Tunjuelito	22	653
Usaquén	41	1440
Usme	3	6
Otra	1	2

Total general	2067	32859
---------------	------	-------

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de enero de 2017)

Fuente: Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2015, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de agosto de 2016)

c. Desagregado por sexo.

Tabla 8. Atención en Salud a los Habitantes de Calle. Total Bogotá. Desagregado por sexo. 2016

Mujeres individuos	Hombres individuos	Número de Atenciones
410	1657	32859

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de enero de 2017)

Fuente: Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2015, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de agosto de 2016)

d. Desagregado por etapas del ciclo vital: primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

La información de las atenciones a personas Habitantes de Calle desagregada por etapas de ciclo vital primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más) se relaciona a continuación, precisando que para los ciclos vitales de primera infancia e infancia, no se registran datos de atención. La información relacionada con los restantes ciclos vitales, se relaciona a continuación:

Tabla 9. Atención en Salud a los Habitantes de Calle. Total Bogotá. Desagregado por ciclo vital. 2016

Etapas del ciclo vital	Número de Atenciones
Adolescencia (12 A 17 Años)	9
Juventud (18 A 28 Años)	4757
Adultez (29 A 59 Años)	24864

Vejez (60 Años Y Más)	3230
Total General	32860

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de enero de 2017)

Fuente: Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2015, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de agosto de 2016)

Seguridad Alimentaria y Nutricional

4. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 10. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad De Residencia	Nº Casos DNT Aguda	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	139	1,2	11.747
Chapinero	37	1,0	3.689
Santa Fe	46	0,9	4.861
San Cristóbal	208	1,5	14.047
Usme	229	1,6	13.914
Tunjuelito	109	1,5	7.390
Bosa	242	1,2	20.819
Kennedy	236	1,3	17.624
Fontibón	95	1,0	9.517
Engativá	215	1,0	22.466
Suba	220	1,2	18.766

Barrios Unidos	22	0,7	3.070
Teusaquillo	17	0,6	2.835
Mártires	17	0,8	2.260
Antonio Nariño	25	1,3	1.896
Puente Aranda	49	1,1	4.483
Candelaria	16	1,3	1.245
Rafael Uribe	142	1,6	8.731
Ciudad Bolívar	290	1,6	18.481
Sumapaz	6	3,1	194
Sin Dato	76	1,7	4.524
Total Bogotá	2.436	1,3	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

c. Desagregado por sexo.

Tabla 11. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad	Femenino			Masculino			Total Captados Por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	69	1,2	5.549	70	1,1	6.198	11.747
Chapinero	18	1,0	1.783	19	1,0	1.906	3.689
Santa Fe	21	0,9	2.361	25	1,0	2.500	4.861
San Cristóbal	105	1,6	6.746	103	1,4	7.301	14.047

Usme	121	1,7	6.951	108	1,6	6.963	13.914
Tunjuelito	53	1,5	3.600	56	1,5	3.790	7.390
Bosa	112	1,1	9.902	130	1,2	10.917	20.819
Kennedy	114	1,3	8.501	122	1,3	9.123	17.624
Fontibón	46	1,0	4.424	49	1,0	5.093	9.517
Engativá	97	0,9	10.966	118	1,0	11.500	22.466
Suba	114	1,2	9.184	106	1,1	9.582	18.766
Barrios Unidos	9	0,6	1.465	13	0,8	1.605	3.070
Teusaquillo	7	0,5	1.360	10	0,7	1.475	2.835
Mártires	7	0,6	1.149	10	0,9	1.111	2.260
Antonio Nariño	12	1,3	921	13	1,3	975	1.896
Puente Aranda	25	1,1	2.185	24	1,0	2.298	4.483
Candelaria	5	0,9	580	11	1,7	665	1.245
Rafael Uribe	75	1,8	4.178	67	1,5	4.553	8.731
Ciudad Bolívar	143	1,6	8.962	147	1,5	9.519	18.481
Sumapaz	4	4,3	93	2	2,0	101	194
Sin Dato	32	1,5	2.186	44	1,9	2.338	4.524
Total Bogotá	1.189	1,3	93.046	1.247	1,3	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 12. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN. Distribución por sexo y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Régimen	Femenino			Masculino			Total Captados SISVAN
	Casos DNT aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas	
Subsidiado	467	1,5	32.092	486	1,4	33.687	65.779
Vinculado	69	5,9	1.177	55	4,5	1.235	2.412
Contributivo	594	1,1	55.256	635	1,1	59.833	115.089
Régimen Especial	20	2,0	1.011	14	1,4	999	2.010
Particular	26	1,4	1.839	36	1,8	1.979	3.818
Prepagada	8	0,6	1.348	13	0,9	1.434	2.782
Sin dato	5	1,5	323	8	2,3	346	669
Total Bogotá	1189	1,3	93.046	1.247	1,3	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

5. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 13. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad De Residencia	Casos DNT Crónica (No.)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	2.010	17,1	11.747

Chapinero	641	17,4	3.689
Santa Fe	1.043	21,5	4.861
San Cristóbal	3.359	23,9	14.047
Usme	2.875	20,7	13.914
Tunjuelito	1.665	22,5	7.390
Bosa	3.384	16,3	20.819
Kennedy	2.675	15,2	17.624
Fontibón	1.396	14,7	9.517
Engativá	3.214	14,3	22.466
Suba	2.748	14,6	18.766
Barrios Unidos	473	15,4	3.070
Teusaquillo	338	11,9	2.835
Mártires	417	18,5	2.260
A. Nariño	313	16,5	1.896
Puente Aranda	625	13,9	4.483
Candelaria	207	16,6	1.245
R. Uribe	1.610	18,4	8.731
Ciudad Bolívar	3.956	21,4	18.481
Sumapaz	46	23,7	194
Sin Dato	710	15,7	4.524
Total	33.705	17,5	192.559

Bogotá

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

c. Desagregado por sexo.

Tabla 14. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad	Femenino			Masculino			Total Captados Por SISVAN
	Casos DNT Crónica	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Crónica	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	845	15,2	5.549	1.165	18,8	6.198	11.747
Chapinero	281	15,8	1.783	360	18,9	1.906	3.689
Santa Fe	482	20,4	2.361	561	22,4	2.500	4.861
San Cristóbal	1.428	21,2	6.746	1.931	26,4	7.301	14.047
Usme	1.291	18,6	6.951	1.584	22,7	6.963	13.914
Tunjuelito	768	21,3	3.600	897	23,7	3.790	7.390
Bosa	1.433	14,5	9.902	1.951	17,9	10.917	20.819
Kennedy	1.119	13,2	8.501	1.556	17,1	9.123	17.624
Fontibón	574	13,0	4.424	822	16,1	5.093	9.517
Engativá	1.412	12,9	10.966	1.802	15,7	11.500	22.466
Suba	1.227	13,4	9.184	1.521	15,9	9.582	18.766
Barrios Unidos	197	13,4	1.465	276	17,2	1.605	3.070
Teusaquillo	145	10,7	1.360	193	13,1	1.475	2.835
Mártires	206	17,9	1.149	211	19,0	1.111	2.260
Antonio Nariño	148	16,1	921	165	16,9	975	1.896

Puente Aranda	270	12,4	2.185	355	15,4	2.298	4.483
Candelaria	82	14,1	580	125	18,8	665	1.245
Rafael Uribe	713	17,1	4.178	897	19,7	4.553	8.731
Ciudad Bolívar	1.710	19,1	8.962	2.246	23,6	9.519	18.481
Sumapaz	20	21,5	93	26	25,7	101	194
Sin Dato	291	13,3	2.186	419	17,9	2.338	4.524
Total Bogotá	14.642	15,7	93.046	19.063	19,2	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 15. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Distribución por sexo y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Régimen	Femenino			Masculino			Total Captados SISVAN
	Casos DNT Crónica (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Crónica (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas	
Subsidiado	6.841	21,3	32.092	8.658	25,7	33.687	65.779
Vinculado	167	14,2	1.177	286	23,2	1.235	2.412
Contributivo	6.973	12,6	55.256	9.229	15,4	59.833	115.089
Reg. Especial	119	11,8	1.011	173	17,3	999	2.010
Particular	327	17,8	1.839	450	22,7	1.979	3.818
Prepagada	165	12,2	1.348	206	14,4	1.434	2.782
Sin dato	50	15,5	323	61	17,6	346	669
Total Bogotá	14.642	15,7	93.046	19.063	19,2	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar

6. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición global en menores de 5 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 16. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad De Residencia	Casos DNT Global (No.)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	556	4,7	11.747
Chapinero	168	4,6	3.689
Santa Fe	245	5,0	4.861
San Cristóbal	972	6,9	14.047
Usme	763	5,5	13.914
Tunjuelito	547	7,4	7.390
Bosa	914	4,4	20.819
Kennedy	808	4,6	17.624
Fontibón	404	4,2	9.517
Engativá	915	4,1	22.466
Suba	782	4,2	18.766
Barrios Unidos	105	3,4	3.070
Teusaquillo	110	3,9	2.835
Mártires	108	4,8	2.260
Antonio Nariño	94	5,0	1.896

Puente Aranda	188	4,2	4.483
Candelaria	62	5,0	1.245
R. Uribe	499	5,7	8.731
Ciudad Bolívar	1.262	6,8	18.481
Sumapaz	14	7,2	194
Sin Dato	249	5,5	4.524
Total Bogotá	9.765	5,1	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar

c. Desagregado por sexo.

Tabla 17. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad	Femenino			Masculino			Total Captados Por SISVAN
	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	241	4,3	5.549	315	5,1	6.198	11.747
Chapinero	69	3,9	1.783	99	5,2	1.906	3.689
Santa Fe	110	4,7	2.361	135	5,4	2.500	4.861
San Cristóbal	453	6,7	6.746	519	7,1	7.301	14.047
Usme	369	5,3	6.951	394	5,7	6.963	13.914
Tunjuelito	276	7,7	3.600	271	7,2	3.790	7.390
Bosa	404	4,1	9.902	510	4,7	10.917	20.819
Kennedy	348	4,1	8.501	460	5,0	9.123	17.624
Fontibón	184	4,2	4.424	220	4,3	5.093	9.517

Engativá	448	4,1	10.966	467	4,1	11.500	22.466
Suba	397	4,3	9.184	385	4,0	9.582	18.766
Barrios Unidos	50	3,4	1.465	55	3,4	1.605	3.070
Teusaquillo	52	3,8	1.360	58	3,9	1.475	2.835
Mártires	49	4,3	1.149	59	5,3	1.111	2.260
Antonio Nariño	38	4,1	921	56	5,7	975	1.896
Puente Aranda	93	4,3	2.185	95	4,1	2.298	4.483
Candelaria	29	5,0	580	33	5,0	665	1.245
Rafael Uribe	228	5,5	4.178	271	6,0	4.553	8.731
Ciudad Bolívar	575	6,4	8.962	687	7,2	9.519	18.481
Sumapaz	6	6,5	93	8	7,9	101	194
Sin Dato	97	4,4	2.186	152	6,5	2.338	4.524
Total Bogotá	4.516	4,9	93.046	5.249	5,3	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar Año 2016.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 18. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Distribución por sexo y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Régimen	Femenino			Masculino			Total Captados SISVAN
	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas	
Subsidiado	2.015	6,3	32.092	2.320	6,9	33.687	65.779
Vinculado	76	6,5	1.177	100	8,1	1.235	2.412

Contributivo	2.243	4,1	55.256	2.602	4,3	59.833	115.089
Reg. Especial	41	4,1	1.011	52	5,2	999	2.010
Particular	83	4,5	1.839	104	5,3	1.979	3.818
Prepagada	45	3,3	1.348	58	4,0	1.434	2.782
Sin dato	13	4,0	323	13	3,8	346	669
Total Bogotá	4.516	4,9	93.046	5.249	5,3	99.513	192.559

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS 2017.* Información preliminar año 2016.

7. Casos y tasa mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 19. Casos y tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	Casos (No.)	Tasa *100.000 < 5 Años
Bosa	1	1,5
Rafael Uribe	1	3,5
Ciudad Bolívar	2	2,8
Total Bogotá	4	0,7

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

c. Desagregado por sexo.

Tabla 20. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por

localidad y sexo. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad	Masculino (No.)	Femenino (No.)	Total Casos (No.)
Bosa	0	1	1
Rafael Uribe	1	0	1
Ciudad Bolívar	2	0	2
Total Bogotá	3	1	4

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 21. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por localidad y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	Subsidiado
Bosa	1
Rafael Uribe	1
Ciudad Bolívar	2
Total Bogotá	4

Fuente: Certificado de defunción, bases de datos SDS y RUAF preliminares. Actualización 30-01-2017

e. Caracterización de los casos.

En el análisis del comportamiento del indicador, relacionando los aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud se encontraron factores de riesgo asociados con el bajo nivel educativo, reflejándose en deficiencias en el autocuidado, con controles prenatales ausentes o insuficientes y la falta del reconocimiento de signos de desnutrición en los menores (Figura 1).

Figura 1. Perfil de riesgo de la mortalidad de por desnutrición en menores de 5 años.

Bogotá, D.C. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia – SISVAN-SVSP-SDS 2016

En todos los casos de mortalidad por desnutrición identificados, se evidenció la suspensión temprana de la lactancia materna y el inicio precoz de otros alimentos de insuficiente aporte calórico y pobre aporte de nutrientes de alto valor biológico, entre ellos coladas, leche entera, leches de fórmula diluida incorrectamente y agua de verduras. De otro lado, las familias residen en localidades de alta vulnerabilidad social, 2 de los casos en Ciudad Bolívar; con nivel de ingresos provenientes de actividades como el empleo informal, lo que limita el acceso a los alimentos en cantidad y calidad, confirmando que la pobreza es un factor de riesgo directamente relacionado con el evento. Además, se detectaron condiciones de violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Respecto a la atención en salud, se presentan demoras relacionadas con la falta de acciones de demanda inducida, seguimiento al recién nacido, control prenatal.

8. Casos y tasa de bajo peso al nacer.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 22. Casos y proporción de Bajo Peso al Nacer. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad De	Total	Casos Bajo	Proporción
--------------	-------	------------	------------



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Residencia	Nacidos Vivos (No.)	Peso Al Nacer (No.)	Bajo Peso Al Nacer (%)
Usaquén	6.209	779	12,5
Chapinero	2.022	250	12,4
Santa Fe	1.353	144	10,6
San Cristóbal	5.771	727	12,6
Usme	5.514	792	14,4
Tunjuelito	2.603	330	12,7
Bosa	10.041	1.181	11,8
Kennedy	14.067	1.778	12,6
Fontibón	4.181	529	12,7
Engativá	8.752	1.059	12,1
Suba	13.626	1.694	12,4
Barrios Unidos	1.549	199	12,8
Teusaquillo	1.230	168	13,7
Mártires	1.078	133	12,3
Antonio Nariño	1.203	159	13,2
Puente Aranda	2.825	352	12,5
Candelaria	252	37	14,7
R. Uribe	5.359	677	12,6
Ciudad Bolívar	9.774	1.270	13,0
Sumapaz	26	0	0,0
Sin Dato	677	94	13,9

Total Bogotá	98.112	12.352	12,6
---------------------	---------------	---------------	-------------

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2016 * Información preliminar año 2016.

c. Desagregado por sexo.

Tabla 23. Casos y proporción de bajo peso al nacer. Distribución por localidad y sexo. Bogotá, D.C. Año 2016*.

Localidad De Residencia	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos BPN (Nº)	Proporción Bajo Peso Al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos BPN (Nº)	Proporción Bajo Peso Al Nacer (%)	
Usaquén	3.071	411	13,4	3.137	367	11,7	6.209
Chapinero	965	140	14,5	1.057	110	10,4	2.022
Santa Fe	652	77	11,8	701	67	9,6	1.353
San Cristóbal	2.821	387	13,7	2.950	340	11,5	5.771
Usme	2.713	420	15,5	2.801	372	13,3	5.514
Tunjuelito	1.305	179	13,7	1.298	151	11,6	2.603
Bosa	4.862	632	13,0	5.179	549	10,6	10.041
Kennedy	6.846	922	13,5	7.218	855	11,8	14.067
Fontibón	2.088	297	14,2	2.093	232	11,1	4.181
Engativá	4.171	549	13,2	4.580	509	11,1	8.752
Suba	6.638	874	13,2	6.987	820	11,7	13.626
Barrios Unidos	783	120	15,3	766	79	10,3	1.549
Teusaquillo	593	96	16,2	637	72	11,3	1.230
Mártires	554	71	12,8	523	62	11,9	1.078
Antonio Nariño	603	96	15,9	600	63	10,5	1.203
Puente Aranda	1.381	187	13,5	1.444	165	11,4	2.825

Candelaria	118	20	16,9	134	17	12,7	252
R. Uribe	2.566	358	14,0	2.793	319	11,4	5.359
Ciudad Bolívar	4.730	719	15,2	5.043	551	10,9	9.774
Sumapaz	10	0	0,0	16	0	0,0	26
Sin Dato	315	54	17,1	362	40	11,0	677
Total Bogotá	47.785	6.609	13,8	50.319	5740	11,4	98.112

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2016 * Información preliminar año 2016.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 24. Casos de Bajo Peso al Nacer. Distribución por localidad y tipo de aseguramiento en salud. Bogotá, D.C. Año 2016.

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	CONTRIBUTIVO			SUBSIDIADO			EXCEPCIÓN			NO ASEGURADO			ESPECIAL			TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)
	TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)	CASOS BPN (N°)	PROPORCIÓN BPN (%)	TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)	CASOS BPN (N°)	PROPORCIÓN BPN (%)	TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)	CASOS BPN (N°)	PROPORCIÓN BPN (%)	TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)	CASOS BPN (N°)	PROPORCIÓN BPN (%)	TOTAL NACIDOS VIVOS (No.)	CASOS BPN (N°)	PROPORCIÓN BPN (%)	
USAQUEN	5119	635	12%	747	99	13%	161	17	11%	181	27	15%	1	1	1	6209
CHAPINERO	1766	216	12%	112	16	14%	63	11	17%	79	7	9%	2		0	2022
SANTA FE	809	75	9%	438	47	11%	36	10	28%	68	35	51%	2	1	0,5	1353
S. CRISTOBAL	3736	457	12%	1682	211	13%	136	20	15%	216	16	7%	1		0	5771
USME	3397	476	14%	1761	260	15%	108	11	10%	248	35	14%				5514
TUNJUELITO	1762	219	12%	621	80	13%	111	3	3%	109	16	15%				2603
BOSA	7084	841	12%	2443	264	11%	209	31	15%	305	106	35%				10041
KENNEDY	10793	1334	12%	2453	343	14%	456	56	12%	359	45	13%	6		0	14067
FONTIBON	3536	447	13%	427	57	13%	131	18	14%	85	45	53%	2		0	4181
ENGATIVA	7404	907	12%	836	92	11%	319	36	11%	191	24	13%	2		0	8752
SUBA	11151	1344	12%	1075	167	16%	342	42	12%	1055	141	13%	3		0	13626
B. UNIDOS	1319	156	12%	142	24	17%	51	11	22%	36	8	22%	1		0	1549
TEUSAQUILLO	1116	154	14%	51	9	18%	35	3	9%	22	2	9%	6		0	1230
MARTIRES	731	73	10%	247	46	19%	42	3	7%	58	7	12%				1078
A. NARIÑO	965	124	13%	174	25	14%	36	4	11%	28	11	39%				1203
PTE ARANDA	2423	302	12%	233	29	12%	114	12	11%	53	6	11%	2		0	2825
CANDELARIA	170	24	14%	66	12	18%	5	0	0%	11	1	9%				252
R. URIBE	3735	470	13%	1316	173	13%	139	16	12%	168	18	11%	1		0	5359
C. BOLIVAR	5954	800	13%	3122	372	12%	195	23	12%	502	75	15%	1		0	9774
SUMAPAZ	12	0	0%	7	0	0%		0	0%	7	0	0%				26
SINDATO	381	39	10%	141	23	16%	3	0	0%	152	32	21%				677
TOTAL BOGOTÁ	73363	9.093	12%	18094	2349	13%	2692	327	12%	3933	657	17%	30	2	7%	98112

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2016 * Información preliminar año 2016.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos

9. Casos y Razón de Mortalidad Materna.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Se muestra un comportamiento de reducción para 7 localidades del Distrito, entre las cuales sobresalen las localidades de San Cristóbal, Antonio Nariño y Puente Aranda, quienes no presentan casos para el año 2016.

Tabla 25. Mortalidad Materna según Localidad y Sub red de residencia. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidades	2016	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV
Usaquén	2	32,2
Chapinero	0	0
Santafé	2	147,8
San Cristóbal	0	0
Usme	1	18,1
Tunjuelito	1	38,4
Bosa	3	29,9
Kennedy	4	28,4
Fontibón	1	23,9
Engativá	2	22,9
Suba	2	14,7
Barrios Unidos	1	64,6
Teusaquillo	0	0
Mártires	1	92,8
Antonio Nariño	0	0
Puente Aranda	0	0
Candelaria	0	0
Rafael Uribe	3	56
Ciudad Bolívar	1	10,2
Sumapaz	0	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Total Bogotá	24	24,5
---------------------	-----------	-------------

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (ajustado enero 23 2017).

c. Desagregado por grupos de edad: menores de 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años y 35 años y más.

Tabla 26. Razón y Frecuencia de los Casos de Mortalidad Materna Según Edad. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	10 A 14 Años	15 A 19 Años	20 A 34 Años	35 A 39 Años	Total General
Nacidos Vivos	314	13676	70336	13786	98112
Casos MM	0	3	14	7	24
Razón MM	0	21,9	19,9	50,8	24,5

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (ajustado enero 23 2017).

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 27. Razón y Frecuencia de los Casos de Mortalidad Materna Según Vinculación al SGSSS. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Total
Nacidos Vivos	73363	18094	2692	30	3933	98112
Casos MM	12	8	1	0	3	24
Razón	16,4	44,2	37,1	0	76,2	24,5

FUENTE: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (ajustado enero 23 2017).

e. Caracterización de los casos.

El nivel educativo de los casos de defunción maternas para el periodo enero a diciembre de 2016 sitúa aquellas con educación secundaria completa con el mayor aporte un 33,3%, secundaria incompleta con el 25%, los cursos técnicos y con estudios universitarios

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

incompletos ocupan el tercer grupo con 16,6% y por último el igual proporción con 12,5% primaria completa y mujeres con estudios profesionales.

En cuanto al apoyo y/o convivencia con su pareja, la unión libre es el estado civil más frecuente con el 62,5%, es decir 15 casos, soltera y casada con 12,5% cada grupo y un caso que representa el 4% donde no se tiene información.

Según información identificada en las unidades de análisis, el estrato socioeconómico de las mujeres fallecidas eran en su mayoría a los estratos 2 y 3 como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 28. Principales Características de los Casos de Mortalidad Materna. Bogotá, D.C. Año 2016.

Característica	Numero	Porcentaje
Estrato Socioeconómico		
Estrato 1	4	16,60%
Estrato 2 a 3	16	66,6
Estrato 4 a 6	4	16,60%
Entidad Aseguradora		
Capital Salud	4	16,67%
Sanitas	3	12,50%
Cafesalud	3	12,50%
Famisanar	3	12,50%
No Asegurado	3	12,50%
Nueva EPS	2	8,33%
Salud Total	2	8,33%
Comfamiliar Huila	1	4,17%
Compensar	1	4,17%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Característica	Numero	Porcentaje
Convida	1	4,17%
Sanidad Policía	1	4,17%
CAUSALIDAD		
Muertes Directas		
Sepsis	1	8,30%
Preeclamsia	1	8,30%
Trombo embolismo Pulmonar	3	25,00%
Hemorragia	6	50,00%
Insuficiencia Respiratoria	1	8,30%
Muertes Indirectas		
Lupus	1	8,30%
Cáncer	3	25,00%
VIH	1	8,30%
Crisis Asmática	1	8,30%
Hipertensión Pulmonar	1	8,30%
En Estudio	2	16,60%
Cardiopatías	3	25,00%

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (ajustado enero 23 2017).
Base de datos Unidades de Análisis Distritales casos Mortalidad Materna.

Más de la mitad de los casos (54%), se encontraban afiliadas a las aseguradoras Capital salud, Sanitas, Cafesalud y Famisanar. En relación a la causalidad de los casos ocurridos se encuentra un comportamiento similar entre las muertes por causas directas e indirectas, teniendo igual número de casos, donde el mayor número de muertes por causas directas ocurren durante el último trimestre del año 2016. Como se observa en la tabla en las muertes indirectas presentadas se encuentran patologías de base que ponen

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

en evidencia la necesidad de fortalecer procesos de demanda inducida y seguimiento a la mujer en edad fértil de alto riesgo y no solo a la gestante, teniendo en cuenta que numero promedio de controles prenatales a los que asistieron los casos con desenlace negativo fue de 3.

10. Casos y Razón de Morbilidad Materna Extrema.

a. Total Bogotá b. Desagregado por localidades.

Tabla 29. Frecuencia y Razón de Morbilidad Materna Extrema por Localidades. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	Numero	Porcentaje	Nacidos Vivos	Razón
Kennedy	724	14,35%	14067	51,5
Suba	595	11,79%	13626	43,7
Bosa	488	9,67%	10041	48,6
Engativá	481	9,53%	8752	55,0
Ciudad Bolívar	432	8,56%	9774	44,2
San Cristóbal	305	6,04%	5771	52,9
Rafael Uribe Uribe	295	5,85%	5359	55,0
Usaquén	294	5,83%	6209	47,4
Usme	278	5,51%	5514	50,4
Fontibón	212	4,20%	4181	50,7
Tunjuelito	162	3,21%	2603	62,2
Puente Aranda	149	2,95%	2825	52,7
Sin Dato	97	1,94%	677	144,8
Chapinero	95	1,88%	2022	47,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Teusaquillo	85	1,68%	1230	69,1
Santa fe	80	1,59%	1353	59,1
Barrios Unidos	79	1,57%	1549	51,0
Los Mártires	75	1,49%	1078	69,6
Antonio Nariño	63	1,25%	1203	52,4
La Candelaria	53	1,05%	252	210,3
Sumapaz	3	0,06%	26	115,4
Total general	5045	100,00%	98112	51,4

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

c. Desagregado por grupos de edad: menores de 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años y 35 años y más.

Tabla 30. Frecuencia y Razón de Morbilidad Materna Extrema por Grupos de Edad. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	10 A 14 Años	15 A 19 Años	20 A 34 Años	35 A 39 Años	Total general
NACIDOS VIVOS	314	13676	70336	13786	98112
CASOS MME	25	589	3438	993	5045
RAZON MM	79,6	43,1	48,9	72,0	51,4

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 31. Frecuencia y Razón de Morbilidad Materna Extrema por Vinculación al SGSSS. Bogotá, D.C.. Año 2016.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Total
Nacidos Vivos	73363	18094	2692	30	3933	98112
Casos MME	3813	799	46	183	204	5045
Razón	52,0	44,2	17,1	6100,0	51,9	51,4

Fuente: Base datos SIVIGILA evento 549 semana 52 año 2016. Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

11. Cobertura de Control prenatal.

a. Total Bogotá.

Para el año 2016 se encuentra un total de 68.653 atenciones de control prenatal para Bogotá D.C., según datos preliminares.

b. Desagregado por localidades.

El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud se encuentra reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, esta información es consolidada en la Secretaría Distrital de Salud, por lo tanto en las variables descritas en esta normatividad no se establece el barrio de residencia y la información por localidad no es de obligatorio diligenciamiento teniendo sesgos de información mayores del 10%, por lo tanto no se presenta dicha información.

c. Desagregado por grupos de edad: menores de 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años y 35 años y más.

Al discriminar por grupos de edad el 76% corresponde a madres entre 20 a 34 años, seguido por el grupo de 15 a 19 años con un 13%, en tercer lugar el grupo de mayores de 35 años con un 10% y el grupo de menores de 14 años con un 3%.

Tabla 32. Número de Controles Prenatales por Grupo de Edad. Bogotá, D.C. Año 2016.

MENORES 14 AÑOS	DE 15 A 19 AÑOS	DE 20 A 34 AÑOS	MAYORES A 35 AÑOS
230	8823	52414	7186

Base de datos RIPS SDS 2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de Diciembre de 2016). Los siguientes son los Códigos utilizados para generar el reporte. Fuente: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>. 028



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre. Z34 Supervisión embarazo normal. Z35 Supervisión embarazo alto riesgo

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 33. Número de Controles Prenatales por Grupo de Edad. Bogotá, D.C. Año 2016.

Régimen de Seguridad	N° Atenciones
Contributivo	49.623
Otro	718
Particular	239
Subsidiado	6.365
Vinculado	11.708
Total	68.653

Base de datos RIPS SDS 2016, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de Diciembre de 2016). Los siguientes son los Códigos utilizados para generar el reporte. Fuente: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>. O28 Hallazgos anormales en

12. Porcentaje de captación temprana (primer trimestre)

La información disponible corresponde al año 2015, consultada en el link de reportes de indicadores PEDT seguimiento por entidad territorial de la página del Ministerio de Salud y Protección Social, por tanto no se cuenta con desagregación por localidad, tipo de vinculación al sistema ni grupo de edad.

Tabla 34. Proporción de Gestantes con Captación Temprana al Control Prenatal. Bogotá, D.C. Año 2015.

Numerador	Denominador	Proporción
34.892	112.336	31,06

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD). 15/02/2017 2:51:53 p. m.

13. Casos y Tasa de Mortalidad Perinatal.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 35. Casos y Tasas Mortalidad Perinatal Según Localidad. Bogotá, D.C. Año 2016.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	2016	
	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales
Usaquén	69	11,0
Chapinero	9	4,4
Santafé	23	16,8
San Cristóbal	58	10,0
Usme	73	13,1
Tunjuelito	43	16,4
Bosa	118	11,7
Kennedy	174	12,3
Fontibón	55	13,0
Engativá	104	11,8
Suba	186	13,5
Barrios Unidos	23	14,7
Teusaquillo	17	13,7
Mártires	15	13,8
Antonio Nariño	18	14,8
Puente Aranda	35	12,3
Candelaria	0	0,0
Rafael Uribe	77	14,2
Ciudad Bolívar	159	16,1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Sumapaz	0	0
Sin Dato De Localidad	51	0
Total Distrito	1307	13,2

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS. -preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 36. Casos y tasas mortalidad perinatal según vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Bogotá, D.C. Año 2016.

Vinculación SGSSS	Casos	Tasa
Contributivo	838	11,3
Subsidiado	308	16,8
Excepción	34	12,5
Especial	0	0
No asegurado	127	31,5
Total Distrito	1307	13,2

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS. -preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

14. Casos y proporción de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 37. Casos y tasas mortalidad neonatal temprana, neonatal tardía y post-neonatal según localidad, Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidades	Neonatal Temprana		Neonatal tardía		Pos-neonatal		Total general	
	Casos	Tasa por 1.000 NV	Casos	Tasa por 1.000 NV	Casos	Tasa por 1.000 NV	Casos	Tasa por 1.000 NV

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Usaquén	24	3,9	9	1,4	9	1,4	42	6,8
Chapinero	2	1	3	1,5	1	0,5	6	3
Santafé	7	5,2	1	0,7	3	2,2	11	8,1
San Cristóbal	21	3,6	6	1	26	4,5	53	9,2
Usme	17	3,1	14	2,5	23	4,2	54	9,8
Tunjuelito	20	7,7	2	0,8	9	3,5	31	11,9
Bosa	37	3,7	14	1,4	35	3,5	86	8,6
Kennedy	52	3,7	24	1,7	47	3,3	123	8,7
Fontibón	16	3,8	6	1,4	4	1	26	6,2
Engativá	32	3,7	27	3,1	20	2,3	79	9
Suba	53	3,9	36	2,6	46	3,4	135	9,9
Barrios Unidos	5	3,2	3	1,9	6	3,9	14	9
Teusaquillo	5	4,1		0	1	0,8	6	4,9
Mártires	5	4,6		0	4	3,7	9	8,3
Antonio Nariño	8	6,7	4	3,3	3	2,5	15	12,5
Puente Aranda	8	2,8	3	1,1	9	3,2	20	7,1
Candelaria	0	0	1	4		0	1	4
Rafael Uribe	20	3,7	10	1,9	9	1,7	39	7,3
Ciudad Bolívar	40	4,1	24	2,5	47	4,8	111	11,4
Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Dato De Localidad	12	0	3	0	17	0	32	0
Total	384	3,9	190	1,9	319	3,3	893	9,1

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 38. Casos y tasas mortalidad neonatal temprana, neonatal tardía y post-neonatal según vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Bogotá, D.C. Año 2016.

Vinculación SGSSS	Neonatal temprana		Neonatal tardía		Post-neonatal		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Contributivo	269	3,7	146	2,0	165	2,2	580	7,9

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Subsidiado	77	4,3	33	1,8	86	4,8	196	10,8
Excepción	8	3,0	3	1,1	4	1,5	15	5,6
Especial	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
No asegurado	30	7,6	7	1,8	64	16,3	101	25,7
Total Distrito	384	3,9	190	1,9	319	3,3	893	9,1

Fuente: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS. -preliminares 2016 ajustado enero 23 2017.

15. Casos y tasa de sífilis congénita.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 39. Incidencia de Sífilis Congénita X 1.000 Nacidos Vivos, según Localidad de Residencia. Bogotá, D.C. Año 2016.

Localidad	N. Casos	Incidencia 2016
Usaquén	2	0,3
Chapinero	1	0,5
Santafé	6	4,4
San Cristóbal	12	2,1
Usme	11	2,0
Tunjuelito	3	1,2
Bosa	15	1,5
Kennedy	11	0,8
Fontibón	3	0,7
Engativá	9	1,0
Suba	4	0,3
Barrios Unidos	0	0,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Teusaquillo	0	0,0
Los Mártires	11	10,2
Antonio Nariño	0	0,0
Puente Aranda	4	1,4
Candelaria	4	15,9
Rafael Uribe Uribe	10	1,9
Ciudad Bolívar	13	1,3
Sumapaz	0	0,0
Sin Dato	2	3,0
Total Distrito	121	1,2

Fuente: SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud Año 2016. *Datos preliminares. Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Corte 19/01/17 Datos Preliminares.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 40. Porcentaje de Casos Según Tipo de Aseguramiento. Bogotá, D.C. Año 2016.

Tipo de Aseguramiento	N. Casos	%
Contributivo	55	45,5
Subsidiado	52	43,0
No Afiliado	13	10,7
Especial	1	0,8
Total	121	100,0

Fuente: SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2016 datos preliminares.

16. Casos y tasa de VIH – SIDA.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 41. Número De Casos y Proporción de Incidencia x 100.000 Habitantes de VIH/Sida, Distribuidos Según Localidad de Residencia, Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidad	Casos	PI x 100.000 habitantes
Usaquén	144	30,4
Chapinero	142	111,9
Santa fe	85	88,1
San Cristóbal	103	26,0
Usme	75	22,2
Tunjuelito	68	35,9
Bosa	147	20,7
Kennedy	304	25,6
Fontibón	109	27,0
Engativá	256	29,3
Suba	318	25,4
Barrios unidos	74	28,0
Teusaquillo	80	56,8
Mártires	70	74,4
Antonio Nariño	47	43,3
Puente Aranda	97	43,1
Candelaria	20	88,4
Rafael Uribe Uribe	120	33,9
Ciudad Bolívar	161	22,4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Casos	PI x 100.000 habitantes
Sumapaz	1	13,6
Sin dato	353	NA
Total Distrito	2774	34,8

Fuente: Proyecciones poblacionales 2016 DANE - SIVIGILA 2.016 dato preliminar, corte febrero de 2017

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 42. Número de Casos y Porcentaje VIH/Sida, Distribuidos Según Régimen de Aseguramiento en Salud, Bogotá D.C. Año 2.016.

Tipo régimen en salud	Casos	Porcentaje
Contributivo	2094	75,5
Subsidiado	404	14,6
No asegurado	173	6,2
Excepción	52	1,9
Especial	44	1,6
Indeterminado	7	0,3
Total	2774	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SIVIGILA 2.016 dato preliminar. corte febrero de 2017

d. Desagregado por etapas de ciclo vital: primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

Tabla 43. Número de Casos y Porcentaje VIH/Sida, Distribuidos por Etapas del Ciclo Vital, Bogotá D.C. Año 2.016.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Etapas del Ciclo	Casos	Porcentaje
Primera Infancia	2	0,1
Adolescencia	30	1,1
Juventud	1195	43,1
Adultez	1440	51,9
Vejez	107	3,9
Total	2774	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SIVIGILA 2.016 dato preliminar.

17. Casos de nacidos vivos, abortos y mortinatos, registrados en mujeres de 10 a 14 años.

El número de abortos se obtiene a partir de los datos publicados por el DANE, los cuales, a la fecha no se encuentran disponibles para el año 2016, de esta manera a continuación se describen solo los datos de nacidos vivos y mortinatos en este grupo de edad.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 44. Nacidos vivos y mortinatos, desagregado por localidad de residencia en mujeres de 10 a 14 años. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Año 2016	
	Nacimientos mujeres 10-14 años	Mortinatos
Usaquén	21	0
Chapinero	2	0
Santafé	6	0
San Cristóbal	23	0
Usme	34	1
Tunjuelito	12	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Bosa	40	2
Kennedy	32	0
Fontibón	6	0
Engativá	19	0
Suba	27	1
Barrios Unidos	0	0
Teusaquillo	3	0
Mártires	2	0
Antonio Nariño	4	0
Puente Aranda	4	0
Candelaria	0	0
Rafael Uribe	22	1
Ciudad Bolívar	55	1
Sumapaz	0	0
Sin dato	2	1
Total Distrito	314	7

Fuente: Numerador: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 45. Casos de Nacidos Vivos y Mortinatos, Desagregado por Tipo de Vinculación al Sistema En Mujeres de 10 a 14 años. Bogotá D.C. Año 2016.

Vinculación SGSSS	Nacidos Vivos 10 A 14 Años	Mortinatos 10 A 14 Años
----------------------	-------------------------------	----------------------------



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Contributivo	148	3
Subsidiado	148	3
Excepción	3	0
No asegurado	15	1
Total Distrito	314	7

Fuente: Numerador: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

18. Casos de nacidos vivos, abortos y mortinatos, registrados en mujeres de 15 a 19 años.

El número de abortos se obtiene a partir de los datos publicados por el DANE, los cuales, a la fecha no se encuentran disponibles para el año 2016, de esta manera a continuación se describen solo los datos de nacidos vivos y mortinatos en este grupo de edad.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 46. Nacidos vivos y mortinatos, desagregado por localidad de residencia en mujeres de 15 a 19 años. Bogotá D.C. Año 2016.

Localidades	Año 2016	
	Nacimientos mujeres 15-19 años	Mortinatos
Usaquén	479	5
Chapinero	117	0
Santafé	238	1
San Cristóbal	1080	3
Usme	1170	11
Tunjuelito	400	5
Bosa	1800	13



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Kennedy	1887	14
Fontibón	402	8
Engativá	845	8
Suba	1432	18
Barrios Unidos	111	0
Teusaquillo	69	1
Mártires	141	2
Antonio Nariño	161	2
Puente Aranda	262	1
Candelaria	41	0
Rafael Uribe	867	10
Ciudad Bolívar	2030	22
Sumapaz	3	0
Sin Dato	141	3
Total Distrito	13676	127

Fuente: Numerador: Base de datos Apicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 47. Casos de Nacidos Vivos y Mortinatos, Desagregado por Tipo de Vinculación al Sistema en Mujeres de 15 a 19 años. Bogotá D.C. Año 2.016.

Vinculación SGSSS	Nacidos Vivos 15 A 19 Años	Mortinatos 15 A 19 Años
Contributivo	7462	54
Subsidiado	5218	53

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Excepción	193	1
No asegurado	803	19
Total Distrito	13676	127

Fuente: Numerador: Base de datos Apicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

19. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 10 a 14 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 48. Tasa De Fecundidad Específica Mujeres de 10-14 Años, Desagregado por Localidad de Residencia. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Nacimientos mujeres	Proyecciones mujeres de 10 a 14 años	Tasa de fecundidad
	10-14 años	10-14 años	
Usaquén	21	15021	1,4
Chapinero	2	3306	0,6
Santafé	6	3434	1,5
San Cristóbal	23	16143	1,4
Usme	34	15064	2,3
Tunjuelito	12	6952	1,7
Bosa	40	29558	1,4
Kennedy	32	44914	0,7
Fontibón	6	14305	0,4
Engativá	19	29483	0,6
Suba	27	45322	0,6
Barrios Unidos	0	7060	0
Teusaquillo	3	3494	0,9
Mártires	2	2980	0,7
Antonio Nariño	4	3880	1
Puente Aranda	4	7069	0,6
Candelaria	0	610	0
Rafael Uribe	22	13583	1,6



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

Ciudad Bolívar	55	32006	1,7
Sumapaz	0	286	0
Sin información	2	0	0
Total Distrito	314	294470	1,1

Fuente: Numerador: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Denominador: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

A la fecha no se cuenta con el denominador para el año 2016, que permita medir la tasa de fecundidad específica por tipo de vinculación. A continuación se presentan los casos de nacidos vivos por tipo de vinculación al sistema en el grupo de mujeres de 10-14 años.

Tabla 49. Número de Nacidos Vivos En Mujeres De 10-14 Años, Desagregado por Localidad de Residencia y Tipo De Vinculación al Sistema. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado
Usaquén	11	9	0	1
Chapinero	0	1	0	1
Santafé	2	4	0	0
San Cristóbal	9	13	0	1
Usme	17	16	0	1
Tunjuelito	6	5	0	1
Bosa	20	19	0	1
Kennedy	18	14	0	0
Fontibón	6	0	0	0
Engativá	9	9	1	0
Suba	12	7	1	7
Barrios Unidos	0	0	0	0
Teusaquillo	0	2	0	1
Los Mártires	1	1	0	0
Antonio Nariño	0	4	0	0
Puente Aranda	1	3	0	0
La Candelaria	0	0	0	0
Rafael Uribe Uribe	11	11	0	0
Ciudad Bolívar	25	28	1	1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Sumapaz	0	0	0	0
Sin Dato	0	2	0	0
Total general	148	148	3	15

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 18-01-2017 (Corte 13-01-2017).

20. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 15 a 19 años.

a. Total Bogotá y b. Desagregado por localidades.

Tabla 50. Tasa de Fecundidad Específica Mujeres De 15-19 Años, Desagregado Por Localidad De Residencia. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Nacimientos mujeres 15-19 años	Proyecciones mujeres de 15-19 años	Tasa de fecundidad
Usaquén	479	16847	28,4
Chapinero	117	3682	31,8
Santafé	238	3548	55,4
San Cristóbal	1080	16659	64,8
Usme	1170	15431	75,8
Tunjuelito	400	7309	54,7
Bosa	1800	31449	57,2
Kennedy	1887	47305	39,9
Fontibón	402	15533	25,9
Engativá	845	32393	26,1
Suba	1432	49031	29,2
Barrios Unidos	111	8240	13,5
Teusaquillo	69	4142	16,7
Mártires	141	3073	45,9
Antonio Nariño	161	3917	41,1
Puente Aranda	262	7660	34,2
Candelaria	41	715	57,3
Rafael Uribe	867	14234	60,9
Ciudad Bolívar	2030	32606	62,3
Sumapaz	3	278	10,8
Sin Dato	141	0	0
Total Distrito	13676	314052	43,5



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SECRETARÍA DE SALUD

Fuente: Numerador: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINAR. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Denominador: Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 51. Número de Nacidos Vivos En Mujeres De 15-19 Años, Desagregado Por Localidad De Residencia Y Tipo De Vinculación Al Sistema. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Usaquén	264	180	4	31	479
Chapinero	84	26	4	3	117
Santafé	102	113	9	14	238
San Cristóbal	528	489	13	50	1080
Usme	570	539	11	50	1170
Tunjuelito	178	189	12	21	400
Bosa	995	731	14	60	1800
Kennedy	1077	710	38	62	1887
Fontibón	266	114	6	16	402
Engativá	567	224	29	25	845
Suba	900	286	15	231	1432
Barrios Unidos	83	21	4	3	111
Teusaquillo	47	17	1	4	69
Los Mártires	73	60	2	6	141
Antonio Nariño	104	47	3	7	161
Puente Aranda	198	54	5	5	262
Candelaria	17	23	0	1	41
Rafael Uribe Uribe	457	369	7	34	867
Ciudad Bolívar	888	992	16	134	2030
Sumapaz	1	1	0	1	3
Sin Dato	63	33	0	45	141
Total general	7462	5218	193	803	13676

Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 18-01-2017 (Corte 13-01-2017).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

21. Número de casos de interrupción del embarazo en cumplimiento de la sentencia C-355.

a. Total Bogotá.

Durante el año 2016, se han reportado un total de 1087 procedimientos de IVE, tomando como fuente de información la base de datos RIPS SDS 2016 (preliminar), de población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2016).

b. Desagregado por localidades.

Tabla 52. Número de Eventos IVE Atendidos En El Año 2016, Por Localidad de Residencia. Bogotá D.C. Año 2016.

Localidad de residencia	2016
Antonio Nariño	14
Barrios Unidos	15
Bosa	59
Candelaria	5
Chapinero	30
Ciudad Bolívar	54
Engativá	130
Fontibón	42
Kennedy	115
Los Mártires	10
Otra	150
Puente Aranda	34
Rafael Uribe	46



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

San Cristóbal	40
Santa Fe	9
Suba	138
Sumapaz	1
Teusaquillo	32
Tunjuelito	42
Usaquén	91
Usme	30
Total Distrito	1087

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2016 (preliminar), población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2016).

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 53. Número De Eventos IVE Atendidos En El Año 2016, Por Tipo De Vinculación Al Sistema. Bogotá D.C. Año 2.016.

Red de servicios	Tipo de afiliación	2016
Red Adscrita	Contributivo	1
	Otro	
	Particular	
	Subsidiado	51
	Vinculado	
Total Red Adscrita		52
Red no Adscrita	Contributivo	368



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	Otro	
	Particular	661
	Subsidiado	4
	Vinculado	2
Total Red no Adscrita		1035
Total general		1087

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2016 (preliminar), población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2016).

d. Caracterización de los casos.

Tabla 54. Número De Eventos IVE Atendidos En El Año 2016, Según Causal. Bogotá D.C. Año 2.016.

Red de servicios	Causal Principal	2016
Red Adscrita	Conducta debidamente denunciada Conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas, o de incesto, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas, o de incesto	7
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida	11
	Peligro para la vida o la salud de la mujer	34
Total Red Adscrita		52



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Red no Adscrita	Conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas, o de incesto	1
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida	1
	Peligro para la vida o la salud de la mujer	1033
Total Red no Adscrita		1035
Total general		1087

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2016 (preliminar), población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2016).

Tabla 55. Número de eventos IVE Atendidos En El Año 2016, Por Grupo De Edad. Bogotá D.C. Año 2.016.

Red de servicios	Grupo etáreo	2016
Red Adscrita	De 10 a 14 años	6
	De 15 a 19 años	7
	De 20 a 24 años	18
	De 25 a 29 años	9
	De 30 a 34 años	5
	De 35 a 39 años	6
	De 40 a 44 años	1
	De 45 a 59 años	0
Total Red Adscrita		52



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Red no Adscrita	De 10 a 14 años	13
	De 15 a 19 años	229
	De 20 a 24 años	330
	De 25 a 29 años	209
	De 30 a 34 años	152
	De 35 a 39 años	68
	De 40 a 44 años	34
	De 45 a 59 años	0
	Total Red no Adscrita	1035
Total general		1087

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2016 (preliminar), población contributiva, subsidiada, vinculada y particulares. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias y por las IPS Oriéntame y Profamilia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2016).

Mortalidad Evitable

22. Casos y tasa de mortalidad en menores de 1 año.

a. Total Bogotá.

c. Desagregado por localidades.

Durante el año 2016, se presentaron 893 muertes infantiles, frente a 907 muertes presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 15% en Suba, 14% en Kennedy, 12% en Ciudad Bolívar y 10% en Bosa; las demás localidades aportan menos del 10% cada una, excepto Sumapaz que no reporta fallecidos.

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Tibabuyes (Suba) con el 5%(n=42), El Rincón (Suba) con el 4%(n=38), Lucero (Ciudad Bolívar) con el 3%(n=31).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 56 Número de casos y tasa de mortalidad infantil, Bogotá D.C, a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS	TASA POR 1000 NV
01-USAQUEN	42	6,8
02-CHAPINERO	6	3,0
03-SANTA FE	11	8,1
04-SAN CRISTOBAL	53	9,2
05-USME	54	9,8
06-TUNJUELITO	31	11,9
07-BOSA	86	8,6
08-KENNEDY	123	8,7
09-FONTIBÓN	26	6,2
10-ENGATIVÁ	79	9,0
11-SUBA	135	9,9
12-BARRIOS UNIDOS	14	9,0
13-TEUSAQUILLO	6	4,9
14-MÁRTIRES	9	8,3
15-ANTONIO NARIÑO	15	12,5
16-PUENTE ARANDA	20	7,1
17-CANDELARIA	1	4,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	39	7,3
19-CIUDAD BOLIVAR	111	11,4
20-SUMAPAZ	0	0,0
SIN DATO	32	
TOTAL DISTRITO	893	9,1

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

b. Desagregado por sexo.

El 57% de la mortalidad infantil se ha presentado en niños y el porcentaje restante en niñas, la razón niño/niña es de 0,7. El 43% (n=384) de las muertes corresponden con muertes neonatales tempranas (primeros 7 días de vida).

Tabla 57 Casos y tasa de mortalidad infantil por sexo, Bogotá D.C. a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	MASCULINO	TASA POR	FEMENINO	TASA POR	TOTAL CASOS	TASA POR
-----------	-----------	----------	----------	----------	-------------	----------

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SECRETARÍA DE SALUD

		1000 NV		1000 NV	BOGOTÁ	1000 NV. BOGOTÁ
01-USAQUEN	25	8,0	17	5,5	42	6,8
02-CHAPINERO	3	2,8	3	3,1	6	3,0
03-SANTA FE	6	8,6	5	7,7	11	8,1
04-SAN CRISTOBAL	29	9,8	24	8,5	53	9,2
05-USME	29	10,4	25	9,2	54	9,8
06-TUNJUELITO	15	11,6	16	12,3	31	11,9
07-BOSA	49	9,5	37	7,6	86	8,6
08-KENNEDY	73	10,1	50	7,3	123	8,7
09-FONTIBÓN	9	4,3	17	8,1	26	6,2
10-ENGATIVÁ	48	10,5	31	7,4	79	9,0
11-SUBA	82	11,7	53	8,0	135	9,9
12-BARRIOS UNIDOS	9	11,7	5	6,4	14	9,0
13-TEUSAQUILLO	3	4,7	3	5,1	6	4,9
14-MÁRTIRES	2	3,8	7	12,6	9	8,3
15-ANTONIO NARIÑO	8	13,3	7	11,6	15	12,5
16-PUENTE ARANDA	12	8,3	8	5,8	20	7,1
17-CANDELARIA	0	0,0	1	8,5	1	4,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	27	9,7	12	4,7	39	7,3
19-CIUDAD BOLIVAR	60	11,9	51	10,8	111	11,4
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	17		15		32	
TOTAL DISTRITO	506	10,1	387	8,1	893	9,1

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 65% de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 22% al subsidiado, el 11% no se encontraba afiliado al sistema y el 2% restante hacia parte del régimen de excepción.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 58. Casos y tasa de mortalidad infantil por afiliación al SGSSS, en Bogotá D.C. a Diciembre de 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CONTRIBUTIVO	TASA POR 1000 NV	SUBSIDIADO	TASA POR 1000 NV	NO ASEGURADO	TASA POR 1000 NV	ESPECIAL	TASA POR 1000 NV	EXCEPCION	TASA POR 1000 NV
01-USAQUEN	35	6,8	5	6,7	1	5,5	0	0	1	6,2
02-CHAPINERO	6	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
03-SANTA FE	6	7,4	5	11,4	0	0,0	0	0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	25	6,7	21	12,5	7	32,4	0	0	0	0,0
05-USME	36	10,6	14	8,0	4	16,1	0	0	0	0,0
06-TUNJUELITO	24	13,6	6	9,7	1	9,2	0	0	0	0,0
07-BOSA	47	6,6	27	11,1	11	36,1	0	0	1	4,8
08-KENNEDY	81	7,5	24	9,8	15	41,8	0	0	3	6,6
09-FONTIBÓN	23	6,5	3	7,0	0	0,0	0	0	0	0,0
10-ENGATIVÁ	64	8,6	11	13,2	2	10,5	0	0	2	6,3
11-SUBA	97	8,7	21	19,5	14	13,3	1	333,3	2	5,8
12-BARRIOS UNIDOS	12	9,1	1	7,0	1	27,8	0	0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	3	2,7	3	58,8	0	0,0	0	0	0	0,0
14-MÁRTIRES	7	9,6	2	8,1	0	0,0	0	0	0	0,0
15-ANTONIO NARIÑO	10	10,4	3	17,2	1	35,7	0	0	1	27,8
16-PUENTE ARANDA	15	6,2	3	12,9	1	18,9	0	0	1	8,8
17-CANDELARIA	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	21	5,6	10	7,6	6	35,7	0	0	2	14,4
19-CIUDAD BOLIVAR	64	10,7	32	10,2	14	27,9	0	0	1	5,1
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
SIN DATO	3		5		23		0		1	
TOTAL DISTRITO	580	7,9	196	10,8	101	25,7	1	33,3	15	5,6

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

e. Caracterización de los casos.

Las principales causas de mortalidad infantil en el Distrito Capital, son: Sepsis bacteriana del recién nacido con 9% (n=84), seguido de enterocolitis necrotizante y feto y recién nacido afectados por parto precipitado con 5% (n= 48) respectivamente, causas que se relacionan con la calidad del control prenatal y atención del parto, por lo tanto se debe priorizar el esfuerzo en la captación oportuna y seguimiento de la mujer gestante. Por otra parte, existe un importante porcentaje de muertes sin causa clara o en el domicilio, registrándose 48 casos correspondientes al 5% de la totalidad de la mortalidad infantil, que reflejan la falencia que existe en la identificación oportuna de signos de alarma o negligencia. La mediana de la edad de la madre es de 26 años, con un rango entre 14 y 51 años y respecto al peso al nacer de los casos se puede mencionar que la mediana se ubica en 1460gr, con un rango entre 260 y 4910gr.

23. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años.

a. Total Bogotá.

c. Desagregado por localidades.

Durante el año 2016, se presentaron 1062 muertes en menores de cinco años, frente a 1052 muertes presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 15% en Suba, 13% en Kennedy y Ciudad Bolívar respectivamente y 10% en Bosa; las demás localidades aportan menos del 10% cada una, excepto Sumapaz que no reporta fallecidos.

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Tibabuyes (Suba) con el 5%(n=49), El Rincón (Suba) con el 4%(n=43), Lucero (Ciudad Bolívar) con el 4%(n=40), Bosa central (Bosa) con el 3%(n=37).

Tabla 59. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años, Bogotá D.C., a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	50	8,1
02-CHAPINERO	11	5,4
03-SANTA FE	13	9,6
04-SAN CRISTOBAL	65	11,3
05-USME	64	11,6
06-TUNJUELITO	36	13,8
07-BOSA	103	10,3

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

08-KENNEDY	142	10,1
09-FONTIBÓN	29	6,9
10-ENGATIVÁ	95	10,9
11-SUBA	155	11,4
12-BARRIOS UNIDOS	16	10,3
13-TEUSAQUILLO	9	7,3
14-MÁRTIRES	14	13,0
15-ANTONIO NARIÑO	17	14,1
16-PUENTE ARANDA	24	8,5
17-CANDELARIA	1	4,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	49	9,1
19-CIUDAD BOLIVAR	133	13,6
20-SUMAPAZ	0	0,0
SIN DATO	36	
TOTAL DISTRITO	1062	10,8

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

b. Desagregado por sexo.

El 57% de la mortalidad en menores de cinco años se ha presentado en niños y el porcentaje restante en niñas, la razón niño/niña es de 0,7.

Tabla 60. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por sexo, Bogotá D.C. a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	MASCULINO	RAZON POR 1000 NV	FEMENINO	RAZON POR 1000 NV	TOTAL CASOS BOGOTA	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	30	9,6	20	6,5	50	8,1
02-CHAPINERO	7	6,6	4	4,1	11	5,4
03-SANTA FE	7	10,0	6	9,2	13	9,6
04-SAN CRISTOBAL	37	12,5	28	9,9	65	11,3
05-USME	35	12,5	29	10,7	64	11,6
06-TUNJUELITO	18	13,9	18	13,8	36	13,8
07-BOSA	56	10,8	47	9,7	103	10,3
08-KENNEDY	83	11,5	59	8,6	142	10,1

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

09-FONTIBÓN	10	4,8	19	9,1	29	6,9
10-ENGATIVÁ	55	12,0	40	9,6	95	10,9
11-SUBA	93	13,3	62	9,3	155	11,4
12-BARRIOS UNIDOS	10	13,1	6	7,7	16	10,3
13-TEUSAQUILLO	6	9,4	3	5,1	9	7,3
14-MÁRTIRES	6	11,5	8	14,4	14	13,0
15-ANTONIO NARIÑO	10	16,7	7	11,6	17	14,1
16-PUENTE ARANDA	15	10,4	9	6,5	24	8,5
17-CANDELARIA	0	0,0	1	8,5	1	4,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	32	11,5	17	6,6	49	9,1
19-CIUDAD BOLIVAR	75	14,9	58	12,3	133	13,6
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	20		16		36	
TOTAL DISTRITO	605	12,0	457	9,6	1062	10,8

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 64% de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 22% al subsidiado, el 12% no se encontraba afiliado al sistema y el 2% restante hacia parte del régimen de excepción.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 61. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por afiliación al SGSSS, en Bogotá D.C. a Diciembre de 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CONTRIBUTIVO	RAZON POR 1000 NV	SUBSIDIADO	RAZON POR 1000 NV	NO ASEGURADO	RAZON POR 1000 NV	ESPECIAL	RAZON POR 1000 NV	EXCEPCION	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	42	8,2	5	6,7	2	11,0	0	0	1	6,2
02-CHAPINERO	8	4,5	3	26,8		0,0	0	0	0	0,0
03-SANTA FE	6	7,4	6	13,7	1	14,7	0	0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	34	9,1	23	13,7	7	32,4	0	0	1	7,4
05-USME	41	12,1	18	10,2	5	20,2	0	0	0	0,0
06-TUNJUELITO	28	15,9	6	9,7	1	9,2	0	0	1	9,0
07-BOSA	59	8,3	27	11,1	15	49,2	0	0	2	9,6
08-KENNEDY	89	8,2	29	11,8	18	50,1	0	0	6	13,2
09-FONTIBÓN	26	7,4	3	7,0	0	0,0	0	0	0	0,0
10-ENGATIVÁ	73	9,9	15	17,9	4	20,9	0	0	3	9,4
11-SUBA	110	9,9	25	23,3	17	16,1	1	333,3	2	5,8
12-BARRIOS UNIDOS	14	10,6	1	7,0	1	27,8	0	0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	6	5,4	3	58,8	0	0,0	0	0	0	0,0
14-MÁRTIRES	8	10,9	4	16,2	2	34,5	0	0	0	0,0
15-ANTONIO NARIÑO	11	11,4	3	17,2	2	71,4	0	0	1	27,8
16-PUENTE ARANDA	18	7,4	3	12,9	2	37,7	0	0	1	8,8
17-CANDELARIA	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	28	7,5	13	9,9	6	35,7	0	0	2	14,4
19-CIUDAD BOLIVAR	72	12,1	40	12,8	20	39,8	0	0	1	5,1
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
SIN DATO	3		5		27		0		1	
TOTAL DISTRITO	677	9,2	232	12,8	130	33,1	1	33,3	22	8,2

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017)

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

24. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por IRA.

a. Total Bogotá.

c. Desagregado por localidades.

Durante el año 2016, se presentaron 24 muertes por IRA en menores de cinco años, frente a 27 muertes presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 21% en Ciudad Bolívar, 17% en Bosa y Tunjuelito respectivamente y 13% en Usme; las mitad de las localidades del D.C., no presentan casos de mortalidad por IRA.

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Bosa central (Bosa), Ismael Perdomo (Ciudad Bolívar) y Comuneros (Usme), cada una con el 8%(n=2) de los casos fallecidos por IRA.

Tabla 62. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA, Bogotá D.C., a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	0	0,0
02-CHAPINERO	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	2	0,3
05-USME	3	0,5
06-TUNJUELITO	4	1,5
07-BOSA	4	0,4
08-KENNEDY	1	0,1
09-FONTIBÓN	0	0,0
10-ENGATIVÁ	2	0,2
11-SUBA	1	0,1
12-BARRIOS UNIDOS	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	0	0,0
14-MÁRTIRES	1	0,9
15-ANTONIO NARIÑO	0	0,0
16-PUENTE ARANDA	1	0,4
17-CANDELARIA	0	0,0
18-RAFAEL URIBE	0	0,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

URIBE		
19-CIUDAD BOLIVAR	5	0,5
20-SUMAPAZ	0	0,0
SIN DATO	0	
TOTAL DISTRITO	24	0,2

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

b. Desagregado por sexo.

Tabla 63. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA de acuerdo al sexo, Bogotá D.C. a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	MASCULINO	RAZON POR 1000 NV	FEMENINO	RAZON POR 1000 NV	TOTAL CASOS BOGOTA	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	0	0,0	0	0,0	0	0,0
02-CHAPINERO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	2	0,7	0	0,0	2	0,3
05-USME	2	0,7	1	0,4	3	0,5
06-TUNJUELITO	1	0,8	3	2,3	4	1,5
07-BOSA	1	0,2	3	0,6	4	0,4
08-KENNEDY	0	0,0	1	0,1	1	0,1
09-FONTIBÓN	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-ENGATIVÁ	1	0,2	1	0,2	2	0,2
11-SUBA	1	0,1	0	0,0	1	0,1
12-BARRIOS UNIDOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14-MÁRTIRES	1	1,9	0	0,0	1	0,9
15-ANTONIO NARIÑO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16-PUENTE ARANDA	1	0,7	0	0,0	1	0,4
17-CANDELARIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19-CIUDAD BOLIVAR	2	0,4	3	0,6	5	0,5
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	0		0		0	
TOTAL DISTRITO	12	0,2	12	0,3	24	0,2

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 50% de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 46% al subsidiado, el 4% no se encontraba afiliado al sistema.

Tabla 64. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5años por IRA por afiliación al SGSSS, en Bogotá D.C. a Diciembre de 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CONTRIBUTIVO	RAZON POR 1000 NV	SUBSIDIADO	RAZON POR 1000 NV	NO ASEGURADO	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	0	0,0	0	0,0	0	0,0
02-CHAPINERO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	0	0,0	2	1,2	0	0,0
05-USME	1	0,3	2	1,1	0	0,0
06-TUNJUELITO	3	1,7	0	0,0	1	9,2
07-BOSA	3	0,4	1	0,4	0	0,0
08-KENNEDY	1	0,1	0	0,0	0	0,0
09-FONTIBÓN	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10-ENGATIVÁ	2	0,3	0	0,0	0	0,0
11-SUBA	1	0,1	0	0,0	0	0,0
12-BARRIOS UNIDOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14-MÁRTIRES	0	0,0	1	4,0	0	0,0
15-ANTONIO NARIÑO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16-PUENTE ARANDA	0	0,0	1	4,3	0	0,0
17-CANDELARIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19-CIUDAD BOLIVAR	1	0,2	4	1,3	0	0,0
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL DISTRITO	12	0,2	11	0,6	1	0,3

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

25. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía.

a. Total Bogotá y c. Desagregado por localidades.

Durante el año 2016, se presentaron 54 muertes por Neumonía en menores de cinco años, frente a 34 muertes presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 24% en Ciudad Bolívar, 17% en Usme y 15% en Suba; las demás localidades aportan menos del 10% de los casos excepto Chapinero, Santa Fe, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz que no presentan defunciones en menores de 5 años por esta causa.

Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Lucero (Ciudad Bolívar) con el 11%, Gran Yomasa (Usme) con el 9%, Jerusalén y San Francisco (Ciudad Bolívar) y Tibabuyes y Rincón (Suba) cada una con de ellas aporta el 6% de las defunciones por Neumonía en menores de 5 años en la ciudad.

Tabla 65. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía, Bogotá D.C., a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	1	0,2
02-CHAPINERO	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	3	0,5
05-USME	9	1,6
06-TUNJUELITO	1	0,4
07-BOSA	2	0,2
08-KENNEDY	5	0,4
09-FONTIBÓN	2	0,5
10-ENGATIVÁ	3	0,3
11-SUBA	8	0,6
12-BARRIOS UNIDOS	1	0,6
13-TEUSAQUILLO	1	0,8
14-MÁRTIRES	2	1,9
15-ANTONIO NARIÑO	1	0,8
16-PUENTE ARANDA	0	0,0
17-CANDELARIA	0	0,0
18-RAFAEL URIBE	2	0,4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

URIBE		
19-CIUDAD BOLIVAR	13	1,3
20-SUMAPAZ	0	0,0
SIN DATO	0	
TOTAL DISTRITO	54	0,6

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

b. Desagregado por sexo.

El 57% de la mortalidad por Neumonía en menores de cinco años se ha presentado en niños y el porcentaje restante en niñas, la razón niño/niña es de 0,7.

Tabla 66. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía de acuerdo al sexo, Bogotá D.C. a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	MASCULINO	RAZON POR 1000 NV	FEMENINO	RAZON POR 1000 NV	TOTAL CASOS BOGOTA	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	1	0,3	0	0,0	1	0,2
02-CHAPINERO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	2	0,7	1	0,4	3	0,5
05-USME	6	2,1	3	1,1	9	1,6
06-TUNJUELITO	1	0,8	0	0,0	1	0,4
07-BOSA	2	0,4	0	0,0	2	0,2
08-KENNEDY	3	0,4	2	0,3	5	0,4
09-FONTIBÓN	0	0,0	2	1,0	2	0,5
10-ENGATIVÁ	2	0,4	1	0,2	3	0,3
11-SUBA	5	0,7	3	0,5	8	0,6
12-BARRIOS UNIDOS	1	1,3	1	1,3	1	0,6
13-TEUSAQUILLO	1	1,6	0	0,0	1	0,8
14-MÁRTIRES	0	0,0	2	3,6	2	1,9
15-ANTONIO NARIÑO	1	1,7	0	0,0	1	0,8
16-PUENTE ARANDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17-CANDELARIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0,0	2	0,8	2	0,4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

19-CIUDAD BOLIVAR	6	1,2	7	1,5	13	1,3
20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL DISTRITO	31	0,6	24	0,5	54	0,6

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 69% de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 26% al subsidiado, el 6% no se encontraba afiliado al sistema.

Tabla 67. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía por afiliación al SGSSS, en Bogotá D.C. a Diciembre de 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CONTRIBUTIVO	RAZON POR 1000 NV	SUBSIDIADO	RAZON POR 1000 NV	NO ASEGURADO	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	1	0,2	0	0,0	0	0,0
02-CHAPINERO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
03-SANTA FE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
04-SAN CRISTOBAL	3	0,8	0	0,0	0	0,0
05-USME	5	1,5	4	2,3	0	0,0
06-TUNJUELITO	0	0,0	1	1,6	0	0,0
07-BOSA	1	0,1	1	0,4	0	0,0
08-KENNEDY	4	0,4	1	0,4	0	0,0
09-FONTIBÓN	2	0,6	0	0,0	0	0,0
10-ENGATIVÁ	2	0,3	1	1,2	0	0,0
11-SUBA	6	0,5	1	0,9	1	0,9
12-BARRIOS UNIDOS	1	0,8	0	0,0	0	0,0
13-TEUSAQUILLO	1	0,9	0	0,0	0	0,0
14-MÁRTIRES	2	2,7	0	0,0	0	0,0
15-ANTONIO NARIÑO	1	1,0	0	0,0	0	0,0
16-PUENTE ARANDA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17-CANDELARIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-RAFAEL URIBE URIBE	1	0,3	0	0,0	1	6,0
19-CIUDAD BOLIVAR	7	1,2	5	1,6	1	2,0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

20-SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	0		0		0	
TOTAL DISTRITO	37	0,5	14	0,8	3	0,8

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

26. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por EDA.

a. Total Bogotá.

c. Desagregado por localidades.

La razón de mortalidad por EDA en menores de 5 años para el 2016 en Bogotá es de 0,31 casos por cada 1000 nacidos vivos, donde según la población dada para San Cristóbal se presenta una tasa de 0,17 casos por 1000 nacidos vivos en Bogotá.

Es importante mencionar que de los tres casos reportados, a la fecha está confirmado el caso de la menor de la localidad de Suba, y se encuentran en estudio por Medicina Legal los dos casos de los niños de las localidades de San Cristóbal y Kennedy.

Tabla 68. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA, Bogotá D.C., a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS	RAZON POR 1000 NV
01-USAQUEN	0	0
02-CHAPINERO	0	0
03-SANTA FE	0	0
04-SAN CRISTOBAL	1	0,17*
05-USME	0	0
06-TUNJUELITO	0	0
07-BOSA	0	0
08-KENNEDY	1	0,07*
09-FONTIBÓN	0	0
10-ENGATIVÁ	0	0
11-SUBA	1	0,07
12-BARRIOS UNIDOS	0	0
13-TEUSAQUILLO	0	0
14-MÁRTIRES	0	0
15-ANTONIO NARIÑO	0	0
16-PUENTE ARANDA	0	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

17-CANDELARIA	0	0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0
19-CIUDAD BOLIVAR	0	0
20-SUMAPAZ	0	0
SIN DATO	0	
TOTAL DISTRITO	3	0,03

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017)) *Casos sin confirmar

b. Desagregado por sexo.

Tabla 69. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA de acuerdo al sexo, Bogotá D.C. a Diciembre 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	MASCULINO	RAZON POR 1000 NV	FEMENINO	RAZON POR 1000 NV	TOTAL
01-USAQUEN	0	0	0	0	0
02-CHAPINERO	0	0	0	0	0
03-SANTA FE	0	0	0	0	0
04-SAN CRISTOBAL	1	0,17	0	0	0,17*
05-USME	0	0	0	0	0
06-TUNJUELITO	0	0	0	0	0
07-BOSA	0	0	0	0	0
08-KENNEDY	1	0,07	0	0	0,07*
09-FONTIBÓN	0	0	0	0	0
10-ENGATIVÁ	0	0	0	0	0
11-SUBA	0	0	1	0,07	0,07
12-BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0	0
13-TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0
14-MÁRTIRES	0	0	0	0	0
15-ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0	0
16-PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0
17-CANDELARIA	0	0	0	0	0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0	0	0	0
19-CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0	0
20-SUMAPAZ	0	0	0	0	0
SIN DATO	0	0	0	0	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TOTAL DISTRITO	2	0,24	1	0,07	0,31
-----------------------	----------	-------------	----------	-------------	-------------

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017)) *Casos sin confirmar

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

El aseguramiento para la mortalidad por EDA en menores de 5 años se presentó en un 66% en el régimen contributivo y un 33% en población no asegurada con una tasa de 0,17 casos por cada 1,000 nacidos vivos pertenecientes al régimen subsidiado en Bogotá para el 2016.

Tabla 70. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA por afiliación al SGSSS, en Bogotá D.C. a Diciembre de 2016 (datos preliminares)

LOCALIDAD	CASOS		RAZON POR 1000 NACIDOS VIVOS	
	contributivo	subsidiado	contributivo	subsidiado
01-USAQUEN	0	0	0	0
02-CHAPINERO	0	0	0	0
03-SANTA FE	0	0	0	0
04-SAN CRISTOBAL	0	1	0	0,17
05-USME	0	0	0	0
06-TUNJUELITO	0	0	0	0
07-BOSA	0	0	0	0
08-KENNEDY	1	0	0,07	0
09-FONTIBÓN	0	0	0	0
10-ENGATIVÁ	0	0	0	0
11-SUBA	1	0	0,07	0
12-BARRIOS UNIDOS	0	0	0	0
13-TEUSAQUILLO	0	0	0	0
14-MÁRTIRES	0	0	0	0
15-ANTONIO NARIÑO	0	0	0	0
16-PUENTE ARANDA	0	0	0	0
17-CANDELARIA	0	0	0	0
18-RAFAEL URIBE URIBE	0	0	0	0
19-CIUDAD BOLIVAR	0	0	0	0
20-SUMAPAZ	0	0	0	0
SIN DATO	0	0	0	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TOTAL DISTRITO	2	1	0,14	0,17
----------------	---	---	------	------

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES
Actualizado 2016: (30-01-2017 (Corte 23-01-2017))

Morbilidad Transmisible

27. Número de casos de Tosferina confirmados por laboratorio.

a. Total Bogotá.

Según el Sistema de Vigilancia en Salud pública (SIVIGILA) a semana 52 del año 2016 se notificaron 2037 casos residentes en el Distrito Capital de los cuales se confirmaron por laboratorio 70 casos.

b. Desagregado por: confirmado, por nexo epidemiológico y por clínica.

Tabla 71. Número de Casos Confirmados de Tosferina. Bogotá D.C. Año 2.016.

Casos Confirmado Tos Ferina	Número De Casos
Confirmado Por Laboratorio	70
Confirmado Por Nexo Epidemiológico	1
TOTAL GENERAL	71

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016 datos preliminares. Corte febrero de 2017.

c. Desagregado por sexo.

Tabla 72. Número de Casos Confirmados de Tosferina por Sexo. Bogotá D.C. Año 2.016.

Sexo	Número De Casos
Femenino	32
Masculino	39
Total General	71

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016 datos preliminares.

d. Desagregado por localidades.

Tabla 73. Número de Casos Confirmados de Tosferina por Localidad de Residencia. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidad De Residencia	Número De Casos
Usaquén	6
Santa fe	2
San Cristóbal	5
Usme	7
Tunjuelito	2
Bosa	6
Kennedy	4
Fontibón	3
Engativá	11
Suba	8
Barrios Unidos	2
Teusaquillo	2
Los Mártires	3
Rafael Uribe Uribe	2
Ciudad Bolívar	7
Sin Dirección	1
Total General	71

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016 datos preliminares.

e. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 74. Número de Casos Confirmados de Tosferina por Tipo de Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Año 2.016.

Régimen De Seguridad Social	Número De Casos
Contributivo	53
Subsidiado	12
No Asegurado	5
Especial	1
Total general	71



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016 datos preliminares.

f. Desagregado por etapas de ciclo vital: primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

Tabla 75. Número de Casos Confirmados de Tosferina por Etapas de Ciclo Vital. Bogotá D.C. Año 2.016.

Ciclo Vital	Número De Casos
0 A 5 Años -Primera Infancia	69
18 A 28 Años - Juventud	1
29 A 59 Años - Adulto	1
Total General	71

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016 datos preliminares.

28. Número de casos de mortalidad por Tosferina.

En el año 2016 según datos preliminares del sistema de estadísticas vitales no se reportaron casos de mortalidad da causa básica o asociada a Tos ferina; por lo cual no se desarrollan los numerales de esta pregunta.

29. Coberturas de vacunación (incluyendo numerador y denominador): BCG.

a. Total Bogotá.

Se administraron 112.338 dosis a niños y niñas menores de 1 año de edad, alcanzando una cobertura del 106.8% en vacunación con BCG para la ciudad en 2.016.

$$\frac{112.338}{105.191} = 106.8\%$$

b. Desagregado por localidades.

Tabla 76.Cobertura de Vacunación con BCG, por Localidad. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidad	Dosis Aplicadas	Población Asignada	Porcentaje
Usaquén	10605	8.454	125,4%

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Dosis Aplicadas	Población Asignada	Porcentaje
Chapinero	11122	7.603	146,3%
Santafé	13	850	1,5%
San Cristóbal	10996	4.398	250,0%
Usme	88	4.676	1,9%
Tunjuelito	3417	2.629	130,0%
Bosa	1567	9.800	16,0%
Kennedy	9034	11.869	76,1%
Fontibón	972	6.520	14,9%
Engativá	2118	7.352	28,8%
Suba	6800	9.771	69,6%
Barrios Unidos	10504	3.011	348,9%
Teusaquillo	24175	2.927	825,9%
Mártires	7809	658	1186,8%
Antonio Nariño	7	3.691	0,2%
Puente Aranda	4910	5.611	87,5%
Candelaria	1	120	0,8%
Rafael Uribe	4446	5.380	82,6%
Ciudad Bolívar	3754	9.826	38,2%
Sumapaz	0	45	0,0%
Total	112.338	105.191	106,8%

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. Meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ajustado 10-01-2017.

Como la vacunación de BCG se realiza por sitio de atención del parto y en Bogotá durante 2016 nacieron 98.112 niños, de los cuales 677 son de fuera de Bogotá aumentando la cobertura de vacunación por BCG.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 77. Cobertura de Vacunación con BCG, según Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Año 2.016.

Régimen De Afiliación	BCG	Porcentaje
Contributivo	87.392	83.1%
Subsidiado	17.437	16.6%
Población No Asegurada	3.878	3.7%

Especial	3.631	3.5%
Total	112.338	106,8%

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre del 2016.

30. Coberturas de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Polio.

a. Total Bogotá.

Se administraron 100.435 dosis a niños y niñas menores de 1 año de edad, alcanzando una cobertura del 95.5% en vacunación con Polio para la ciudad.

$$\frac{100.435}{105.191} = 95.5\%$$

b. Desagregado por localidades.

Tabla 78. Cobertura de Vacunación con Polio, por Localidad. Bogotá D.C. Año 2016.

Localidad	Dosis Aplicadas	Población Asignada	Porcentaje
Usaquén	8.510	8.454	100,7%
Chapinero	7.158	7.603	94,1%
Santafé	761	850	89,5%
San Cristóbal	3.955	4.398	89,9%
Usme	4.618	4.676	98,8%
Tunjuelito	2.682	2.629	102,0%
Bosa	9.168	9.800	93,6%
Kennedy	12.360	11.869	104,1%
Fontibón	5.639	6.520	86,5%
Engativá	6.934	7.352	94,3%
Suba	9.794	9.771	100,2%
Barrios Unidos	2.817	3.011	93,6%
Teusaquillo	2.349	2.927	80,3%
Mártires	587	658	89,2%
Antonio Nariño	3.602	3.691	97,6%
Puente Aranda	4.320	5.611	77,0%
Candelaria	97	120	80,8%
Rafael Uribe	5.698	5.380	105,9%
Ciudad Bolívar	9.351	9.826	95,2%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Sumapaz	35	45	77,8%
Total	100.435	105.191	95,5%

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. Meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ajustado 10-01-2017.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 79. Cobertura de Vacunación con Polio, según Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Año 2.016.

Régimen De Afiliación	Polio	Porcentaje
Contributivo	77.377	73.6%
Subsidiado	14.876	14.1%
Población No Asegurada	4.424	4.2%
Especial	3.758	3.6%
Total	100.435	95.5%

Fuente: informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre del 2016.

31. Coberturas de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Triple Viral.

a. Total Bogotá.

Se administraron 100.338 dosis a niños y niñas de 1 año de edad, alcanzando una cobertura del 95.3% en vacunación con Triple Viral para la ciudad.

$$\frac{100.338}{105.341} = 95.3\%$$

b. Desagregado por localidades.

Tabla 80. Cobertura de Vacunación con Triple Viral, por Localidad. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidad	Dosis Aplicadas	Población Asignada	Porcentaje
Usaquén	8577	8843,0	97,0%
Chapinero	6154	8072,0	76,2%
Santafé	822	960,0	85,6%
San Cristóbal	3994	4587,8	87,1%
Usme	4924	5008,0	98,3%
Tunjuelito	2615	2321,3	112,6%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Bosa	10024	10299,0	97,3%
Kennedy	12444	11960,0	104,0%
Fontibón	5651	6417,0	88,1%
Engativá	7160	6732,0	106,4%
Suba	10072	9185,0	109,7%
Barrios Unidos	2531	3095,0	81,8%
Teusaquillo	1998	2827,0	70,7%
Mártires	650	750,0	86,7%
Antonio Nariño	3428	4142,0	82,8%
Puente Aranda	4242	5727,0	74,1%
Candelaria	113	125,0	90,4%
Rafael Uribe	5658	5250,0	107,8%
Ciudad Bolívar	9243	9000,0	102,7%
Sumapaz	38	40,0	95,0%
Total	100.338	105.341	95,3%

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. Meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ajustado 10-01-2017.

32. Coberturas de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Pentavalente.

a. Total Bogotá.

Se administraron 100.520 dosis a niños y niñas de 1 año de edad, alcanzando una cobertura del 95.6% en vacunación con Pentavalente para la ciudad.

$$\frac{100.520}{105.191} = 95.6\%$$

b. Desagregado por localidades.

Tabla 81. Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Localidad. Bogotá D.C. Año 2016.

Localidad	Dosis aplicadas	Población asignada	Porcentaje
Usaquén	8506	8.454	100,6%
Chapinero	7159	7.603	94,2%
Santafé	762	850	89,6%
San Cristóbal	3964	4.398	90,1%
Usme	4623	4.676	98,9%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tunjuelito	2686	2.629	102,2%
Bosa	9174	9.800	93,6%
Kennedy	12364	11.869	104,2%
Fontibón	5634	6.520	86,4%
Engativá	6947	7.352	94,5%
Suba	9811	9.771	100,4%
Barrios Unidos	2819	3.011	93,6%
Teusaquillo	2352	2.927	80,4%
Mártires	587	658	89,2%
Antonio Nariño	3604	3.691	97,6%
Puente Aranda	4321	5.611	77,0%
Candelaria	97	120	80,8%
Rafael Uribe	5703	5.380	106,0%
Ciudad Bolívar	9372	9.826	95,4%
Sumapaz	35	45	77,8%
Total	100.520	105.191	95,6%

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. Meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Ajustado 10-01-2017.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Tabla 82.Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Año 2.016.

Régimen De Afiliación	Pentavalente	Porcentaje
Contributivo	77.417	73.6%
Subsidiado	14.925	14.2%
Población No Asegurada	4.421	4.2%
Especial	3.757	3.6%
Total	100.520	95,6%

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre del 2016.

Condiciones no Transmisibles

33. Casos y tasa de mortalidad por crónicas en menores de 70 años.

a. Total Bogotá.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

c. Desagregado por localidades.

En 2015 se presentaron un total de 1471 muertes por enfermedades crónicas se presentaron en menores de 70 años en la ciudad de Bogotá, resultante en una tasa cruda de 19.6 muertes por 100,000 personas.

Las localidades con mayores tasas de mortalidad fueron Candelaria (31.1 muertes por 100,000 personas; N=7), Teusaquillo (28.3 muertes por 100,000 personas; N=39) y Mártires (27.1 muertes por 100,000 personas; N=25); por el contrario, las menores tasas de mortalidad fueron Usme, Suba y Fontibón.

Es necesario aclarar que se presentan resultados de 2015 debido a que no hay datos oficiales a 31 de diciembre del 2016. De hecho, los datos del 2015 siguen siendo preliminares pues la entidad que se encarga de manera oficial de las estadísticas vitales en el país (DANE) toma un periodo de 18 a 24 meses para considerar la información de un año específico como definitiva luego de los ejercicios de depuración, codificación y demás actividades. Debido a que son preliminares, esta información sigue siendo susceptible de variación. No obstante, llama la atención el comportamiento de las muertes por localidades, en especial en Sumapaz y en Chapinero. La primera por ausencia de muertes y la segunda por el comportamiento diferencial mostrado entre sexos. Hay que tener en cuenta la diferencia en las poblaciones estimadas de las diferentes localidades, lo cual hace que poblaciones relativamente pequeñas tengan un incremento importante en su tasa cruda por cada caso adicional, mientras que en las de mayor tamaño este efecto se diluiría. Ahora bien, también debe tenerse en cuenta que las tasas calculadas aquí son crudas, y que podrían llegar a ser no comparables entre ellas, pues no se ajusta por la estructura de edad al interior de cada localidad.

Tabla 83. Muertes y tasa de mortalidad por crónicas en menores de 70 años, Bogotá D.C. Bogotá, 2015 *

LOCALIDAD	MUERTES	TASA
01-USAQUEN	90	19,4
02-CHAPINERO	34	26,9
03-SANTA FE	27	26,1
04-SAN CRISTOBAL	76	19,6
05-USME	63	15,0
06-TUNJUELITO	44	23,3
07-BOSA	118	18,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

08-KENNEDY	197	19,1
09-FONTIBÓN	58	15,9
10-ENGATIVÁ	138	16,7
11-SUBA	174	15,5
12-BARRIOS UNIDOS	37	16,7
13-TEUSAQUILLO	39	28,3
14-MÁRTIRES	25	27,1
15-ANTONIO NARIÑO	26	25,6
16-PUENTE ARANDA	57	23,6
17-CANDELARIA	7	31,1
18-RAFAEL URIBE URIBE	94	26,3
19-CIUDAD BOLIVAR	135	20,2
20-SUMAPAZ	0	0,0
SIN DATO	32	NA
TOTAL DISTRITO	1471	19,6

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES * Los datos 2015 son preliminares.

b. Desagregado por sexo.

Del total de esta agrupación de muertes en menores de 70 años, 585 (39.8%) ocurrieron en hombres y 886 en mujeres (60.2%), resultando en tasas de muerte de 16.0 y 23.0 por 100,000, respectivamente.

En hombres, las localidades con mayores tasas de mortalidad fueron Candelaria (41.4 por 100,000; N=5) y Mártires (29.7 muertes por 100,000 personas; N=14), mientras que las menores tasas fueron las de Sumapaz, Suba y Chapinero (ver Tabla 2). Por su parte, en mujeres, las localidades con mayores tasas de mortalidad fueron Chapinero (40.8 por 100,000; N=27) y Teusaquillo (34,5 muertes por 100,000 personas; N=25), mientras que las menores tasas fueron las de Sumapaz, Usme y Fontibón.

Tabla 84. Muertes y tasa de mortalidad por crónicas en menores de 70 años según sexo y localidad, Bogotá, 2015 *

LOCALIDAD	Masculino			Femenino		
	Muertes	Población	Tasa	Muertes	Población	Tasa
01-USAQUEN	38	217139	17,5	52	246040	21,1
02-CHAPINERO	7	60133	11,6	27	66186	40,8
03-SANTA FE	13	52600	24,7	14	50740	27,6
04-SAN CRISTOBAL	27	191278	14,1	49	197433	24,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

05-USME	32	209145	15,3	31	211804	14,6
06-TUNJUELITO	17	94710	17,9	27	94487	28,6
07-BOSA	47	309074	15,2	71	319979	22,2
08-KENNEDY	65	505231	12,9	132	523950	25,2
09-FONTIBÓN	27	173587	15,6	31	190186	16,3
10-ENGATIVÁ	58	400207	14,5	80	428225	18,7
11-SUBA	60	537670	11,2	114	586774	19,4
12-BARRIOS UNIDOS	17	107870	15,8	20	113463	17,6
13-TEUSAQUILLO	14	65223	21,5	25	72483	34,5
14-MÁRTIRES	14	47075	29,7	11	45279	24,3
15-ANTONIO NARIÑO	13	50131	25,9	13	51573	25,2
16-PUENTE ARANDA	27	119935	22,5	30	121172	24,8
17-CANDELARIA	5	12077	41,4	2	10456	19,1
18-RAFAEL URIBE URIBE	36	177617	20,3	58	180047	32,2
19-CIUDAD BOLIVAR	54	329114	16,4	81	340058	23,8
20-SUMAPAZ	0	3206	0,0	0	2934	0,0
SIN DATO	14	NA	NA	18	NA	NA
TOTAL DISTRITO	585	3663022	16,0	886	3853269	23,0

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Con respecto al número de muertes por enfermedades crónicas en menores de 70 años según tipo de aseguramiento, se evidencia que el 57,7% correspondieron a personas pertenecientes al régimen contributivo, el 34,6% al régimen subsidiado, el 3,8% al de excepción, el 3,1% eran vinculados, el 0,1% pertenecieron al régimen especial y el 0,4% fueron personas sin información.

En relación a la tasa bruta de mortalidad distrital durante el 2015, la misma fue de 14,72 por 100.000 habitantes para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado fue de 41.95 por 100.000 habitantes), y para la población vinculada dicha tasa fue de 26.03 (población

Tabla 85. Muertes por crónicas en menores de 70 años según régimen de seguridad social y localidad, Bogotá, 2015 *

Localidad	Número De Muertes						
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Sin Información	Total
01-USAQUEN	73	11	5	0	1	0	90
02-CHAPINERO	30	4	0	0		0	34
03-SANTA FE	10	13	1	0	3	0	27



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

04-SAN CRISTOBAL	36	36	2	0	1	1	76
05-USME	30	32	0	1		0	63
06-TUNJUELITO	23	21	0	0		0	44
07-BOSA	62	51	0	0	4	1	118
08-KENNEDY	113	62	19	0	3	0	197
09-FONTIBÓN	40	14	3	0	1	0	58
10-ENGATIVÁ	88	31	12	0	7	0	138
11-SUBA	118	44	4	1	7	0	174
12-BARRIOS UNIDOS	26	8	0	0	3	0	37
13-TEUSAQUILLO	32	5	2	0		0	39
14-MÁRTIRES	10	11	0	0	3	1	25
15-ANTONIO NARIÑO	10	13	0	0	3	0	26
16-PUENTE ARANDA	38	18	1	0		0	57
17-CANDELARIA	4	2	1	0		0	7
18-RAFAEL URIBE URIBE	51	38	3	0	1	1	94
19-CIUDAD BOLIVAR	48	78	3	0	5	1	135
20-SUMAPAZ	0	0	0	0		0	0
SIN DATO	7	17	1	0	5	2	32
TOTAL DISTRITO	849	509	57	2	47	7	1471

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares.

34. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

a. Total Bogotá.

b. Desagregado por localidades.

Un total de 207 muertes por cáncer de cuello uterino se presentaron en la ciudad de Bogotá durante 2015, resultando en una tasa cruda de 5.1 muertes por 100,000 mujeres. Las localidades con mayores tasas de mortalidad fueron Santa Fe (9.2 muertes por 100,000 mujeres; N=5), Chapinero (8.2 muertes por 100,000; N=6), Tunjuelito (6.9 muertes por 100,000; N=7) y Puente Aranda (6.9 muertes por 100,000; N=9); mientras que las que tuvieron menores tasas de mortalidad fueron Sumapaz y Candelaria con cero muertes debidas a esta enfermedad entre sus residentes.

Tabla 86. Muertes Y Tasa De Mortalidad Por Cáncer De Cuello Uterino Según Localidad, Bogotá, 2015 *

Localidad	Muertes	Población	tasa
01-Usaquen	10	264.972	3,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

02-Chapinero	6	73.185	8,2
03-Santa Fe	5	54.564	9,2
04-San Cristóbal	14	207.629	6,7
05-Usme	6	218.685	2,7
06-Tunjuelito	7	100.779	6,9
07-Bosa	20	330.490	6,1
08-Kennedy	32	547.703	5,8
09-Fontibón	7	200.279	3,5
10-Engativá	21	455.865	4,6
11-Suba	25	617.148	4,1
12-Barrios Unidos	2	125.105	1,6
13-Teusaquillo	2	80.595	2,5
14-Mártires	1	48.918	2,0
15-Antonio Nariño	3	55.838	5,4
16-Puente Aranda	9	131.210	6,9
17-Candelaria	0	11.297	0,0
18-Rafael Uribe Uribe	10	190.270	5,3
19-Ciudad Bolívar	22	351.127	6,3
20-Sumapaz	0	3.111	0,0
Sin Dato	5	NA	NA
Total Distrito	207	4.068.770	5,1

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares.

La información de muertes por cáncer de cuello uterino permite establecer que existe una mayor concentración del número absoluto de muertes entre mujeres residentes de las localidades de Kennedy y Suba, no obstante, se observa que el mayor riesgo de muerte no ajustado se encuentra en las de Santa Fe y Chapinero.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Con respecto al número de muertes por cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento, se evidencia que el 67% correspondieron a personas pertenecientes al régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado, el 6% al de excepción, y el 0,2% pertenecieron al régimen especial.

En relación a la tasa bruta de mortalidad distrital por cáncer de cuello uterino durante el 2015, la misma fue de 3.13 por 100.000 habitantes para el régimen contributivo (población de mujeres pertenecientes al régimen contributivo 3 156 160) y para el régimen subsidiado fue de 13.63 por 100.000 habitantes (población mujeres perteneciente al régimen subsidiado 689 298), y para la población vinculada dicha tasa fue de 26.03

(población de mujeres vinculadas 87 800).

Tabla 87. Muertes por cáncer de cuello uterino según régimen de seguridad social y localidad, Bogotá, 2015 *

Localidad	Numero De Muertes						
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Sin Información	Total
01-Usaquen	7	2	1	0	0	0	10
02-Chapinero	6	1	0	0	0	0	7
03-Santa Fe	1	4	0	0	0	0	5
04-San Cristóbal	5	9	0	0	0	0	14
05-Usme	4	3	0	0	0	0	7
06-Tunjuelito	2	5	0	0	0	0	7
07-Bosa	8	12	0	0	0	0	20
08-Kennedy	12	17	1	0	1	0	31
09-Fontibón	5	2	0	0	0	0	7
10-Engativá	10	9	2	0	2	0	23
11-Suba	14	9	3	0	0	0	26
12-Barrios Unidos	2	0	0	0	0	0	2
13-Teusaquillo	1	1	0	0	0	0	2
14-Mártires	0	0	0	0	1	0	1
15-Antonio Nariño	2	1	0	0	0	0	3
16-Puente Aranda	8	1	0	0	0	0	9
17-Candelaria	0	0	0	0	0	0	0
18-Rafael Uribe Uribe	5	4	1	0	0	0	10
19-Ciudad Bolívar	6	14	0	0	2	0	22
20-Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0
Sin Dato	1	0	0	0	0	0	1
Total Distrito	99	94	8	0	6	0	207

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares

35. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de mama.

a. Total Bogotá.

b. Desagregado por localidades.

Un total de 467 muertes por cáncer de mama se presentaron en la ciudad de Bogotá

durante 2015, correspondiente a una tasa cruda de 11.5 muertes por 100,000 mujeres. Las localidades con mayores tasas de mortalidad fueron Teusaquillo (22.3 muertes por 100,000; N=18), Mártires (20.4 muertes por 100,000; N=10) y Chapinero 17.8 muertes por 100,000; N=13); mientras que las que tuvieron menores tasas de mortalidad fueron Sumapaz, Tunjuelito, Usme y Bosa (ver Tabla 1).

Asumiendo una correcta clasificación de la variable localidad de residencia, se puede asumir que las diferencias en los valores de las tasas (de 0 a 22.3 por 100,000) pueden ser debidas a factores como cambios en la estructura de edad entre localidades o aspectos de la oportunidad y calidad en el diagnóstico o tratamiento.

Tabla 88. Muertes Y Tasa De Mortalidad Por Cáncer De Mama Según Localidad, Bogotá, 2015 *

Localidad	Muertes	Población	Tasa
01-Usaquen	42	264.972	15,9
02-Chapinero	13	73.185	17,8
03-Santa Fe	7	54.564	12,8
04-San Cristóbal	24	207.629	11,6
05-Usme	16	218.685	7,3
06-Tunjuelito	7	100.779	6,9
07-Bosa	28	330.490	8,5
08-Kennedy	56	547.703	10,2
09-Fontibón	27	200.279	13,5
10-Engativá	51	455.865	11,2
11-Suba	71	617.148	11,5
12-Barrios Unidos	17	125.105	13,6
13-Teusaquillo	18	80.595	22,3
14-Mártires	10	48.918	20,4
15-Antonio Nariño	7	55.838	12,5
16-Puente Aranda	13	131.210	9,9
17-Candelaria	1	11.297	8,9
18-Rafael Uribe Uribe	25	190.270	13,1
19-Ciudad Bolívar	33	351.127	9,4
20-Sumapaz	0	3.111	0,0
Sin Dato	1	NA	NA
TOTAL DISTRITO	467	4.068.770	11,5

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Con respecto al número de muertes por cáncer de mama según tipo de aseguramiento, se evidencia que el 67% correspondieron a personas pertenecientes al régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado, el 6% al de excepción, y el 0,2% pertenecieron al régimen especial.

En relación a la tasa bruta de mortalidad distrital por cáncer de mama durante el 2015, la misma fue de 9.8 por 100.000 habitantes para el régimen contributivo (población de mujeres pertenecientes al régimen contributivo 3 156 160) y para el régimen subsidiado fue de 17.6 por 100.000 habitantes (población mujeres perteneciente al régimen subsidiado 689 298), y para la población vinculada dicha tasa fue de 4.5 (población de mujeres vinculadas 87 800).

Tabla 89. Muertes por cáncer de mama según régimen de seguridad social y localidad, Bogotá, 2015 *

Localidad	Número De Muertes						
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Sin Información	Total
01-Usaquen	32	3	6	0	0	0	41
02-Chapinero	11	2	0	0	0	0	13
03-Santa Fe	4	3	0	0	0	0	7
04-San Cristóbal	13	8	1	0	1	0	23
05-Usme	8	8	0	0	0	0	16
06-Tunjuelito	5	3	0	0	0	0	8
07-Bosa	15	12	0	0	0	0	27
08-Kennedy	36	12	7	0	0	0	55
09-Fontibón	20	3	3	0	1	0	27
10-Engativá	41	8	2	0	0	0	51
11-Suba	48	16	4	1	0	0	69
12-Barrios Unidos	11	3	1	0	1	0	16
13-Teusaquillo	15	1	0	0	0	0	16
14-Mártires	8	2	0	0	0	0	10
15-Antonio Nariño	6	1	0	0	0	0	7
16-Puente Aranda	9	3	1	0	0	0	13
17-Candelaria	1	0	0	0	0	0	1
18-Rafael Uribe Uribe	14	8	2	0	1	0	25
19-Ciudad Bolívar	10	21	2	0	0	0	33



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

20-Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0
Sin Dato	4	5	0	0	0	0	9
Total Distrito	311	122	29	1	4	0	467

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- PRELIMINARES. * Los datos 2015 son preliminares.

PUNTO 36. RELACIÓN DE AVANCES A CADA UNO DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO.

1) A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.

La Secretaría Distrital de Salud realizó el análisis que permitió definir las localidades y UPZ priorizadas en las cuales se concentra el 80% de la mortalidad infantil de la ciudad, permitiendo esto el uso adecuado de los recursos disponibles en aquellas zonas donde se concentra la vulnerabilidad e inequidades sociales. Las siguientes son las acciones que se desarrollan en las zonas anteriormente mencionadas y en cada uno de los espacios y componentes del Plan de Intervenciones Colectivas.²

Las primeras causas de muerte en menores de un año, en 2016 (con corte a noviembre) son: sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada: 10%(n=78), muerte sin asistencia: 6%(n=45), feto y recién nacido afectados por parto precipitado: 5%(n=44), enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido 5%(n=40).

De acuerdo a lo establecido como meta diferencial por localidades, las localidades de San Cristóbal y Kennedy han disminuido el número de casos respecto 2015; las demás localidades involucradas en la meta han incrementado el número de casos al corte de noviembre. Las localidades de Suba y Kennedy aportan cada una, el 14% de los casos de mortalidad infantil en la ciudad seguidas por Ciudad Bolívar con el 12% y Bosa el 10%.

La información comparativa a noviembre de 2015 vs noviembre de 2016, (Datos preliminares) se presenta a continuación:

Año 2015

San Cristóbal: 60 casos, tasa: 10,88

Engativá: 76 casos, tasa: 8,88

Bosa: 68 casos, tasa: 7,16

Ciudad Bolívar: 89 casos, tasa: 9,43

² Fuente: Balance de resultados 2016

Kennedy: 122 casos, tasa: 8,87

Suba: 111 casos, tasa: 8,24

Datos preliminares

Año 2016

San Cristóbal: 50 casos, tasa: 9,35

Engativá: 76 casos, tasa: 9,42

Bosa: 79 casos, tasa: 8,58

Ciudad Bolívar: 101 casos, tasa: 11,26

Kennedy: 111 casos, tasa: 5,83

Suba: 117 casos, tasa: 9,35

Desde el espacio Vivienda se adelantaron acciones relacionadas con la Identificación de niños y niñas con factores de riesgo para Enfermedad Respiratoria Aguda - ERA, Desnutrición aguda o crónica, así como activación de rutas y seguimiento para la garantía de atención en salud; el Fortalecimiento de prácticas familiares mediante la implementación de la estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI comunitario; la Construcción, implementación y seguimiento de planes de intervención a familias con riesgos identificados en lactancia materna, alimentación complementaria apropiada, deficiencia en el esquema de vacunación, malos hábitos de higiene, inasistencia a programas de promoción y prevención e identificación de signos de alarma.

Desde el Espacio público, se avanzó en la ejecución de acciones para el desarrollo en los centros de escucha "Cúidate Comunidad" con acciones educativas relacionadas con mecanismos para la identificación oportuna de niños y niñas con riesgos en salud. Así mismo, mediante el componente comunitario se realizaron procesos de formación de líderes en competencias ciudadanas y temáticas relacionadas con la estrategia AIEPI, signos de alarma para ERA, Enfermedad Diarreica Aguda -EDA y Desnutrición Aguda - DNT en las localidades y UPZ priorizadas.

Desde el Espacio educativo se adelantaron acciones en jardines comunitarios con asesoría en prácticas familiares e implementadas, ubicados en las UPZ priorizadas.

Desde el proceso de Acciones y Programas de Interés en Salud Pública, se adelantaron acciones en instituciones con atención integral y programas de crecimiento y desarrollo, desarrollo de las estrategias para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI, IAMI, IAFI), identificación de niños y niñas menores de 5 años identificados con eventos priorizados para la vinculación a rutas de atención integral en conjunto con las EAPB.

En el marco de lo anteriormente expuesto, se han venido adelantando acciones para la Vinculación a la Red Integrada de Servicios de Salud y Servicios Sociales a través del módulo de canalización-SIRC logrando la activación de rutas de 89 niños y niñas de 72 Hogares Comunitarios, a 99 Madres Comunitarias. Entre el periodo agosto- noviembre se han realizado 134 caracterizaciones a IPS públicas y privadas, 91 listas de chequeo, de los cuales se han implementado 12 planes de trabajo y se han realizado 327 activaciones al POS.

En el espacio de vivienda, acción integrada 1, se han implementado acciones a 2362 familias, de los cuales a 531 han sido con enfoque familiar orientadas a implementar prácticas claves de la estrategia AIEPI comunitario para la identificación oportuna de niños y niñas menores de 1 año con eventos priorizados. De acuerdo a lo establecido como meta diferencial por localidades, las localidades de San Cristóbal, Kennedy han disminuido el número de casos respecto 2015 y Engativá mantiene igual en número de casos, las demás localidades involucradas en la meta han incrementado el número de casos al corte de noviembre de 2016 (Dato preliminar).

2) Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020.

De los 972 casos de mortalidad en menores de 5 años con corte a noviembre de 2016, 810 corresponden a menores de un año y 162 entre 1 a 5 años. Comparado con el mismo periodo de 2015 se observa una disminución de 7 casos.

La tasa de mortalidad en menores de cinco años, ha presentado un descenso general en los últimos años, pasando en el año 2012 de 1429 casos a 972 con corte a noviembre del año 2016, lo cual representa una disminución en la tasa de mortalidad de 3 puntos.

Las primeras causas de muerte en menores de cinco años, en 2016 son: sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada: 8%(n=78), muerte sin asistencia: 6%(n=60), feto y recién nacido afectados por parto precipitado: 5%(n=44), enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido 4%(n=40)

La información comparativa a noviembre de 2015 vs noviembre de 2016, se presenta a continuación:

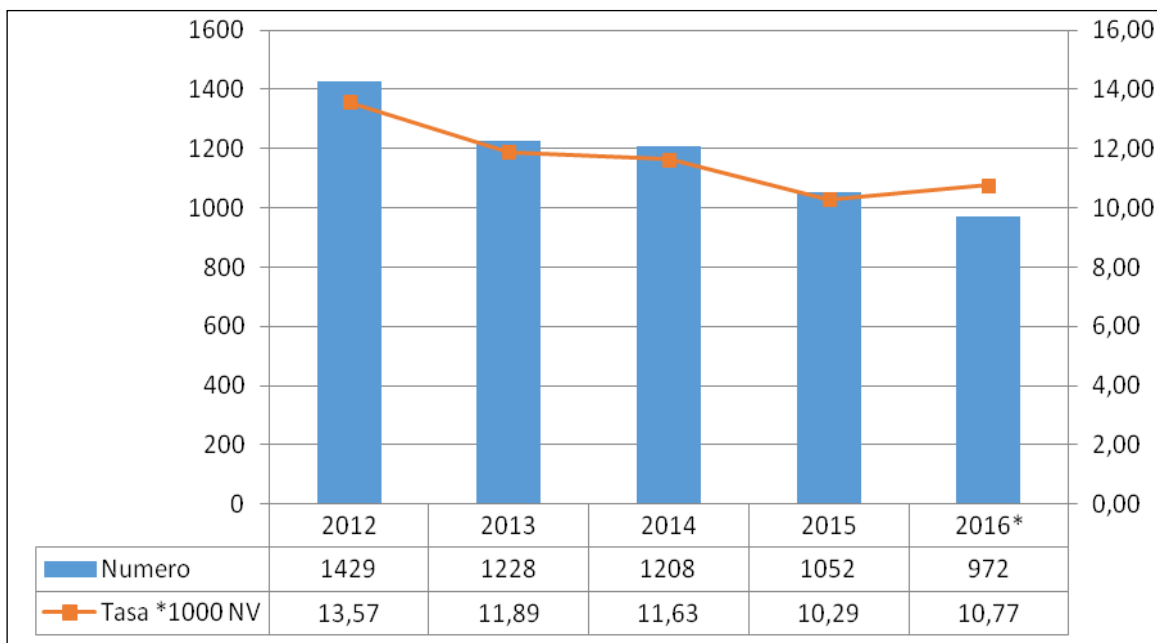
972 casos a noviembre de 2016.
Tasa 10,77 x 1000 NV
Dato preliminar.

965 casos a noviembre de 2015.
Tasa 10,30 x 1000 NV

Gráfica 1. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Bogotá D.C. años 2012 – 2015, enero a noviembre de 2016.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



FUENTE 2010-2013 .-Bases de datos DANE-RUAF -ND finales . Sistema Estadísticas Vitales .-ADE-SDS
FUENTE: 2014 Bases preliminares DANE RUF_ND publicación 30 de marzo 2015; 2015 Base preliminar SDS-RUAF-ND ajustado marzo 2016

FUENTE 2016: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Ajustado 21-12-2016 (Corte 12-12-2016)

Los avances con relación a estas metas, (agosto a noviembre) desde el espacio de vivienda, acción integrada 1, se enfocaron en acciones a 4239 familias, de los cuales a 1032 se han sido con enfoque familiar orientadas a implementar prácticas claves de AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en Infancia) comunitario dirigidas a la identificación oportuna de niños y niñas menores de 5 años con eventos priorizados.

En el espacio Educativo se realizó la Vinculación a la Red Integrada de Servicios de Salud y Servicios Sociales a través del módulo de canalización-SIRC logrando la activación de rutas de 149 niños y niñas de 72 Hogares Comunitarios, con 143 de madres comunitarias que re significan las prácticas saludables. Desde el proceso transversal de programas, se encuentra que se continúa con la caracterización de IPS, para un total de 43, y aplicación de 18 listas de chequeo; así mismo reportan totalidad de 34 casos reportados, de los cuales 17 casos han sido efectivos y 9 aún se encuentran en trámite.

3) A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.

Para el período de enero a diciembre de 2015 en Bogotá D.C, se registraron 36 muertes maternas y 102.225 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 35,2 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Para el mismo período de 2016 se registraron 24

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

mueres maternas y 98.112 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 24,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; es decir 12 muertes maternas menos que equivalen a una reducción del 33,3% en el mismo periodo.

Frente a la meta para el año 2016, se obtuvo el siguiente resultado: meta programada año 2016, razón de 31 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, equivalente a 32 casos de muertes maternas estimadas de enero a diciembre. Por lo anterior, la reducción en el periodo enero a diciembre 2016 fue del 24%, al comparar la meta esperada [32 casos], frente a los casos reportados [24 muertes maternas].

Dado que la meta para el cuatrienio del Plan de Desarrollo es reducir el diferencial en un 50%, para 2016 se programó el 15%, alcanzando en el mismo período una reducción en el diferencial del 24%, lo que equivale a un índice de efectividad de 1.6 [-24%/-15%].

El análisis muestra que el mejor comportamiento de las localidades priorizadas [Suba, Kennedy, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar] (reducción frente a la meta programada) fue en Suba. Para el período de enero a diciembre de 2015, se registraron 8 muertes maternas y 14.730 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 54,3 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Para el mismo período de 2016 se registraron 1 muerte materna y 13.626 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 7,3 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; es decir 7 muertes maternas menos que equivalen a una reducción del 87,5% en el mismo periodo.

En la localidad de Suba, frente a la meta para el año 2016, se obtuvo el siguiente resultado: meta programada año 2016, razón de 21,7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, equivalente a 3 casos de muertes maternas estimadas; para el periodo enero a diciembre de 2016 corresponde a una programación de 3 casos de muertes materna estimadas. Por lo anterior, la reducción en el periodo enero a diciembre 2016 fue del 69%, al comparar la meta esperada [3 casos], frente a los casos reportados [1 muerte materna].

En la localidad de Suba, dado que la meta para el cuatrienio del Plan de Desarrollo es reducir el diferencial en un 50%, para 2016 se programó el 15%, alcanzando en el mismo período una reducción en el diferencial del 66%, lo que equivale a un índice de efectividad de 4,6 [-66%/-15%].

Desde los diferentes espacios las acciones se centraron en la identificación de gestantes con riesgo prioritario alto definido dentro del Instrumento de activación de ruta POS y ruta intersectorial, Ruta 1 Mujer Gestante para gestionar la respuesta efectiva de atención integral por las EAPB a través de la plataforma SIRC y cuyos criterios de prioridad alta en donde se encuentran la gestante con signos y síntomas de alarma, gestante sin control prenatal en los últimos dos meses, gestante sin control prenatal en el último mes, entre otros. Así mismo se monitorea respuesta por EAPB, bajo clasificación de: atención programada, casos sin asignar y casos en espera de respuesta.

En el periodo informado para el segundo semestre de 2016, desde el proceso transversal de Gestión de Programas y Acciones de interés en Salud Pública, se adelantaron acciones de apropiación conceptual de lineamientos sobre desenlaces negativos

relacionados con la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con énfasis en salud materna perinatal, dirigido a los equipos de trabajo y referentes, específicamente en lo relacionado con la Acción Integrada 1. Momento 2 del componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (AISP), en donde se incluye el tema de activación de rutas en el marco del Modelo de Atención Integral dirigido a profesionales de Enlace PIC-POS de las 4 sub redes, inducción a digitadores (grupo GESI) de las 4 subredes sobre el acceso al módulo e ingreso a la plataforma de información suministrada por el instrumento de Activación de Ruta, así como la socialización del mismo a profesionales designados por las EAPB, relacionada con la ruta de "mujer gestante o puerperio". Complementario a lo anterior, se avanzó en las acciones de caracterización y aplicación de listas de chequeo a IPS Públicas y Privadas ubicadas en las UPZ de las localidades priorizadas.

Para el caso del Espacio Vivienda se realizó el abordaje integral a las 6,594 familias en donde se identifican 731 Gestantes en el espacio, acordando planes familiares para el reconocimiento y ejercicio de los derechos y apropiación de conceptos de corresponsabilidad, autocuidado y cuidado mutuo de la salud. La distribución de gestantes identificadas por subred fue la siguiente: Centro Oriente 76, Norte 267, Sur 145 y Sur occidente 234, avanzando en la implementación del plan familiar concertado en el marco de la acción integrada, con énfasis en intervenciones en salud que disminuyen el riesgo materno perinatal.

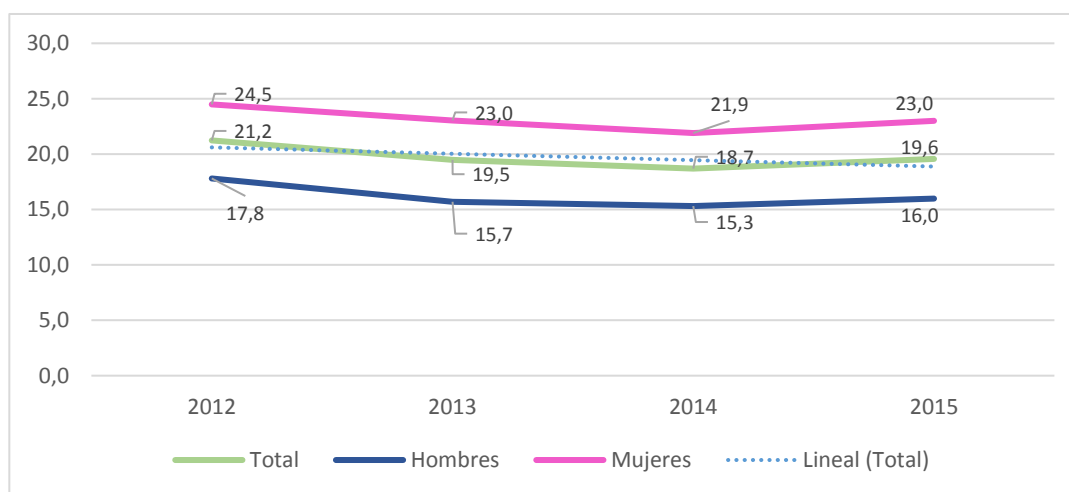
Desde el proceso transversal de Gobernanza se adelantan acciones de coordinación intersectorial para acordar mecanismos de flujo y gestión de información que permita la identificación de gestantes de bajo peso atendidas por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Y desde el espacio público, en desarrollo de la acción integrada 3: Comunidades Promotoras y Protectoras de la Salud, en sus componentes de empoderamiento "Cuídate comunidad", se avanzó en el desarrollo de estrategias de implementación de centros de escucha, ejercicios participativos y edu-comunicación que buscan la consolidación, fortalecimiento y movilización de redes y organizaciones para el desarrollo de iniciativas comunitarias (Subred Norte n= 20, subred Sur Occidente n= 25, Subred Sur n=18, Subred Centro Oriente n= 43. Total: 106), de las cuales cinco (5) pertenecientes a la Subred Norte (Usaquén:3, Teusaquillo:1, Engativá:1), están referidas a temas relacionados con la gestación para incentivar la movilización social en torno al cuidado de la salud de la gestante, a través de prácticas de autocuidado y cuidado mutuo de la salud materna y perinatal, asistencia a control prenatal e identificación de signos y síntomas de alarma.

4) Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.

En los años 2012 a 2015 se observó una tendencia aparente al descenso con una disminución absoluta de 7.4% al comparar años inicial y final del periodo pasando de 21.2 por 100,000 a 19.6 por 100,000. Debe aclararse que a la fecha de entrega de este reporte (20/II/17), los datos del año 2015 son preliminares y por tanto, son susceptibles de cambio al cierre final de las bases de datos de mortalidad gestionadas por el DANE, entidad oficial encargada de las estadísticas vitales. Cabe recordar que la distribución interna de edad de la población puede ser diferente año a año y que por tanto, las tasas crudas

pueden variar dependiendo de factores externos como, por ejemplo, desplazamientos, migraciones, desastres, entre otros. Para el II semestre de 2016 no hay un informe oficial de muertes. Los últimos datos, que son preliminares, incluyen enero a junio de 2016. Por tanto, no se pueden calcular tasas para este semestre y año.

Gráfica. 2. Tasas crudas anuales de muertes debidas a enfermedad crónica no transmisible en menores de 70 años por sexo, Bogotá, 2012-2015



FUENTE 2010-2013: Bases de datos DANE-RUAF -ND finales. Sistema Estadísticas Vitales.-ADE-SDS

FUENTE: 2014 Bases preliminares DANE RUF_ND publicación 30 de marzo 2015; 2015 Base preliminar SDS-RUAF-ND ajustado marzo 2016.

Dentro de los avances más relevantes se encuentra que: En las 4 subredes, con sus 20 localidades se ha logrado la caracterización de las 366 IPS entre públicas y privadas, de las cuales se ha priorizado 199 y con ellas se ha revisado el funcionamiento de las acciones y programas específicos para las condiciones crónicas priorizadas (Cardiovasculares, Diabetes, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y el Cáncer; Se les ha aplicado listas de chequeo para identificar a la luz de la normatividad actual las necesidades de asistencia técnica para promover acciones integradas y planes de mejoramiento de la atención a las personas afectadas o expuestas a las condiciones crónicas. En las 26 UPZ priorizadas y sus Localidades se ha caracterizado y se concerta planes de mejoramiento con las 199 IPS que prestan atención en servicios de salud.

Desde el espacio vivienda se ha caracterizado de manera preliminar en total 3407 familias, y cuando se encuentra riesgo para condiciones crónicas se hace énfasis en motivar para la asistencia a consulta médica para la detección temprana de alteraciones o si el caso es pertinente a los controles respectivos para las personas afectadas por HTA, Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC- y Cáncer. Desde la acción

integrada: Cuidado para la salud de la población institucionalizada, se elaboran los 50 planes de acción de las correspondientes a las instituciones de protección de personas mayores, se socializaron y ajustaron 39 planes de acción para concretar las acciones y aspectos a trabajar en la acción integrada; durante el período se ha trabajado 26 Instituciones de Protección y Atención de Personas Mayores con un número preliminar de beneficiarios de 315 personas mayores de las 633 que se espera abordar.

En el espacio educativo mediante la acción integradora Sintonizarte se implementa la estrategia "Disfrutarte" promoviendo alimentación saludable, actividad física, espacios libres de humo del cigarrillo y el desestímulo al uso abusivo de alcohol. Se ha logrado aplicar en un número aproximado de 238 sesiones, beneficiando a un total de 4417 personas de la comunidad educativa (acuerdo a los datos preliminares). Se realizaron 66 acompañamientos en aula beneficiando a 901 estudiantes de 28 colegios y se elaboraron 31 piezas comunicativas.

En espacio público mediante la acción integradora "Comunidades Promotoras y Protectoras de la salud" se ha logrado conformar 39 grupos, los cuales participan en sesiones semanales durante un promedio de 3 a 4 meses, con el objetivo de adquirir competencias para promover prácticas saludables alrededor de la alimentación saludable, la promoción de la actividad física, de salud oral, de salud mental, de salud sexual y reproductiva, espacios libres de humo del cigarrillo y desestímulo al uso abusivo de alcohol. Este conjunto de acciones se trabajan en función de integrar una estrategia que permita abordar en forma integral los factores protectores para el conjunto de las condiciones crónicas priorizadas como son las cardiovasculares, la diabetes, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y el Cáncer; estas acciones se promueven también en 29 Centros de Escucha donde se participa los jueves de cada semana desarrollando temas para promover prácticas saludables.

Para las personas en situación de discapacidad, identificadas y caracterizadas desde el año 2004 se da continuidad al desarrollo de las dos acciones mencionadas de la estrategia RBC, incrementando en el periodo julio a Noviembre 7.697 personas con y sin discapacidad de las cuales 5.598 se vinculan a la ruta por medio del registro y 2099 logran la participación en las acciones integradas de comunidades promotoras y protectoras de la salud. (Datos Preliminares)

Respecto a los desarrollos en el presente plan de gobierno y el plan territorial de salud se cuenta con 29 centros de escucha, 28 comités de familia de Rehabilitación Basada en Comunidad, 35 grupos de formación en liderazgo en Rehabilitación Basada en Comunidad, 17 redes de discapacidad y 29 redes de cuidadoras desde donde se activan las respuestas que incluyen la valoración del riesgo individual y colectivo, las intervenciones de promoción de la salud por medio de prácticas de cuidado, desarrollo de capacidades de autogestión en salud, educación ciudadana para la salud, activación de redes de cuidadores, líderes y familias en el marco de la protección de la salud.

Desde la subsecretaría de salud pública se han adelantado actividades dirigidas a la socialización del Documento estratégico " Marco de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y reducción de la Exposición y Afectación de Condiciones Crónicas en la población de Bogotá" que es el resultado de la actualización de los Lineamientos de la

política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá, D.C.³

En este sentido, se han realizado talleres con participación de profesionales técnicos de las diferentes Subsecretarías para avanzar en el trabajo de las áreas de acción propuestas, así como en los nodos sectoriales y intersectoriales incluidos en el "Marco de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y reducción de la Exposición y Afectación de Condiciones Crónicas en la población de Bogotá".

Para lo anterior se trabajó además en la ejecución del Plan de Acción para la adaptación, adopción e implementación de las rutas de atención integrales para Hipertensión Arterial y Diabetes, acción realizada por el grupo funcional de Condiciones Crónicas de la Secretaría Distrital de Salud y se realizó una prueba piloto con la Subred Sur para hacer el seguimiento a las personas afectadas por hipertensión y diabetes afiliadas a Capital Salud con el objetivo de mejorar el sistema de información y atención a esta población.

Lo anterior se ha armonizado con los procesos de atención en salud y la rehabilitación para la prevención de la dependencia, aplazamiento de la discapacidad, atención en salud y rehabilitación en el marco de las redes integradas de salud y el modelo de rehabilitación, en el periodo agosto-noviembre a la oferta de servicios de rehabilitación en las subredes Integradas de Servicios de salud ESE, tomando como fuente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con corte a octubre de 2016, se encuentran 24 servicios de Fisioterapia, 24 servicios de terapia del lenguaje de los cuales y 21 servicios de terapia Respiratoria.

Tomando como fuente el sistema de Capacidad Instalada y Producción de la SDS se reportaron en el periodo de agosto a octubre de 2016 42.480 atenciones en terapias en la SISS Sur ESE, 20.791 atenciones en terapias en la SISS Centro Oriente ESE, 35.437 atenciones en terapias en la SISS Norte ESE y 32.293 atenciones en terapias en la SISS Sur occidente ESE, aportando así a la detección temprana en estas poblaciones.

5) Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud a 2020.

Con relación a la meta Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud a 2020, se arrancó con una línea de base Año 2015: 18% de insatisfacción, EPS Capital Salud, para la vigencia 2016 se programó un porcentaje de insatisfacción 18%, ejecutándose a diciembre el 18% (100% de lo programado).

Se avanzó en la EPS Capital Salud con la aplicación de 958 encuestas, identificándose como principales barreras de acceso:

- *Tiempos de espera prolongados:* Insuficiente personal y rotación del mismo, No claridad en el direccionamiento al usuario, Falta de capacitación al personal.

³ La información tomada para esta meta corresponde a la consignada en el documento Balance social 2016, el cual tiene como insumo el reporte de SEGPLAN con corte a Nov. 30 de 2016

- *Inadecuada infraestructura:* Espacios reducidos, Puestos de trabajo insuficientes, Falta de divulgación al usuario sobre portafolio de servicios.
- *Demoras en la asignación de citas:* Recurso humano insuficiente, Días insuficientes para la apertura de agendas, Falta de profesionales asistenciales.
- *Falta de divulgación e información al usuario sobre deberes y derechos y programas de promoción y desarrollo:* Insuficiente personal para llevar a cabo estrategias de divulgación, Falta de material educativo. (Porcentaje de insatisfacción 18% y el porcentaje de satisfacción 82%)

Adicionalmente, se realizó el análisis causal de las principales barreras de acceso y Levantamiento de un plan de mejoramiento entre la EPS Capital Salud y la Subred, para su implementación en el 2017, que permita mejorar la insatisfacción del usuario.

6) Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.

Se inició con una línea de base Año 2015: 10 días, para la vigencia 2016 se programó mantener la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas especializadas básicas en 10 días, alcanzando a diciembre una oportunidad en promedio de 6.8 días en las especialidades básicas de las Subredes Integradas de Servicios de Salud. (Cumplimiento por encima del 100%)

Oportunidad de la Atención en Especialidades Básicas: para el periodo de Julio a Noviembre de 2016, se presentó una oportunidad promedio para los servicios de consulta especializada básica en las 4 subredes integradas de servicios de salud así: cirugía general de 6 días, de 5 días en ginecobstetricia, 10,5 días en Medicina Interna y 5,6 en Pediatría, para una oportunidad global de las especialidades básicas de 6,8 días. Durante el año 2016 a Noviembre, se presentó una oportunidad promedio para los servicios de consulta especializada básica en las 4 subredes integradas de servicios de salud así: cirugía general fue 6,4 días, de 5,8 días en ginecobstetricia, 10,9 días en Medicina Interna y 5,9 en Pediatría, para una oportunidad global de las especialidades básicas de 7,2 días (Fuente: CIP corte a noviembre del 2016), lo anterior muestra un cumplimiento de la meta en el año 2016.

El resultado anterior se alcanzó entre otros, por la apertura de los nueve Centros de Atención Prioritaria en Salud -CAPS (Zona Franca, 29 Kennedy, San Cristóbal, Suba, Candelaria, Abraham Lincoln, Olaya, Santa Clara y Altamira), quienes iniciaron operación en el contexto del modelo de atención integral en salud – AIS, en forma progresiva desde el mes de julio, con horario ampliado de atención y oferta de servicios de medicina general (consulta prioritaria) y medicina especializada, los cuales a diciembre han realizado: 33.849 consultas, mejorando el acceso a los servicios de salud en el D.C.

7) Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología.

Al cierre de la vigencia 2016, la Secretaría Distrital de Salud cuenta con el grupo de investigación GIMTYC, registrado en CVLAC de COLCIENCIAS. Actualmente está categorizado en D y proyecta avanzar en la producción científica que le permita acceder a categoría C.

Para ello: 1). Ha vinculado personal altamente calificado, 6 profesionales especialistas, 10 maestrías, 4 doctorados, 2 post-doctorados. 2). Ha formulado y presentado a 3 proyectos al Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías, de los cuales 1 está en ejecución ("Implementación de un Banco de Células Madre de Córdon Umbilical y una Unidad de Terapia Celular, en la Secretaría de Salud, Bogotá"), 1 fue aprobado el 30/12/2016 (Estudios técnicos para el establecimiento y organización de un Registro Nal de Donantes de células progenitoras hematopoyéticas en Colombia), y 1 se encuentra en proceso de revisión por la Secretaría Técnica del OCAD del Fondo CT&I, (Investigación orientada a la implementación de buenas prácticas para la aplicación clínica de terapias celulares. Modelo: TPH. Nacional). 3). Ha realizado publicaciones y ponencias que le han permitido ser favorecido y reconocido en el medio académico y en el sector salud.

Producto de la ejecución del proyecto en términos generales ha permitido realizar producción científica orientada entre otros, a: 1) Participación del Banco de Sangre de Córdon Umbilical (BSCU) y la Unidad de Terapia Celular (UTC) en el "III simposio de bancos de tejidos y terapia celular, en el marco del IX congreso colombiano y XVI congreso iberoamericano de bancos de sangre y medicina transfusional". La participación de los miembros del grupo de investigación GIMTYC, en congresos, simposios y encuentros nacionales e internacionales, contribuyen al crecimiento y fortalecimiento del grupo, recientemente creado y reconocido por Colciencias en categoría D.

Es fundamental que los investigadores y las personas que contribuyen a diario en la consolidación de este proyecto dimensionen su magnitud en el contexto internacional, además de intercambiar conocimientos con expertos en el área, divulgar los resultados derivados de las investigaciones en curso y establecer nuevos vínculos, nos permitan realizar avances de frontera en las temáticas relacionadas. 2) Participación del Banco de Sangre de Córdon Umbilical y la Unidad de Terapia Celular en el "XI congreso de la asociación latinoamericana de inmunología - ALAI y el X congreso colombiano de alergia, asma e inmunología- ACAAI- INMUNOCOLOMBIA". 3) Tener un Banco de Sangre de Córdon Umbilical público en Colombia es un beneficio para toda la sociedad ya que las colectas de unidades a nivel local permiten aumentar la posibilidad de que los pacientes candidatos a trasplante puedan hallar fácilmente unidades histocompatibles, con la ventaja adicional que estas células están almacenadas y disponibles rápidamente, haciendo que el tiempo para realizar trasplantes se reduzca significativamente.

8) Tener implementada a 2020 una línea de producción tecnológica.

Durante la vigencia 2016 se avanzó en la contratación del recurso humano especializado en la nueva línea de producción tecnológica, la cual consiste en la implementación de los procesos técnicos operativos para producir tejidos óseo muscular para trasplante. Este



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

personal se encargo entre otros, de: 1) capacitaciones en el manejo de equipos adquiridos para los procesos de producción de tejido óseo articular. 2) A través del director médico, se realizaron charlas de información y capacitación con el personal operativo. 3) Se avanzó en las actividades orientadas a validar los protocolos de procesamiento del tejido. Se proyecta en la vigencia 2017, obtener la certificación de condiciones sanitarias que otorga el INVIMA y potencializar la línea de producción tecnológica a través del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.

37. Relación de avances a cada uno de los indicadores de resultados contemplados en el Plan Distrital de Desarrollo.

1) Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.

Con relación a la meta de Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas, se inició con una línea de base Año 2015: 250% de ocupación en hospitales públicos priorizados; para la vigencia 2016 se programó 95% de ocupación de los servicios de urgencias, alcanzando 159%. (No se cumple la meta).

Se logró la disminución en el promedio de porcentaje ocupacional de observación en los servicios de urgencias en la Red Pública de 159%, equivalente a 91 puntos respecto a la línea de base de 250% (alcanzado por el plan de choque implementado durante el 2016, en el marco de la Resolución 063 de 2016).

Fortalecimiento de la estrategia de manejo a pacientes con largas estancias hospitalarias, mediante la reubicación de pacientes en condición de abandono social en las subredes integradas de servicios de salud ESE, reubicando de enero a noviembre de 2016 a 752 pacientes.

En cuanto a la Atención en las Subredes Integradas de Servicios de Salud, se realizaron durante el año 2016 a Noviembre 982.801 atenciones en el servicio de urgencias así: 546.501 de enero a junio 2016 y 436.300 atenciones de julio a Noviembre del 2016.

2) Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020"

El 10% ejecutado el año pasado corresponde al diseño de la solución representado en el RFI que incluye el estudio de mercado y su respectivo análisis.

1) Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la comisión intersectorial de salud urbana y rural

No se programó para el año 2016 ningún avance en esta meta, en el entendido que aún no se encuentra funcionado la Comisión Intersectorial.

2) Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital

Para el periodo agosto – diciembre 2016 se proyectó intervenir 55.513 establecimientos, en la tabla 2 se presenta el número de establecimientos intervenidos durante ese periodo.

Tabla 90. Número De Establecimientos Inspeccionados. Secretaría Distrital De Salud. Bogotá. Agosto – Diciembre 2016

Línea	Número De Establecimientos
Línea Alimentos Sanos y Seguros	29327
Línea Calidad de Agua y Saneamiento Básico	10879
Línea Seguridad Química	10289
Línea Medicamentos Seguros	3852
Línea Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico	1110
TOTAL GENERAL	55457

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud-ESE, Censo de establecimientos - Sistema Sivigila D.C, (agosto - diciembre 2016)

Para definir el número de establecimientos a intervenir dentro del Proyecto 1192 “Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud”, se realizó una proyección basada en: enfoque de riesgo, priorización de puntos críticos definidos según criterio discrecional de profesionales referentes de la SDS, histórico de establecimientos intervenidos en los últimos tres años.

Actualmente no se puede determinar la cobertura exacta de inspección, vigilancia y control en los establecimientos del Distrito, dado que no se cuenta con un denominador real; el denominador con el que se hacen estimativos fue obtenido de la información suministrada por la Subdirección de IVC (año 2010), y que a su vez le fue entregada por la Cámara de Comercio de Bogotá. Esta base sólo consolida los establecimientos legalmente constituidos o registrados en esta entidad, y la SDS interviene establecimientos informales y formales⁴. Basados en este censo, se estima una cobertura del 12% de establecimientos intervenidos.

Al realizar un estimativo de cobertura de IVC, empleando el censo inmobiliario y catastral de Bogotá del año 2015, se obtiene la siguiente cobertura:

⁴ Establecimientos formales entendidos como los legalmente constituidos o registrados en la Cámara de Comercio.

AÑO	Establecimientos intervenidos SDS	Número de predios comerciales urbanos	Porcentaje Estimado de cobertura
2015	115.653	261.326	44.3

Se podría pensar que la caracterización de predios comerciales arrojaría un aproximado de establecimientos abiertos al público, independientemente de la actividad que desarrollen y teniendo presente que en cada predio puede haber más de un establecimiento comercial; al emplear el censo inmobiliario y catastral para determinar la cobertura de IVC, el porcentaje es mayor al estimado obtenido cuando el dato se compara con la base de la cámara de comercio, resultado lógico teniendo en cuenta que como ya se mencionó la base de ésta entidad solo contempla establecimientos registrados en esta entidad.

Una de las tareas prioritarias para la entidad, es la de definir un denominador de establecimientos abiertos al público (que incluya establecimientos formales e informales); para lo cual se tiene proyectado implementar la inscripción de los establecimientos en ésta Secretaría a través de una plataforma web, en cumplimiento de la resolución 1229 de 2013 (modelo de IVC, bienes y servicios).

Respecto a la integración de los subsistemas de información que forman parte del sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental – SISVEA se tienen los siguientes avances:

- Puesta en operación y estabilización del módulo de talento humano en lo correspondiente a validación de variables y desarrollo de reportes. El módulo permite contar con la información actualizada del personal que adelanta IVC en el distrito y demás funcionarios que laboran dentro del componente en las Subredes.
- Ajuste del módulo establecimiento vigilado y controlado en el Sistema Sivigila D.C, el cual ahora permite que a un establecimiento se le pueda cargar las visitas de las diferentes actividades económicas o servicios que presta en una misma sede.
- Formularios de inscripción de vehículos transportadores de carne y autorización sanitaria de establecimientos expendedores de carne desarrollados dentro del sistema Sivigila D.C, De acuerdo con lo establecido en el decreto 1282 de 2016.

3) Implementar según las posibilidades el 100% de las recomendaciones del concejo territorial de Social de Salud.

No se programó para el año 2016 ningún avance en esta meta, en el entendido que aún no se encuentra funcionando el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

4) Mantener con criterios de eficiencia y eficacia la ejecución de acciones delegadas a la Secretaría Distrital de Salud.

- Con el fin de cumplir con la meta propuesta, la Secretaría Distrital de Salud se propuso fortalecer e integrar institucionalmente la función administrativa, garantizando el Talento Humano competente y procesos certificados con altos estándares de Calidad, financieramente viables, con el fin de poder brindarle a los procesos misionales el apoyo requerido para cumplir con la misión y visión que se pretende alcanzar en estos cuatro (04) años del Plan de Desarrollo “Bogotá mejor para todos”.
- A partir del mes de Mayo, en la Entidad se inició la armonización de los Proyectos y fue incluida la meta dentro de un componente denominado “Desarrollo Institucional” del proyecto 1192 con una asignación presupuestal de \$ 22.75.922.846 distribuidos entre los conceptos de Recurso Humano y Dotación, el cual obtuvo a 31 de Diciembre de 2016 una ejecución final del 92%
- Con los recursos asignados se adelantaron todas las acciones relacionadas con los procesos de:
- Adecuación la Estructura Organizacional y la Planta de Personal de la SDS., así como Modernizar los puestos de trabajo, con el fin de propiciar un adecuado ambiente de trabajo, según las necesidades de la Entidad, que respondan a los requerimientos del sector y los usuarios.
- Desarrollar las competencias laborales del talento humano en un proceso de transformación de la Cultura Organizacional de la SDS, generando mecanismos que permitan la retención y transferencia del conocimiento.
- Ejercer acciones de dirección en los asuntos de orden administrativo y Financiero encaminados a mantener procesos eficientes y efectivos que apoyen el cumplimiento de los objetivos institucionales y misionales de la Entidad.
- Diseñar y Desarrollar un Plan de Gestión documental de acuerdo con el fin de descongestionar los archivos, según las necesidades de la Entidad.
- Garantizar la renovación y sostenimiento de la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad, así como integrar los Subsistemas que conforman el SIG.
- Apoyar técnicamente los procesos de Gestión Contractual necesarios para el desarrollo de los proyectos, aprobados en el plan de gobierno distrital.
- Ejecutar el programa anual de auditorías de Control Interno, así como el seguimiento a los planes de mejoramiento y de riesgos, de los procesos de la Secretaría Distrital de Salud.
- Implementar el nuevo marco normativo de regulación contable, para fortalecer la Gestión Financiera de la Entidad, con el fin de responder a las necesidades del Sector, así como realizar la gestión cobro y saneamiento de la cartera.
- Asesorar y coordinar con las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud la difusión permanente, oportuna y clara de información de interés público en salud, por medio de estrategias de comunicación que permitan posicionar temas relacionados con las principales metas del plan territorial en Salud y Plan de Desarrollo.
- Coordinar la comunicación al interior de la entidad, mediante la difusión permanente, oportuna y clara de información de interés institucional y el desarrollo de estrategias de comunicación que permitan el fortalecimiento institucional, la gobernanza y rectoría en salud.
- Representar judicial y extrajudicial al Fondo Financiero Distrital de Salud y la

Secretaría Distrital de Salud ante las autoridades en los procesos, así como realizar la vigilancia de los mismos, en los que haga parte la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud.

- Asesorar, conceptuar y acompañar jurídicamente a las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, así como orientar desde la perspectiva del derecho constitucional y administrativo, sobre los Lineamientos Jurídicos a aplicar en el sector salud del Distrito Capital.
- En la ejecución de éstas actividades se encuentran las cinco (05) Direcciones que dependen de la Subsecretaría Corporativa, las tres (03) Oficinas Asesoras y el Despacho.

37. RELACIÓN DE AVANCES A CADA UNO DE LOS INDICADORES DE PRODUCTOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO.

1) Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.

Con relación a la meta de diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C., se inició con una línea de base Año 2015: 0 Modelo de Atención Integral en Salud, para la vigencia 2016 se programó un porcentaje de avance del 0,2 ejecutándose a diciembre el 0,2. (Es decir el 100% de lo programado).

Implementación de la Estrategia Incremental, como prueba piloto del Modelo Integral de Atención en Salud en la UPZ Tibabuyes, y en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, aportando desde el componente de prestación de servicios de salud, y en articulación con Despacho, Aseguramiento y Salud Pública de la SDS.

Avance en el 20% del documento preliminar de Modelo de Atención Integral- AIS para Bogotá, con marco conceptual, Situación de Salud Distrital, Perfil de Morbilidad y Mortalidad, avance en las acciones que se deben contemplar en los macroprocesos de Gestión de acuerdo a la normatividad y los lineamientos Nacionales y Distritales.

Definición y desarrollo de Metodología del proceso de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS para la reorganización de servicios (Materno Perinatal, Primera Infancia, Salud Mental, Lesiones de Causa Externa, Crónica, y Promoción y Mantenimiento de la Salud por Curso de vida), avanzándose en los planes de análisis, identificación de intervenciones y acciones de la RIAS y estimaciones de demanda potencial y propuesta preliminar de reordenamiento de servicios relacionados con las mismas.

Prueba piloto para implementación de la RIAS de Condiciones Crónicas (como seguimiento a cohortes de pacientes crónicos de Capital Salud), realizada en UPZ priorizadas de Ciudad Bolívar.

Acompañamiento técnico a la puesta en operación de nueve Centros de Atención Prioritaria en Salud - CAPS (Zona Franca, 29 Kennedy, San Cristóbal, Suba, Candelaria,

Abraham Lincoln, Olaya, Santa Clara y Altamira), quienes iniciaron operación en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud – AIS.

2) Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud. (1189)

Con relación a la meta desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud, se inició con una línea de base Año 2015: 0, para la vigencia 2016 se programó 4 subredes, conformándose las 4 subredes (ejecutándose la meta en el 100%)

En el marco de las acciones adelantadas se avanzaron en las siguientes acciones:

- Aprobación en el Concejo de Bogotá D.C., del Acuerdo 641 de 2016, por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá D.C., se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”. A partir de este se estructuró la Red Integrada de Servicios de Salud Distrital con sus respectivas subredes, aportando a disminuir la fragmentación del sistema con la integración de los servicios al reorganizar los 22 hospitales en 4 subredes Integradas de Servicios de Salud ESE.
- Inicio a partir del 1 de agosto, de la operación de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, con la habilitación las Unidades de Servicios de Salud y realización de gestión para la unificación de su operación administrativa en las áreas de cartera, facturación, recaudo, planeación, jurídica y oferta de servicios a los usuarios como una sola Subred (Norte, Centro Oriente, Sur y Suroccidente).

Ilustración 1. Subredes Integradas de Servicios de salud ESE.



- Acompañamiento técnico a la puesta en operación de nueve Centros de Atención Prioritaria en Salud - CAPS (Zona Franca, 29 Kennedy, San Cristóbal, Suba, Candelaria, Abraham Lincoln, Olaya, Santa Clara y Altamira), quienes iniciaron operación en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud – AIS, iniciando



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

en forma progresiva desde el mes de julio, cuentan con horario ampliado de atención y ofertan los servicios de medicina general (consulta prioritaria) y medicina especializada, los cuales a diciembre han realizado: 33.849 consultas, mejorando el acceso a los servicios de salud en el D.C. Ver [Tabla 1].

Tabla 91. Atenciones en los CAPS Julio-Diciembre de 2016

CAPS	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2016
San Cristóbal	388	812	1235	1034	1070	813	5352
Suba		1237	1380	1015	957	806	5395
Olaya	48	328	463	285	439	296	1859
Santa Clara			283	3217	5474	4253	13227
Altamira						335	335
Zona franca	0	0	9	928	1023	595	2555
29 Kennedy	0	161	312	388	302	109	1272
Candelaria		387	372	410	213	328	1710
Tunjuelito		297	262	278	649	658	2144
TOTAL	436	3222	4316	7555	10127	8193	33849

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Enero 2017

- Documento de actualización de la Red Pública de Servicios de Salud del D.C (que incluye diagnóstico y propuesta), en cumplimiento del acuerdo 641 de 2016 y normatividad vigente relacionada con Política y Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y Modelo de Atención Integral en Salud - AIS. Se elaboraron documentos de Factibilidad de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE. Se radicó propuesta al Ministerio de Salud y Protección Social en el mes de Julio del año en curso, con concepto favorable de la propuesta de Reorganización de la Red por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Propuesta de reordenamiento de servicios de salud, en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud-AIS, y la red pública de servicios de salud viabilizada, para Rutas Integrales de Atención de Salud Priorizadas.
- Asesoría y asistencia técnica a las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud en diagnósticos y propuestas de reordenamiento de servicios de Salud Materna, Perinatal y de Infancia y Salud Mental en el contexto de la propuesta de reorganización de la Red Pública Integrada de Servicios de Salud y Modelo de Atención Integral en Salud – AIS.

3) Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral.

Como producto del desarrollo de las acciones en el marco de la gestión y seguimiento de las Políticas Públicas Distritales y del proceso transversal de Gobernanza en salud del Plan de Gestión de Intervenciones Colectivas se disponen los siguientes resultados acumulados:

En los aspectos más relevantes adelantados para el segundo semestre de 2016 en el marco del proceso de Gobernanza en salud, la SDS hizo una puesta para organizar este proceso con un enfoque sectorial e intersectorial, basado en la participación activa en diferentes escenarios y espacios distritales y las diferentes localidades del distrito. Dentro de las acciones más relevantes adelantadas para aportar a la resolución de las diferentes problemáticas, en especial las relacionadas con la articulación e integración de acciones para fortalecer la capacidad de respuesta institucional de forma integral y en la prestación de servicios, se ha trabajado en la gestión y seguimiento de las Políticas Públicas Distritales a través del instrumento de seguimiento a las políticas públicas bajo tres componentes: 1. seguimiento a resultados. 2. Estructura de las Políticas 3. Seguimiento a la ejecución (gestión) y se ha socializado a la Dirección de Políticas Sectoriales de la Secretaría Distrital de Planeación.

Igualmente, se han dado desde la SDS aportes técnicos al Capítulo de seguimiento a las políticas públicas en el marco de la construcción de la Guía proceso de políticas de la SDS. Adicionalmente, los diferentes profesionales del equipo de políticas, participan en los espacios distritales donde se discuten o se concertan estrategias y planes de trabajo en el marco de la Gestión Territorial de Salud. A su vez, se trabaja en la elaboración del documento preliminar de propuesta de la conformación y funcionamiento de la Comisión Distrital Intersectorial de Salud, la cual es una apuesta de esta administración como mecanismo de concertación y toma de decisiones en salud. Sumado a lo anterior, la SDS permanentemente brinda asistencia técnica a las subredes y conversatorios para orientar las diferentes acciones en el plano local. Sumado a lo anterior, se han desarrollado encuentros distritales entre la SDS y la SDIS, para articulación de las acciones y estrategias en el marco del proceso de Gobernanza componente de Políticas Públicas y la estrategia de abordaje territorial.

En el nivel local se ha adelantado a través de este proceso, la identificación de problemática con perspectiva intersectorial para las 20 localidades; el proceso de mapa de actores involucrados en estas problemáticas; la participación en las diferentes instancias normadas de coordinación de políticas en las localidades; la contribución del sector salud a la formulación de los diferentes planes de acción de las políticas en las localidades; la generación de acuerdos en las diferentes instancias con los diferentes actores y la estructuración de propuestas por localidad basadas en las problemáticas identificadas.

Por otra parte, en el marco de la estructuración del abordaje del sector salud en lo correspondiente al postconflicto las acciones se centraron esencialmente en la

participación en jornadas de trabajo y mesas internas con el Ministerio de Salud y otros actores, como parte de la fase de posicionamiento, alistamiento del proceso del postconflicto y análisis de los principales retos para el sector salud y construcción de intervenciones, y para el seguimiento y análisis de las Políticas Públicas en el marco del postconflicto.

Las acciones a nivel local se basaron esencialmente en la consolidación de las problemáticas identificadas, la identificación y análisis de actores y una aproximación a las estrategias de acción. Así mismo, se identificaron avances, dificultades y alternativas de solución frente al desarrollo específico de las políticas públicas en las localidades.

La SDS continúa con el desarrollo de acciones para la implementación de políticas en salud y el posicionamiento de las mismas en el nivel local. Para el caso de la Política Pública Distrital para el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle, se trabajó de forma intersectorial en el Comité Operativo para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle, donde los sectores relacionados con la atención de esta población han venido aportando a la formulación de planes de acción específicos. Las acciones para esta población se operativizan por medio de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y se trabajaron en articulación permanente con la Secretaría Distrital de Integración Social, encargada de los procesos de inclusión social de esta población.

En este sentido, se ha venido desarrollando acciones a nivel distrital y local, relacionadas con la identificación del riesgo colectivo e individual en relación a la atención integral de las personas que se encuentran en la condición de habitabilidad de calle en el Distrito Capital en los Espacios de Vida Cotidiana: Espacio Vivienda (Centros de Atención Transitoria) y Espacio Público, donde se realiza el seguimiento a los eventos de interés en salud pública como tuberculosis, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y el componente de salud mental. Igualmente, se adelantaron intervenciones a los Centros Móviles de Atención Integral (CEMAI) como estrategia para el abordaje de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), a través de acciones de psicoeducación, promoción de hábitos de vida saludable y acceso a servicios de salud promocionales, preventivos y asistenciales, que pretenden modificar patrones de consumo, impactando positivamente el entorno individual, familiar y social; mejorando la calidad de vida, al verse disminuida la segregación, la discriminación y la marginalidad de los Ciudadanos Habitantes de Calle del Distrito Capital.

Para el caso de la Política Distrital de y para la Adultez a través de asistencia técnica para el fortalecimiento de las acciones de los referentes locales de cada una de las subredes de atención en salud, se buscó la implementación del Comité Interno de Adultez, en cada una de las subredes de atención, mientras se reactivaban las Mesas de Trabajo, convocadas desde la Secretaría Distrital de Integración Social, entidad responsable de la secretaría técnica.

En lo relacionado con la Política Pública Social De Envejecimiento Y Vejez, para el segundo semestre de 2016, se elaboraron planes de acción construidos dentro de los comités operativos locales de envejecimiento y vejez, en las subredes centroriente, sur y suroccidente. Así mismo, se ha socializado el nuevo modelo de salud personas mayores.

Para la Política De Salud Mental, durante el segundo semestre de 2016 se realiza la gestión local de la política pública de salud mental y la política de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, buscando el posicionamiento de los contenidos sociopolíticos de la política desde el nivel local. Para ello el sector salud participó en el comité local de seguimiento a casos de víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; donde se articula la gestión para la atención integral de los casos notificados por las diferentes instituciones sociales. Por otra parte se participó en la Red del Buen Trato donde se tiene coordinación con referentes de familia de las Subdirecciones Locales de Integración Social con el fin de establecer acuerdos y planes de trabajo para el desarrollo de procesos que fomenten el buen trato y la prevención de las violencias. Desde este componente, se lideró la jornada de conmemoración del día mundial de la salud mental en cada una de las cuatro subredes, la cual se denominó “primera ayuda psicológica”, a través de la cual se desarrollan acciones locales orientadas a brindar información acerca de qué hacer y qué no hacer antes la presencia de eventos que afectan la salud mental.

En lo relacionado con la política de discapacidad, las acciones estuvieron orientadas al trabajo realizado con alcaldías locales para la inclusión de los objetivos estratégicos del sistema a los planes de desarrollo local, así como en la participación distrital en las sesiones ordinarias y extraordinarias de comité técnico y consejo distrital de discapacidad. En el nivel local igualmente se participa en sesiones ordinarias mensuales por cada consejo. Con respecto al ejercicio de secretarías técnicas de los consejos locales la SDS cuenta con 12 a cargo (Fontibón, Puente Aranda, San Cristóbal, Bosa, Barrios Unidos, Usme, Mártires, Santafé Candelaria, Rafael Uribe, Usme, Teusaquillo, Sumapaz), se propende por un trabajo articulado con el fin de lograr mantener las funciones correspondientes a la norma vigente.

En el caso de la estrategia poblacional, como una respuesta afirmativa que, desde la perspectiva poblacional, diferencial y de género busca el fortalecimiento de redes y organizaciones y colectivos comunitarios mediante acciones colectivas con mujeres, personas género-sexo diversas y grupos étnicos que habitan el distrito capital. Estas acciones colectivas se orientaron hacia el empoderamiento en prácticas de cuidado, la exigibilidad de derechos y la autogestión para acceder a las rutas integrales de salud y así aportar a mejorar condiciones de vida. Para esto, cada Subred Integrada de Servicios de Salud cuenta con un equipo interdisciplinario que implementa la Estrategia Poblacional a través de acciones para la información, educación y capacitación comunitaria, de funcionarios y funcionarias, acciones con familias desde las prácticas propias de medicina ancestral en grupos étnicos, intervención psicosocial para el discernimiento y la toma de decisiones autónomas, gestión intra y transectorial y finalmente acciones de construcción de conocimiento, estas se desarrollan en las diferentes localidades según la dinámica de cada una de las poblaciones. En lo local, específicamente en el espacio de Vivienda, para el caso de Etnias, se planteó el desarrollo de procesos de cuidado y autocuidado en las redes primarias de apoyo de familias étnicas indígenas, afrodescendientes y gitanos priorizadas desde un enfoque diferencial, reconociendo patrones culturales, sociales y ambientales para transformar comportamientos y fomentar la salud familiar.

Con respecto a la Política Pública de Juventud se desarrollaron encuentros juveniles,

como el Campamento de la Participación Juvenil, el cual contó con la participación de 112 jóvenes, en el que se recolectó información para la elaboración del diagnóstico para la construcción de la Política Pública, teniendo en cuenta que la actual finalizó su vigencia en el año 2016. En el mismo sentido, se encuentra en construcción el Plan de Acción de la Política, para lo cual, dentro de la Mesa Técnica de juventud se han sostenidos reuniones con Planeación Distrital para establecer los parámetros y revisión de SEGPLAN; al interior de la SDS se viene desarrollando un grupo funcional con la participación de las diferentes subdirecciones para su construcción conjunta.

4) Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático.

Para la vigencia correspondiente al segundo semestre de 2016, se contempló el diseño del esquema de aseguramiento automático la entidad territorial, para lo cual se llevaron a cabo tres fases de desarrollo:

1. Diseño De Propuestas Para Esquema De Aseguramiento Automático. Se diseñaron tres escenarios (a. Puntos de atención de la EPS en todos los puntos de atención de las ESE para afiliarse inmediatamente, b. Afiliación automática por correo electrónico o en línea y c. Afiliación diferida por medio de carta al ciudadano y afiliación oficiosa); para la implementación del esquema de aseguramiento automático en el distrito capital los cuales se sometieron a análisis y aprobación tanto de las directivas como de las EPS del régimen subsidiado comprometidas en el proceso.
2. Aprobación de Propuesta Para Esquema De Aseguramiento Automático. Se aprobó la propuesta relacionada con la Afiliación diferida por medio de carta al ciudadano y afiliación oficiosa, mediante la realización de reunión con las EPS-S con el objetivo de dar a conocer y concertar el proceso de esquema de afiliación automática que se está diseñando para dar cumplimiento a las metas del PDD Bogotá Mejor para Todos.
3. Elaboración de instrumentos, en esta fase se elaboraron los instrumentos correspondientes a la carta para la afiliación oficiosa para el afiliado y se pusieron a prueba en cada una de las subredes para iniciar la puesta en marcha del esquema. Adicionalmente se informó a las EPS (Capital Salud y Unicajas) el mecanismo de afiliación diferida y se concertó el modo de distribución de la población para la afiliación oficiosa.

Adicionalmente a las fases para el diseño del esquema de afiliación automática, se remitieron oficios a las 4 Subredes respecto del proceso establecido para la Afiliación Oficiosa de la población que por norma cumpla con los requisitos para acceder al Régimen Subsidiado en Salud dándoles a conocer el mecanismo, los instrumentos y la periodicidad de reporte de dichas afiliaciones. De la misma forma en los contratos suscritos con las subredes se incluyó dentro de las obligaciones para cada una el



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

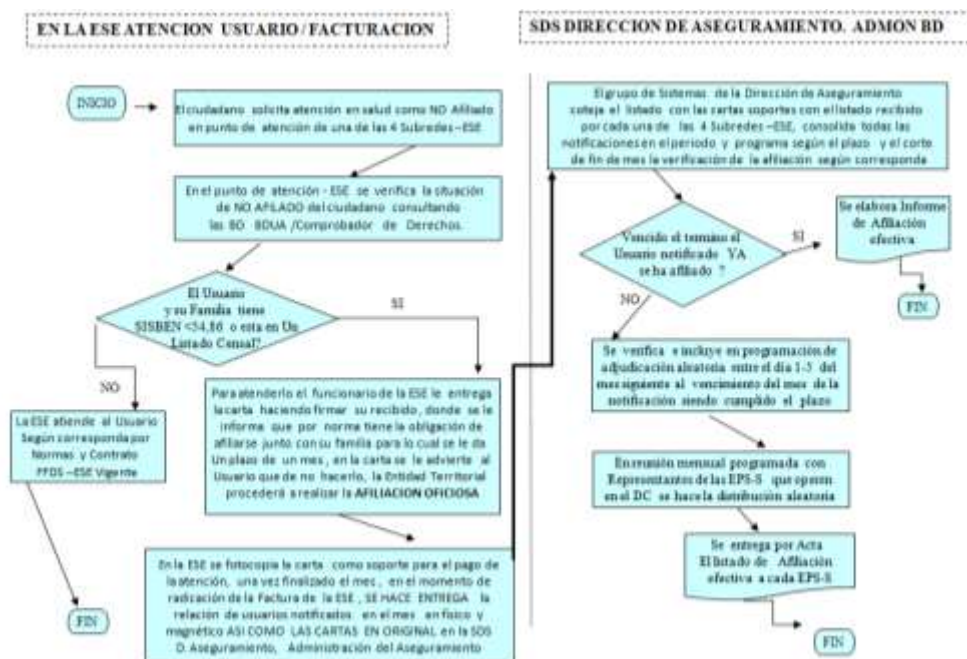
cumplimiento del proceso de afiliación oficiosa y el reporte de la información relacionada.

Se realizó ubicación de personal en los puntos de los Centros Locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado (CLAV) para realizar el proceso de Aseguramiento, por parte de la EPS-S Unicajas, en los puntos de atención de los centros locales de Sevillana, Chapinero y Rafael Uribe, para desarrollar directamente la afiliación automática de los usuarios que asisten, personas en condición de desplazamiento y en general a los usuarios asistentes.

Se inició el mecanismo de recepción de la información por parte de las Subredes frente a los usuarios que solicitaron servicios y que son potenciales beneficiarios del subsidio en salud.

Se llevó a cabo el procedimiento interno para la autorización de servicios de usuarios con encuesta SISBEN nivel 1 y 2 que no se han afiliado a una EPS Subsidiada, a través electivas y tutelas que reciben de las ESE e IPS privadas y se proyecta oficio reiterando a las Subredes el proceso de afiliación en el marco de lo establecido en el artículo 2.1.5.1 parágrafo 3 del Decreto 780 de 2016 afiliación oficiosa.

Ilustración 2. Diseño de la operación de la Afiliación Automática Diferida al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital



Fuente: SDS. Aseguramiento.

5. Garantizar la continuidad de 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y

ampliar coberturas

Al cierre del mes de diciembre/2016, de acuerdo al reporte de la BDU (Base de Datos Única de Afiliados) a 1.166.823 afiliados en el Distrito Capital, Se logró garantizar el acceso a los servicios de salud como afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S

Se garantiza la atención a la Población Pobre No Asegurada a través de la Red contratada tanto pública como privada y en los eventos de urgencias, en prestadores no contratados.

Al cierre del periodo, se realizaron 1.821.961 atenciones a la Población Pobre No Asegurada – Vinculada y atenciones No POSS, según lo informado por los RIPS entregados por la Dirección de Planeación Sectorial y la información del grupo de Electivas de la Dirección de Aseguramiento (enero - diciembre/2016).

7. Lograr y mantener cobertura de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.

La cobertura de vacunación de Enero – Diciembre de 2016 para el cumplimiento de coberturas de vacunación en los biológicos se presenta como sigue:

POLIO: dosis aplicadas: 100.435 – 95.5% cumplimiento

PENTAVALENTE: dosis aplicadas: 100.520 – 95.6% cumplimiento

BCG: dosis aplicadas: 112.338 – 106.8% cumplimiento

TRIPLE VIRAL: dosis aplicadas: 100.338 – 95.3% cumplimiento

HEPATITIS A: dosis aplicadas: 100.471- 95.4% cumplimiento

TRIPLE VIRAL 5 AÑOS: dosis aplicadas: 93.278 – 86.4% cumplimiento

Fuente: Informe consolidado enero a diciembre SIS 151 - 2012 a 2016.

El programa ampliado de inmunizaciones- PAI es uno de los programas banderas del distrito, el cual busca la prevención de eventos que sean prevenibles con la vacunación en la población de menores de 5 años y otras poblaciones específicas. Las acciones adelantadas desde la SDS están encaminadas a la gestión del programa y alcanzar permanentemente las coberturas útiles en vacunación. Dentro de las acciones adelantadas para el segundo semestre de 2016 (agosto-diciembre) para atender la población sujeto del programa: niños y niñas de 0 a 5 años, niñas y adolescentes de 9 a 17 años, gestantes, mujeres en edad fértil y adultos de 60 años y más, estaban: el

fortalecimiento de la estrategia intramural y extramural, el seguimiento a la población pendiente por iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación, la identificación y direccionamiento a la población captada por la estrategia extramural a los puntos de vacunación fijos, la realización de jornadas de capacitación al talento humano profesional y técnico, el apoyo a jornadas de vacunación, intensificando las acciones de información, educación y comunicación, lo que permite captar la población sujeto y susceptible del programa, para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación para obtener coberturas de vacunación superiores al 95%.

Adicionalmente, se adelantó la gestión respectiva de los recursos y la asignación de los mismos en las 4 Subredes (Norte, Centro Oriente, Sur Occidente y Sur) para garantizar la ejecución del PAI en lo local.

Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados

Con relación a la meta de Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicios de salud, se arrancó con una línea de base Año 2015: 0 atenciones integrales, para la vigencia 2016 se programó un porcentaje de avance del 100% ejecutándose a Diciembre 100%.

Entre julio y Noviembre se atendió al 100% de los pacientes que demandan servicios de salud mental en forma integral así:

En los servicios de consulta externa: Se atendieron 1.372 personas y se realizaron 2.990 atenciones, para una concentración de 2,17 atenciones por persona. Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población participante no asegurada, desplazada y atenciones No POS. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 30 de noviembre de 2016).

En los servicios de urgencias: Se atendieron 413 personas y se realizaron 565 atenciones, para una concentración de 1,36 atenciones por persona. Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población participante no asegurada, desplazada y atenciones No POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita a la SDS, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 30 de noviembre de 2016).

En el servicio de Hospitalización: De acuerdo a la base de datos RIPS, se atendieron 349 personas y se realizaron 426 egresos. Base de datos RIPS SDS 2004-2016, población pobre no asegurada, desplazada y atenciones No POS. (Datos reportados por las ESE de la red adscrita a la SDS, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 30 de noviembre de 2016). Adicionalmente, se cuenta con el registro de las Subredes Integradas de Servicios de Salud por Unidades de Servicios de Salud que informan al Sistema de Información CIP de la SDS, en el que se reportaron del mes julio al mes de noviembre del año 2016, 2.184 egresos, con un promedio día

estancia de 15,44 días.

Se construyó la propuesta preliminar de lineamientos para la adaptación de las RIA en Salud Mental y SPA, así como para la reorganización de estos servicios con el fin de fortalecer la atención integral para los usuarios de los servicios de salud mental en las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE.

Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020

Con relación a la meta de incrementar en un 15% el tasa de donación de órganos se inició con una línea de base Año 2015: 16, para la vigencia 2016 y se programó una tasa de 16,5 (con un incremento de 0,48 es decir el 3%), ejecutándose a diciembre una Tasa de Donación de Órganos del 15,1 (Es decir el 95,15% de lo programado).

Se generaron 819 alertas en Bogotá de potenciales donantes referidos por entidades públicas y privadas (352 alertas de enero a junio y 467 alertas de Julio a Diciembre 2016), de los cuales 127 son donantes efectivos (66 donantes efectivos de enero a junio y 61 donantes efectivos de julio a diciembre 2016). Durante el año 2016 se rescataron los siguientes componentes anatómicos: Corazón 13, Pulmones 14, Hígados 58, Riñones 162, Córneas 84, de Tejido Óseo 30 y Donantes de Piel 17. De Julio a Diciembre de 2016 de los 61 donantes efectivos en Bogotá (52 donantes son de IPS privadas y 9 de IPS públicas), se rescataron los siguientes componentes anatómicos: 5 corazones, 11 pulmones 34 hígados y 86 riñones.

Durante el 2016, se realizaron cuatrocientos siete (407) jornadas de asesoría y asistencia técnica en información y comunicación sobre la donación de órganos y tejidos en IPS e instituciones, con un número total de tres mil quinientos trece (3.513) personas sensibilizadas. En el periodo de Julio a Diciembre de 2016 se realizaron cincuenta y ocho (58) jornadas de asesoría y asistencia técnica en información y comunicación sobre la donación de órganos y tejidos en IPS e instituciones con un total de setecientos ochenta y un (781) personas sensibilizadas.

Para el 2016 se adelantaron veintisiete (27) jornadas de asesorías y asistencias técnicas en educación con énfasis en Gestión Operativa, para un total de mil doscientas dos (1.202) personas capacitadas, con el fin de sensibilizar a la comunidad para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante. En el periodo de Julio a Diciembre de 2016 se realizó una (1) jornada de asesorías y asistencias técnicas en educación con énfasis en Gestión Operativa, con un número de treinta y cuatro (34) personas capacitadas, con el fin de sensibilizar a la comunidad para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020

Con relación a la meta de incrementar en un 15% el tasa de trasplantes se inició con una línea de base para el Año 2015: 51,02, para la vigencia 2016 y se programó una

tasa de 52,5 (incremento de 1,53 es decir el 3%), ejecutándose a diciembre una Tasa de Trasplantes del 49,9 (Es decir el 95% de lo programado).

Durante el año 2016, se realizaron cuatrocientos nueve (409) trasplantes de órganos así: trescientos diez (310) son con Donante Cadavérico y noventa y nueve (99) son con donante vivo así: Corazón: diecisiete (17), Pulmón: ocho (8), Hígado: noventa y dos (92), Riñón: doscientos ochenta y cuatro (284), Hígado-Riñón: ocho (8), para un total en el año de trescientos cincuenta y cuatro (354) pacientes aproximadamente beneficiados de la listas de espera. (Este dato no incluye tejidos); mejorando la calidad de vida de los pacientes y evitándoles una posible muerte. De Julio a Diciembre se realizaron doscientos uno (201) trasplantes de órganos, de los cuales ciento cuarenta y nueve (149) son con Donante Cadavérico y cincuenta y dos (52) son con donante vivo así: Corazón: ocho (8), Pulmón: cinco (5), Riñón: ciento treinta y siete (137), Hígado, cuarenta y siete (47), Hígado-Riñón: cuatro (4), beneficiándose aproximadamente a 149 personas de la lista de espera. [Tabla 2].

[Tabla 2]. Número de Trasplantes de órganos y Número de pacientes en Lista de Espera.

N° TRASPLANTE ORGANOS	409
Riñón	284
Hígado	92
Corazón	17
Pulmón	8
Hígado-Riñón	8
N° PACIENTES EN LISTA DE ESPERA	3971
Riñón	1569
Corazón	3
Hígado	89
Pulmón	19
Riñón e Hígado	0
Corneas	2291

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Red de Donación y Trasplantes, Enero 2017

Se adelantaron treinta y seis (36) Asesorías y Asistencias Técnicas en los lineamientos generales del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante -“Hospital Generador de Vida” dirigidas a treinta y siete (37) funcionarios de 11 Unidades de Servicios de Salud (USS) del Distrito: Pablo VI de Bosa, San Blas, Santa Clara, San Cristóbal, Kennedy, Chapinero, Engativá, Simón Bolívar, Suba, Usaquén, y Sur. De julio a diciembre se realizaron siete (7) Asesorías y Asistencias Técnicas en los lineamientos generales del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante -“Hospital Generador de Vida” a ocho (8) funcionarios de 3 USS (Usaquén, Simón Bolívar, Chapinero), lo que permite que los funcionarios, conozcan y adopten los lineamientos generales del Programa.

Se realizaron cuarenta y cinco (45) Asesorías y Asistencias Técnicas relacionadas con los Lineamientos de Promoción del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante a trescientos cincuenta y dos (352) funcionarios y comunidad en general de (16) USS del Distrito (Meissen, Tunal, Tunjuelito, Usme Vista Hermosa, Nazareth, Kennedy, Santa Clara, Rafael Uribe Uribe, Centro Oriente, Pablo VI de Bosa, San Cristóbal, Usaquén, Chapinero, Simón Bolívar y Hospital del Sur). De julio a diciembre se realizaron 16 Asesorías y Asistencias Técnicas relacionadas con los Lineamientos de Promoción del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de trasplante a ciento cincuenta y tres (153) funcionarios de 8 USS (Meissen, San Cristóbal, Usaquén, Chapinero, Pablo VI de Bosa, Simón Bolívar, Occidente de Kennedy, del Sur), con el fin de que los funcionarios y la comunidad en general, se sensibilicen en las características del proceso de donación trasplante, para que conozcan y promuevan la donación.

Se realizó tres (3) Asesoría y Asistencia de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en facturación, para un total de quince (17) funcionarios informados de dos (2) USS del Distrito (Kennedy, San Cristóbal).

Se realizaron treinta y nueve (39) Asesorías y Asistencias Técnicas de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Gestión Operativa en 9 USS (Tunal, Usme, Kennedy, Santa Clara, Rafael Uribe, Meissen Usaquén, Simón Bolívar y Vista Hermosa) y a 2 IPS (Clínica Medical Pronto y Clínica Centenario), para un total de a cuatrocientos sesenta y nueve (469) funcionarios asesorados. De julio a diciembre se realizaron 13 Asesorías y Asistencias Técnicas de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Gestión Operativa a ciento siete (107) funcionarios de cuatro (4) USS (Meissen, Vista Hermosa, Simón Bolívar, Occidente de Kennedy y las IPS Clínica Medical Proinfo y Clínica Centenario), lo cual permite fortalecer los conocimientos a los funcionarios en la detección, selección, notificación, mantenimiento del donante, diagnóstico de muerte encefálica, entrevista familiar, logística de traslado de muestras rescate y traslado de componentes anatómicos.

Se adelantaron de ocho (8) Asesorías y Asistencias Técnicas de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Auditoría en cinco (5) USS Tunjuelito, Meissen, Santa Clara, Vista hermosa y San Cristóbal, lo que permite hacer seguimiento de la adopción implementación y desarrollo de los lineamientos del Programa. De julio a diciembre se realizó tres (3) Asesorías y Asistencias Técnicas de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Auditoría a tres (3) funcionarios de 2 USS (Meissen y San Cristóbal), lo que permite hacer seguimiento de la adopción implementación y desarrollo de los lineamientos del Programa.

Se ofrecieron veintisiete (27) Asesorías y Asistencias de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Sistemas de Información dirigidas a setenta y siete (77) funcionarios de doce (12) USS del Distrito (San Cristóbal, Tunal, Meissen, Vista Hermosa, Sur, Bosa, San Cristóbal, Kennedy, Simón Bolívar, Tunjuelito, Fontibón, Pablo VI) y una IPS (Medical pronto). Lo cual permite afianzar el reporte de las alertas de donantes potenciales y donantes reales, notificaciones de parada cardiorrespiratoria, e indicadores del Programa. De julio a diciembre se realizaron doce (12) Asesorías y Asistencias de Lineamientos del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con énfasis en Sistemas de Información a trece (13) funcionarios en 9 USS (Meissen, Tunal, San Cristóbal, Tunjuelito, Usme, Simón Bolívar, Fontibón, Pablo VI Bosa y Bosa) y a funcionario de una IPS (Medical Proinfo).

Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.

Meta programada para su ejecución en 2017

Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020.

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

Desde el equipo de programas y acciones de interés en salud pública al mes de noviembre se cuenta un acumulado de: 103 IPS públicas y privadas ubicadas en UPZ priorizadas caracterizadas, 76 IPS con aplicación de listas de chequeo y 27 IPS con planes de trabajo implementados.

Desde el espacio vivienda, se realiza el abordaje a 727 gestantes ubicadas en las cuatro subredes del distrito con una distribución de: Subred Norte: 276; Subred Sur:145; Subred Centro Oriente: 72; Subred Sur Occidente: 234. Dato Preliminar) en implementación del plan familiar con énfasis en intervenciones en salud que disminuyen el riesgo materno perinatal las cuales reciben información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos que incluye la Sentencia C-355 relacionada con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

como parte de la estrategia prevención del aborto inseguro.

Desde el espacio público, el componente de salud plena para las mujeres, de la Estrategia Poblacional (Acción integrada 3) se reporta un acumulado de 330 mujeres, 27 hombres y 140 funcionarios y funcionarias participantes para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en los contenidos de la sentencia C355 de 2006 y la prevención de los abortos ilegales.

A 31 de diciembre desde el componente de salud plena para las mujeres, de la estrategia poblacional se logró la construcción y armonización a nivel distrital de cuatro documentos metodológicos: Documento para IEC Comunitaria para salud plena, Documento Rutas de Atención en salud plena e IVE, Documento para el acompañamiento en toma de decisiones en IVE y Documento IEC para salud plena con funcionarios y funcionarias.

Desde el equipo de programas y acciones de interés en salud pública al mes de noviembre se cuenta un acumulado de: 103 IPS públicas y privadas ubicadas en UPZ priorizadas caracterizadas, 76 IPS con aplicación de listas de chequeo y 27 IPS con planes de trabajo implementados.

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Seis (6) instituciones con asesoría y asistencia técnica para la atención de solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo –IVE- (USS Simón Bolívar, USS Kennedy, USS Santa Clara, USS Tunal, Dirección de Sanidad Fuerzas Militares y EPS Sura.). Dos (2) instituciones con seguimiento a las recomendaciones en IVE (Dirección de Sanidad Fuerzas Militares, Dirección de Sanidad Policía Nacional). Dos (2) procesos de fortalecimiento en IVE. Cobertura lograda: Sesenta y cuatro (64) profesionales (USS Usme y Subred Integrada de Servicios de Salud Norte). Dos (2) procesos de inducción en IVE: Cobertura lograda: ciento siete (107) profesionales de servicio social obligatorio de la red pública. Una (1) ruta para la prestación de servicios de IVE avalada (USS Suba). Una subred integrada de servicios de salud seguimiento al cumplimiento de la Tutela 418 de 2015 (Subred Sur Occidente- USS Pablo VI).

En desarrollo del componente salud plena de la estrategia poblacional se contó con cuatro (4) equipos interdisciplinarios conformados (uno por subred), avanzando en la apropiación conceptual y construcción armonizada de tres (3) documentos metodológicos de acciones guía para la intervención psicosocial en Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE y Violencias Basadas en el Género-VBG documento línea Información Educación y Capacitación-IEC comunitaria y documento línea Información Educación y Capacitación-IEC con funcionarios y funcionarias.

Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores

Con relación a la meta de diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de Alzhéimer en Adultos Mayores, se inició con una línea de base así: Para el año 2020 se estima que 342.956 personas mayores de 60 años en Colombia sufrirán de algún tipo de demencia, 258.498 de ellos tendrán enfermedad de

Alzhéimer que será más frecuente en mujeres. (Yuri Takeuchi 2015). Para la vigencia 2016 se programó un porcentaje de avance del 0,5 ejecutándose a Diciembre el 0.47 (94% de cumplimiento)

Se elaboró el documento del Programa de Alzheimer en Bogotá (versión preliminar), para los pacientes con Demencia, en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud-AIS.

1. Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS)

A la fecha se han puesto en funcionamiento nueve (09) Centros de atención Prioritaria en salud aprovechando la infraestructura existente, mientras se avanza en la definición de las rutas integrales de atención en salud de acuerdo con el Modelo Integral de Atención - MIAS, expedido por el Ministerios de Salud y Protección Social.

2. Construir dos (2) instalaciones hospitalarias

Se encuentran en etapa de estructuración técnica, legal y financiera para desarrollar a través del mecanismo de Asociación Público Privada.

3. Reponer 4 instalaciones hospitalarias, incluyendo el hospital de Usme.

Se encuentran en etapa de estructuración técnica, legal y financiera para desarrollar a través del mecanismo de Asociación Público Privada.

4. Construir 4 centrales de urgencias (CEUS)

Se avanza en la etapa de prefactibilidad para la definición de los factores técnicos relacionados con el grado de accesibilidad, tamaño del equipamiento y localización en cada una de las subredes.

5. Creación de una plataforma tecnológica virtual

Diseñar, poner en marcha y evaluar la comisión intersectorial de salud.

Para el año 2016 (6 meses) se proyectó un cumplimiento de 0.20 y se logró 0.15

Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100% de la población objeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el D.C. a 2020.

Se logró en el periodo agosto - diciembre de 2016 la esterilización quirúrgica de 27,563 animales; 48%(13,348) corresponden a caninos 9901 hembras y 3447 machos y 52 % (14215) felinos 9313 hembras y 4902 machos. (Se encuentran incluidos los animales esterilizados en el Centro de Zoonosis). Con respecto a las intervenciones realizadas para los meses de julio a diciembre de 2016 se logró la esterilización quirúrgica de 31.464 animales de compañía; 48% corresponden a caninos (15.294) de los cuáles 11.401

hembras y 3893 machos y 52 % (16.170) felinos de los cuáles 10717 hembras y 5453 machos.

Entre los meses de agosto – diciembre 2016 se ha vacunado por parte del sector público un total de 123.057 animales de los cuales 81.828 fueron caninos y 41.229 fueron felinos. Con respecto al sector privado, se informa que durante el mismo periodo se vacunó cerca de 199.649 animales de los cuales 149.737 fueron caninos y 49.912 fueron felinos.

El Centro de Zoonosis tiene capacidad de 394 caninos y 24 felinos; a 29 de diciembre de 2016 albergaba 241 caninos y 47 felinos, teniendo un índice de ocupación de 61% para caninos y 196% para felinos; durante el periodo Julio - diciembre de 2016 se entregaron en adopción 435 animales (338 caninos y 97 felinos), en las instalaciones del Centro de Zoonosis se hizo la observación de 40 animales agresores (39 caninos y 1 felino) y se remitieron 112 muestras para vigilancia de rabia por laboratorio; se practicaron 380 eutanasias de las cuales el 81% (306) fueron por solicitud de la comunidad u otras entidades (policía, hospitales, bomberos entre otras).

En el periodo Agosto - Diciembre de 2016 se realizó la toma de 971 muestras de calidad del agua en las redes de distribución de los 75 sistemas de abastecimiento del Distrito, la distribución fue de 675 para la EAB – ESP, y 296 para los demás sistemas de abastecimiento, comunitarios, veredales, institucionales y carrotanques. En cuanto a la calificación del índice de riesgo de calidad del agua (IRCA), el agua suministrada por la EAB-ESP se mantienen en el rango sin riesgo y la suministrada por los demás sistemas de abastecimiento está en el rango de riesgo medio.

En este mismo periodo se trabajó en la mesa Distrital de calidad de agua, donde se recibieron los aportes del pilotaje para el diseño y desarrollo de los planes correctivos de calidad del agua y así aportar desde el sector al cumplimiento de lo establecido en el Decreto 552 de 2011. Con esta actividad se mantienen las acciones de coordinación intersectorial para el acompañamiento de los sistemas de abastecimiento con el objetivo de que los sistemas tengan soportes técnico-administrativos y puedan dar cumplimiento a los compromisos que se establezcan en los planes correctivos que se formulen.

Tabla 92. Actividades Realizadas Línea De Eventos Transmisibles De Origen Zoonotico.

ACTIVIDAD	NÚMERO
Esterilización canina y felina	31.464 animales intervenidos 11401 hembras caninas y 10717 hembras felinas; 3893 machos caninos y 5453 machos felinos
Vacunación antirrábica animal	123.057 animales
Control de Insectos	259.058 metros



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Control de Roedores	336.850 metros
Recolección canina y felina selectiva en vía pública	Entre Julio y diciembre de 2016 se atendieron 65 solicitudes de recolección selectiva y han ingresado al Centro de Zoonosis 392 animales (328 caninos y 64 felinos); se entregaron en adopción 435 animales (338 caninos y 97 felinos).

Fuente: Empresas Sociales del Estado – Aplicativo SISA, Agosto – diciembre de 2016.

Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100% de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3ª generación en salud ambiental priorizados para Bogotá D.C., en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.

Diseño:

- Desarrollo de planes de acción para la implementación y divulgación de estrategias de promoción, prevención y vigilancia de efectos en salud y eventos crónicos como cáncer ocupacional por exposición laboral a sustancias cancerígenas, los cuales fueron puestos en conocimiento de los equipos de la SDS que intervienen trabajadores informales y empresas formales por medio de 6 capacitaciones a 124 personas.
- Establecimiento de acciones para el diseño de protocolos requeridos en vigilancia de 1ra y 2da y 3ra generación, relacionadas con la vigilancia epidemiológica y ambiental de casos intoxicación crónica por mercurio y plomo. Se avanzó en los documentos de Investigación (Sistema de Alertas temprana, Relación con la distribución de las enfermedades sensibles al clima y el niño oscilación del sur (ENOS) 2009-2015 y efectos en salud relacionados con islas de calor) y elaboración del Plan Territorial de Adaptación al cambio climático del componente de salud ambiental desarrollados desde la vigilancia epidemiológica y ambiental de cambio climático.
- En lo concerniente a la exposición a plomo suspendido en el aire y efectos en salud en niños escolares entre 6-14, se seleccionaron 37 Instituciones Educativas priorizadas en el Distrito Capital y se elaboró el protocolo para la implementación de la vigilancia en salud y ambiental, del cual se realizó un pilotaje en las Localidades de Kennedy y Puente Aranda para la vigilancia en salud.

Implementación:

- Seguimiento a 21 eventos de emergencias en salud pública relacionados con intoxicaciones por sustancias químicas. Sobre estos eventos se realizó asistencia técnica, realimentación, consolidación y remisión al Instituto Nacional de Salud, de los informes de las Investigaciones Epidemiológicas de campo (IEC). De estos 21 casos, 12 correspondieron a brotes y 9 a alertas epidemiológicas.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

- A través del Programa de Tecnovigilancia desde la SDS se realizaron 8 asistencias técnicas a 4 subredes y 4 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se analizaron 769 reportes y se recepcionó y realizó seguimiento de 1130 eventos e incidentes adversos no serios capturados a través del Programa.
- En el programa de Farmacovigilancia, durante el periodo agosto - diciembre de 2016, se desarrolló el piloto de farmacovigilancia activa en la Subred Norte: se revisaron 220 historias clínicas, se identificaron y analizaron 29 eventos adversos a medicamentos. Del reporte de eventos adversos a medicamentos en el mismo periodo, se realizó captura, identificación y análisis de 4009 de sospecha de eventos adversos a medicamentos, se realizó realimentación de 3864 casos correspondientes al periodo julio a noviembre de 2016, 90 visitas a IPS y se actualizó en farmacovigilancia a 176 personas. Fuente: informes programa farmacovigilancia Subred Norte.
- En relación a la vigilancia de rabia se realizó seguimiento a 1.812 animales (1.519 caninos y 293 felinos), esta actividad forma parte del programa de vigilancia integrada de la rabia, por lo que la vacunación antirrábica animal y la administración oportuna del tratamiento antirrábico humano aportan igualmente a la prevención y control de esta enfermedad.

Adicionalmente durante el periodo Julio – diciembre de 2016, se remitieron 112 muestras de animales, esta actividad forma parte del programa de vigilancia de la rabia.

- En relación con las acciones de cambio climático, se elaboraron los boletines informativos epidemiológicos No. 81, 82, 83 y 84 con la relación clima salud; se consolidan las bases de datos de los monitoreos realizados para las enfermedades sensibles al clima, factores meteorológicos lluvia, humedad relativa, temperatura, radiación solar, ozono, velocidad y dirección del viento hasta semana 47 del año 2016 e IUUV y eventos climáticos extremos hasta el mes de diciembre 2016; se consolida los indicadores para el mes noviembre 2016; se realizaron 125 capacitaciones a través de las UPSS de Pablo VI Bosa, Chapinero, San Cristóbal, Tunjuelito y Engativá, sensibilizando a 1124 mujeres y 872 hombres en temas de cambio climático y salud. Se han aplicado 633 encuestas de percepción acerca de los efectos en salud por radiación ultravioleta en las localidades de Barrios Unidos, Chapinero, Teusaquillo, Usme y Usaquén. Se realizaron 287 encuestas de percepción relacionadas con los factores de riesgo asociados con eventos climáticos extremos en las localidades de Antonio Nariño, Engativá, Ciudad Bolívar, Usme, Santa Fe, Puente Aranda, Teusaquillo, Suba y Usaquén.
- En cuanto a la determinación de la exposición a plomo suspendido en el aire y efectos en salud en niños escolares entre 6-14 años en zonas priorizadas, se han realizado apertura a 163 historias clínicas, igualmente se realizaron 163 encuestas de exposición ambiental a plomo en la población infantil en las localidades de Puente Aranda, Kennedy, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe. Se evaluó el desempeño cognitivo y efectos neurotóxicos a 14 estudiantes, mediante el desarrollo de test psicométricos. Finalmente se tomaron 22 pruebas en sangre a

estudiantes de la IED Silveria Espinosa de Rendón, ubicada en la localidad de Puente Aranda.

- En lo concerniente a la Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, se cuenta con los siguientes resultados: 156 boletines publicados en el Distrito, Se analizó por localidad de la relación entre los eventos en salud y la calidad del aire en Bogotá, aplicación de 11.815 encuestas a personas para la vigilancia de calidad del aire, 2.404 encuestas en radiación electromagnética y 3.316 personas para la vigilancia de ruido, atención de 73 quejas en temas de aire, 126 en el tema de olores, 33 por consumo de tabaco y 130 por ruido. Realización de 834 operativos de ambientes 100% libres de humos de tabaco, y se reportaron por IVC 1398 incumplimientos de establecimientos abiertos al público en concordancia con lo establecido en la ley 1335 de 2009.

Adicionalmente se realizaron 478 sensibilizaciones en temas de aire 335 en temas de tabaco, 174 en monóxido, 432 en la temática de ruido y 91 en la temática de radiación electromagnética y 3309 audiometrías realizadas a la población incluida en la vigilancia de los posibles efectos en salud por exposición a ruido.

- La SDS, propone, construye, desarrolla y lidera técnicamente el OSAB traducido en las acciones desarrolladas por la Subred Sur Occidente para el periodo en mención.

En la operación del Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá – OSAB, que la SDS, propone, construye, desarrolla y lidera técnicamente, se realizó actualización de todos los procesos establecidos, obteniendo como resultado los módulos de: indicadores distritales y por localidad (222), de documentos (563), glosario (345) y mapas (212). Se desarrolló la aplicación para el normograma y se alimentó con la respectiva información. Se construye la aplicación graficador, con el cual se hace posible que el usuario realice su indicador a partir de la información almacenada en el OSAB. Se desarrollaron actividades de cartografía social y se elaboró el anuario de Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2015 y el boletín epidemiológico del OSAB 2016. Se socializó el OSAB en los espacios establecidos y cada uno de los temas priorizados en salud ambiental fueron divulgados en redes sociales y piezas de comunicación elaboradas, implementando así la estrategia de comunicación y divulgación del OSAB diariamente.

Adicionalmente, en el marco de las estrategias Investigación y Gestión del Conocimiento, correspondientes a la operación del Observatorio de Salud Ambiental, se construye la matriz de factores de deterioro ambiental de ciudad por localidades.

Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo concejo Distrital de Salud ampliado.

Para el año 2016 (6 meses) se proyectó un cumplimiento de 0.20 y se logró 0.15



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Salud Ambiental

38. Caninos y felinos esterilizados.

a. Total Bogotá.

En el año 2016 se realizaron en el Distrito Capital un total de: 63.454 procedimientos de esterilización quirúrgica en caninos y felinos (hembras y machos), incluyendo las actividades que se realizaron en el Centro de Zoonosis.

b. desagregado por localidades.

A continuación se describe las intervenciones realizadas en el año 2016, discriminadas por localidad, especie y sexo.

Tabla 93. Número de Esterilizaciones Realizadas por Localidad. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidad	Hembras Caninas	Hembras Felinas	Machos Caninos	Machos Felinos	Total
Usaquén	790	976	482	671	2.919
Chapinero	475	406	233	245	1.359
Santafé	311	327	72	147	857
San Cristóbal	2129	1894	649	807	5.479
Usme	2532	2254	667	721	6.174
Tunjuelito	910	804	234	225	2.173
Bosa	1906	1890	369	477	4.642
Kennedy	2873	2796	418	612	6.699
Fontibón	634	562	178	221	1.595
Engativá	1083	1183	540	744	3.550
Suba	1970	1858	703	1018	5.549
Barrios Unidos	368	611	174	329	1.482
Teusaquillo	141	198	68	119	526
Los Mártires	409	516	231	343	1.499
Antonio Nariño	542	565	228	310	1.645
Puente Aranda	449	419	117	136	1.121
Candelaria	283	297	102	162	844
Rafael Uribe	2059	1869	803	1122	5.853



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ciudad Bolívar	3232	2795	754	912	7.693
Sumapaz	88	49	27	17	181
Centro De Zoonosis	574	315	466	259	1.614
Total	23.758	22.584	7.515	9.597	63.454

Fuente: SISA- Subredes Integradas de Atención en Salud E.S.E.

39. Vigilancia activa de Rabia (cobertura de vacunación antirábica animal).

a. Total Bogotá.

En el año 2016 se vacunó por parte del sector público un total de 323.001 animales de los cuales 220.385 fueron caninos y 102.616 fueron felinos. Con respecto al sector privado, se vacunó cerca de 428.339 animales de los cuales 323.946 fueron caninos y 104.393 fueron felinos. Con una cobertura de 63%.

b. desagregado por localidades y c. Desagregado por caninos y felinos.

Tabla 94. Vacunación Antirábica Animal por Localidad y por Especie. Bogotá D.C. Año 2.016.

Localidades	Caninos Vacunados	% Cobertura	Felinos Vacunados	% Cobertura	Total	% Cobertura Total
Usaquén	23327	58%	8102	94%	31.429	65%
Chapinero	12639	62%	4204	102%	16.843	69%
Santa Fe	7389	61%	3097	216%	10.485	77%
San Cristóbal	25631	90%	10680	225%	36.312	109%
Usme	71018	47%	27403	45%	98.421	46%
Tunjuelito	15236	55%	5454	68%	20.690	58%
Bosa	17619	75%	7682	246%	25.301	95%
Kennedy	86790	55%	34235	148%	121.025	66%
Fontibón	8850	61%	3461	103%	12.312	69%
Engativá	60316	61%	21711	51%	82.027	58%
Suba	83093	68%	30722	48%	113.815	61%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Barrios Unidos	6819	77%	2186	107%	9.005	83%
Teusaquillo	16008	70%	5295	156%	21.304	81%
Los Mártires	5443	75%	2267	80%	7.710	76%
Antonio Nariño	12728	55%	4898	88%	17.626	61%
Puente Aranda	13436	62%	4908	265%	18.343	78%
La Candelaria	1878	84%	874	48%	2.752	68%
Rafael Uribe	35813	66%	14479	66%	50.292	66%
Ciudad Bolívar	39384	60%	15210	51%	54.594	57%
Sumapaz	914	186%	140	88%	1.054	162%
Total	544331	60%	207008	71%	751.339	63%

Fuente: Formato SV1, año 2016

40. Resultados de las mediciones intramurales de contaminación del aire por PM.

a. Total Bogotá y b. desagregado por localidades:

La Secretaría Distrital de Salud con el apoyo de la academia en el marco de las competencias establecidas en la Ley 675 de 2001, por medio de la cual se expide el régimen de propiedad horizontal, realizó en el segundo semestre del año 2015 y primer semestre del año 2016 un monitoreo de niveles de Material Particulado Total PST y determinación de plomo a nivel intramural en 37 colegios Distritales en la ciudad generando un total de 152 muestras que fueron procesadas en la unidad de Toxicología del Laboratorio de Salud Pública.

La selección de estos se realizó con base en una metodología denominada análisis acumulativo de riesgo de exposición que contemplo la densidad de fuentes fijas de contaminación, niveles de calidad del aire, variables climáticas, tráfico vehicular, y por ultimo una variable de vulnerabilidad determinada por el estrato; es así que se seleccionaron instituciones en una misma localidad de mayor y menor exposición a contaminantes del aire.

Posterior a la determinación de estas zonas, se procedió a cuantificar las concentraciones de plomo en el material particulado en los microambientes escolares por medio de la implementación del monitoreo en 18 localidades de Bogotá, en 37 colegios distritales en toda la ciudad a un flujo de 2.5 l/m utilizando para ello calibrador de Burbuja antes de cada muestreo, de manera que permita recoger material particulado suspendido total suficiente para poder realizar la determinación de plomo en el laboratorio.

Mapa 1. Colegios monitoreados en Bogotá 2015-2016.

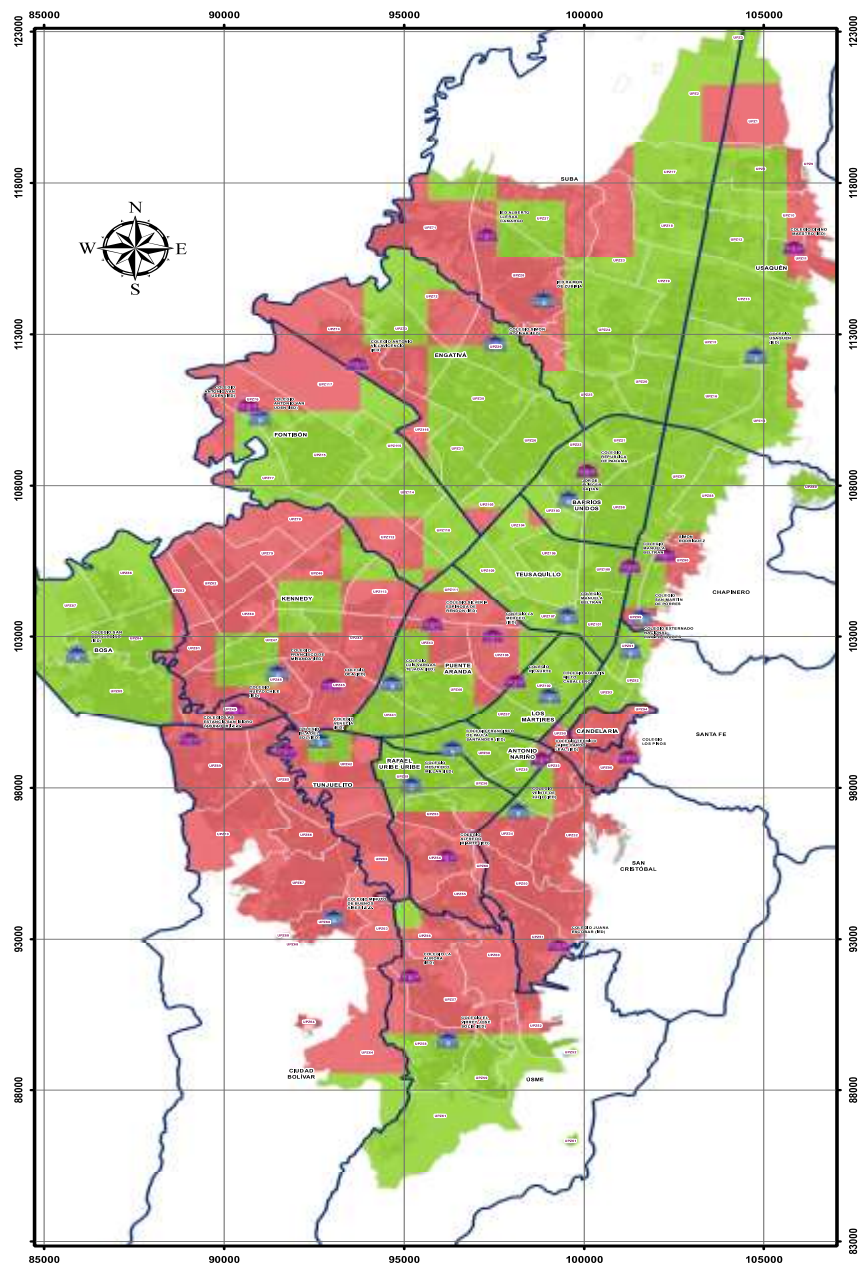
Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética. Secretaría de Salud de Bogotá

Las concentraciones más altas de partículas suspendidas totales (mayor a $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$) se presentaron en los colegios de mayor exposición en las localidades de Ciudad Bolívar, Barrios Unidos, Bosa y Puente Aranda; sin embargo en una misma localidad se pueden tener diferentes gradientes de concentración, es así que los colegios de menor exposición de las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usaquén presentaron niveles entre 30 a

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



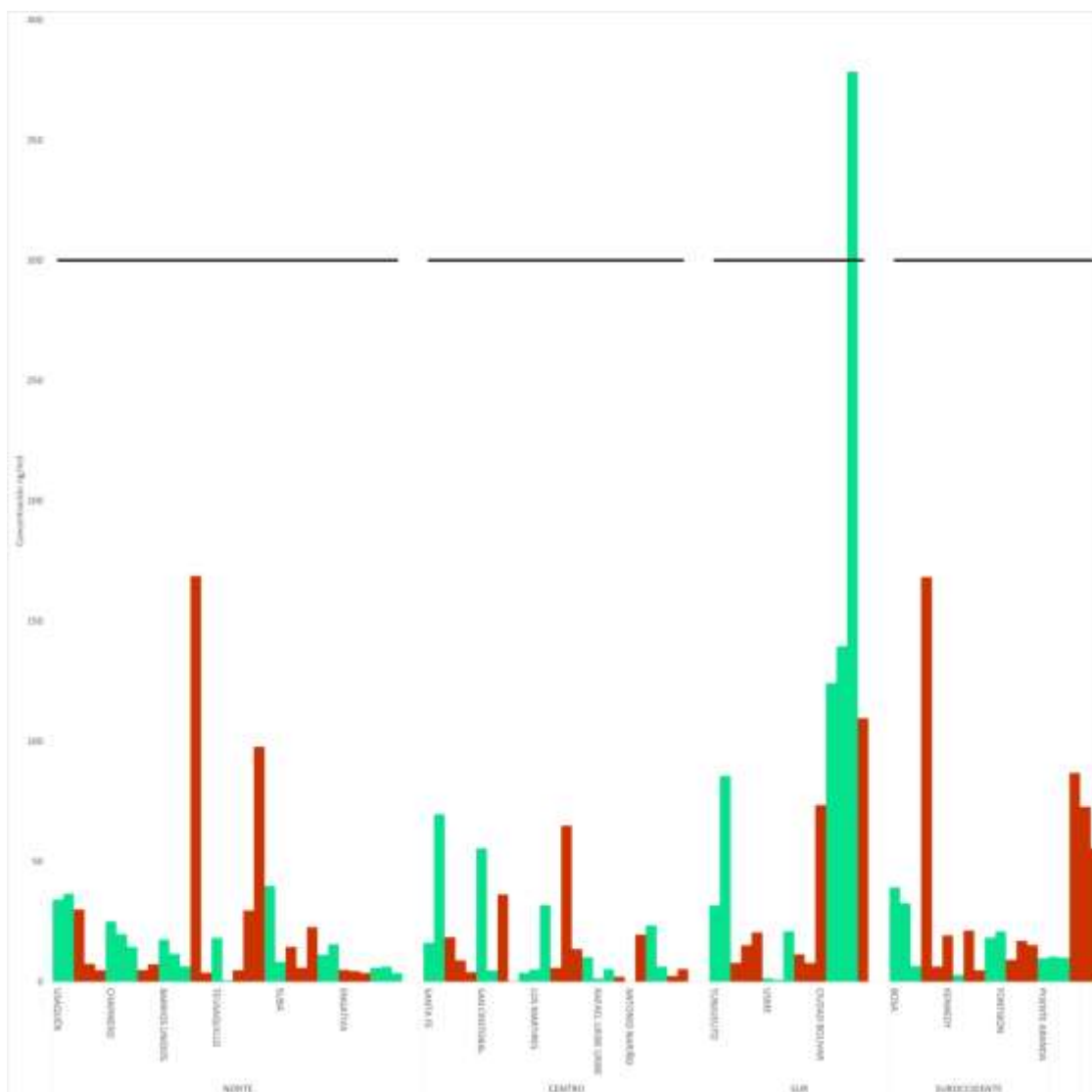
**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)

Ilustración 3. Concentración De Partículas Suspendidas Totales Al Interior De Instituciones Educativas En Bogotá 2015-2016



Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

En la Ilustración 3. Concentración De Partículas Suspendidas Totales Al Interior De

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Instituciones Educativas En Bogotá 2015-2016 ilustración 1. Se observan las concentraciones de partículas suspendidas totales medidas al interior de instituciones educativas en las diferentes localidades y agrupadas por zona de la ciudad (Norte, Centro, Sur y Suroccidente) evidenciando que la zona sur (especialmente la localidad de Ciudad Bolívar) registro las concentraciones más altas comparado con el resto de la ciudad, la cual a su vez se encontró el punto que sobrepaso la norma 24 horas para este contaminante con una valor de $378 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Para el caso de las concentraciones de plomo suspendido en el aire los colegios catalogados de mayor exposición de las localidades de Bosa, Puente Aranda y Ciudad Bolívar presentaron concentraciones por encima de $10 \text{ ng}/\text{m}^3$, al igual que los colegios de menor exposición monitoreados en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y San Cristóbal.

Con base en los resultados obtenidos del monitoreo (concentraciones de partículas suspendidas totales y plomo) se realizó un análisis de los datos mediante el coeficiente de correlación (r), de igual manera, se tomaron las concentraciones de material particulado PM_{10} y $\text{PM}_{2.5}$ arrojados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire e Bogotá que es administrada por la Secretaría Distrital de Ambiente, así como de la calificación de los cuadrantes de monitoreo según los grupos de mayor y menor exposición definidos.

Este análisis está compuesto de una primera parte descriptiva (comparación de medias) y una segunda parte de análisis bivariado en el cual se realizó una prueba t para los promedios según exposición.

Tabla 95. Estadísticos Descriptivos Concentraciones De Contaminantes Medidos En Bogotá 2015-2016.

Tipo de Exposición	Contaminante	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Mayor	PLOMO (ng/m^3)	49	0	41,571	6,25441	9,940937
	PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	49	0,149	378,518	34,9946	64,682323
	PM_{10} ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	49	16,2	114	49,187	25,344939
	$\text{PM}_{2.5}$ ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	49	6,56	46,25	22,4926	10,805316
	CUADRANTE	49	41,34	62,19	52,4045	5,584568
Menor	PLOMO (ng/m^3)	44	0	38,389	4,99561	7,568981
	PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	44	0,102	124,163	23,6401	27,759868



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	PM ₁₀ (µg/m ³)	44	16,2	71,37	40,2896	14,633345
	PM _{2,5} (µg/m ³)	44	5,44	42,87	20,3613	9,782324
	CUADRANTE	44	27,474	54,7	41,3724	6,062297

Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

Desde el punto de vista descriptivo, para el caso del plomo y las partículas suspendidas totales (PST), se encontró que conforme a las medias de las zonas de exposición, la catalogada como de mayor exposición presento concentraciones más elevadas comparadas con la de menor exposición. Esta situación también se presenta con los datos de los dos contaminantes analizados de la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá.

Continuando con el análisis bivariado, se realizó una prueba para evaluar la igualdad de las varianzas (prueba de Levene) de los datos, con el fin de poder aplicar la prueba t dada que la condición inicial para desarrollarla es que se presente una homogeneidad de las varianzas en los dos grupos, siendo esta la hipótesis nula.

Tabla 96. Prueba de muestras independientes concentraciones de contaminantes medidos en Bogotá 2015-2016

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Grados de libertad	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
PST	Se asumen varianzas iguales	5,076	0,027	1,078	91	0,284	11,354506	10,530914	-9,563862	32,272873



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Grados de libertad	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
	No se asumen varianzas iguales			1,119	66,584	<u>0,267</u>	11,354506	10,143846	- 8,895021	31,604033
PLOMO	Se asumen varianzas iguales	2,018	0,159	0,681	91	<u>0,498</u>	1,258798	1,848294	- 2,412611	4,930207
	No se asumen varianzas iguales			0,691	88,71	0,491	1,258798	1,821761	- 2,361166	4,878761
PM10	Se asumen varianzas iguales	7,246	0,008	2,042	91	0,044	8,897391	4,356631	0,243478	17,551304
	No se asumen varianzas iguales			2,099	78,22	<u>0,039</u>	8,897391	4,239836	0,4569	17,337882
PM2,5	Se asumen varianzas iguales	0,092	0,763	0,993	91	<u>0,323</u>	2,131293	2,146391	- 2,132249	6,394834
	No se asumen varianzas iguales			0,998	90,992	0,321	2,131293	2,134857	- 2,109343	6,371928



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Grados de libertad	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
CUADRA NTE	Se asumen varianzas iguales	0,004	0,949	9,134	91	0	11,032126	1,207763	8,633053	13,4312
	No se asumen varianzas iguales			9,094	87,82	0	11,032126	1,213152	8,621173	13,44308

Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

De lo anterior se puede concluir que para el caso del material particulado PM₁₀, la diferencia de los promedios son significativos entre las zonas de mayor y menor exposición, al igual que la calificación de los cuadrantes.

Finalmente, se realizaron las correlaciones según zona de exposición entre plomo (variable dependiente) y las demás variables (PST, PM₁₀, PM_{2,5} y calificación de cuadrante) que son las variables independientes para determinar si los cambios de estas influyen en el comportamiento de la concentración del plomo suspendido en el aire.

Tabla 97. Correlación De Plomo Suspendido En El Aire Con Contaminantes Medidos En Bogotá 2015-2016

Exposición		Coeficiente de correlación ®	PM ₁₀	PM _{2,5}	PST	Calificación cuadrante
Mayor	Plomo	r	0,45	0,45	0,42	0,119



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Menor		Sig. (unilateral)	0	0	0	0,208
		n	49	49	49	49
	Plomo	r	0,27	0,13	0,63	0,23
		Sig. (unilateral)	0,04	0,21	0	0,066
		n	44	44	44	44

Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

De lo anterior se puede observar que la concentración de plomo depende del comportamiento del material particulado es sus diferentes diámetros de partícula, siendo la correlación del plomo con las Partículas Suspendidas Totales (PST) la que representa el mayor coeficiente en comparación con el material particulado PM₁₀ y Pm_{2.5}, lo que quiere decir que entre el diámetro de la partícula sea mayor, hay mayor afinidad entre el plomo y la partícula.

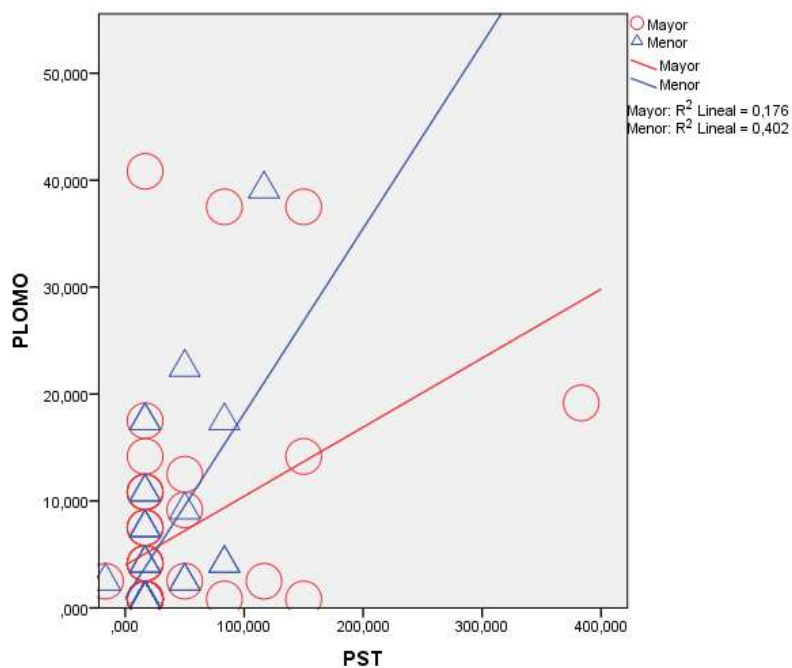
Sin embargo, se debe tener en cuenta que para el caso de las Partículas Suspendidas Totales (PST) el monitoreo realizado fue intramural en donde se reportó mayor correlación del plomo en la zona de menor exposición como se ve en

, en comparación con las correlaciones obtenidas para material particulado PM₁₀, PM_{2.5} dado que se tomaron los datos de fuentes secundarias y el sistema de medición de la concentración es diferente logrando controlar más variables confusoras.

Ilustración 4. Diagrama de dispersión entre plomo y Partículas Suspendidas Totales según zona de exposición.

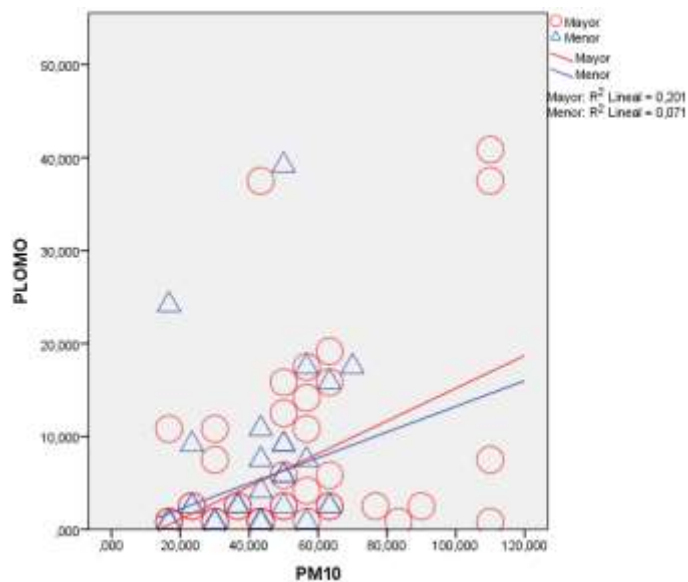


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

Ilustración 5. Diagrama de dispersión entre plomo y PM_{10} según zona de exposición



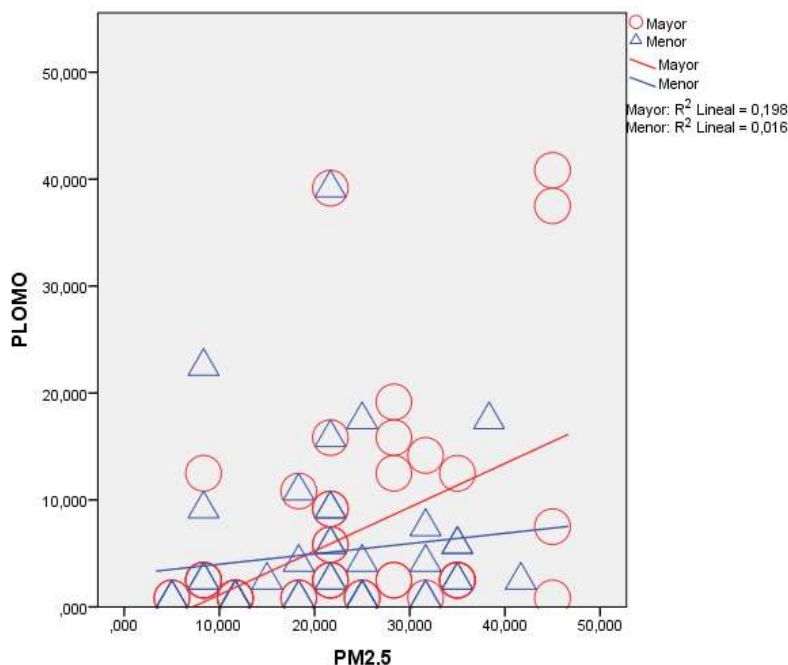
Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Por otro lado, para el material particulado PM 2.5 no se presentó una correlación significativa para la zona de menor exposición, lo anterior dado probablemente porque el diámetro de la partícula es más pequeño y la contaminación es menor.

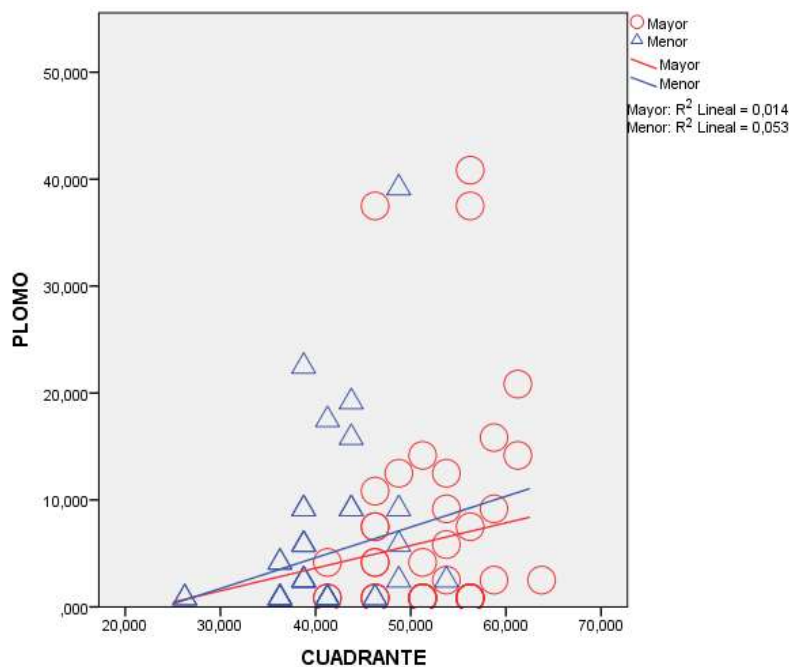
Ilustración 6. Diagrama de dispersión entre plomo y PM_{2.5} según zona de exposición



Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

Ahora bien, para el caso de la selección de los cuadrantes, la correlación entre el plomo y la calificación dada no fue significativa para los catalogados como de mayor exposición, sin embargo para los definidos como de menor exposición si fue significativo como se evidencia en la gráfica.

Ilustración 7. Diagrama de dispersión entre plomo y calificación de cuadrantes según zona de exposición



Fuente: Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

41. Vigilancia intoxicación por monóxido de carbono CO.

a. Total Bogotá.

De acuerdo con datos preliminares de los registros de la base SIVIGILA, durante el año 2016 se notificaron 68 casos de intoxicación aguda por monóxido de carbono ocurridos en el Distrito Capital.

b. Desagregado por localidades.

Tabla 98. Distribución De Intoxicaciones Agudas Por Monóxido De Carbono, Por Localidad De Ocurrencia. Bogotá D.C., Año 2016.

Localidad	No. De Casos	Porcentaje Absoluto
Usaquén	17	25.0%
Suba	12	17.6%
Fontibón	8	11.8%

Engativá	6	8.8%
Chapinero	4	5.9%
Los Mártires	4	5.9%
Puente Aranda	4	5.9%
San Cristóbal	3	4.4%
Kennedy	3	4.4%
La Candelaria	2	2.9%
Ciudad Bolívar	2	2.9%
Usme	1	1.5%
Bosa	1	1.5%
Teusaquillo	1	1.5%
Santa Fe	0	0.0%
Tunjuelito	0	0.0%
Barrios Unidos	0	0.0%
Antonio Nariño	0	0.0%
Rafael Uribe Uribe	0	0.0%
Sumapaz	0	0.0%
Total	68	100.0%

Fuente. SIVIGILA, corte a semana 52 de 2016. Fecha consulta: 06/02/2016. Datos preliminares

42. Vigilancia epidemiológica intoxicación por metales pesados.

a. Total Bogotá.

De acuerdo con datos preliminares de los registros de la base SIVIGILA, durante el año 2016 se notificaron 25 casos de intoxicación aguda por metales pesados ocurridos en el Distrito Capital.

b. Desagregado por localidades.

Tabla 99. Distribución de intoxicaciones agudas por metales pesados, por localidad de ocurrencia. Bogotá D.C., año 2016.

Localidad	No. De Casos	Porcentaje Absoluto
Bosa	8	32.0%
Suba	4	16.0%
Barrios Unidos	4	16.0%
San Cristóbal	2	8.0%
Tunjuelito	2	8.0%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Kennedy	1	4.0%
Fontibón	1	4.0%
Engativá	1	4.0%
Los Mártires	1	4.0%
Ciudad Bolívar	1	4.0%
Usaquén	0	0.0%
Chapinero	0	0.0%
Santa Fe	0	0.0%
Usme	0	0.0%
Teusaquillo	0	0.0%
Antonio Nariño	0	0.0%
Puente Aranda	0	0.0%
La Candelaria	0	0.0%
Rafael Uribe Uribe	0	0.0%
Sumapaz	0	0.0%
Total	25	100.0%

Fuente: SIVIGILA, corte a semana 52 de 2016. Fecha consulta: 06/02/2016. Datos preliminares

43. Avances y resultados del Consejo territorial de salud ambiental.

El CONPES 3550 de 2008, establece en el objetivo 1 de su plan de acción, la articulación de la política y la gestión de las entidades y desarrollar e implementar procesos y procedimientos tendientes al fortalecimiento de la gestión intersectorial, inter e intrainstitucional en el ámbito de la salud ambiental; es así que para esto se hace necesario Instrumentos de planificación y espacios de participación comunitaria activos, dinámicos y con capacidad de decisión, para lo cual se hace necesario crear espacios interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente a nivel territorial denominados Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA.

Por lo anterior, en Bogotá, el Decreto Distrital 23 de 2011, reglamenta las Comisiones Intersectoriales del Distrito Capital", y por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, la Protección Ambiental, el Ecurbanismo y la Ruralidad del Distrito capital (CISPAER); dentro de sus funciones está la de "Coordinar la implementación de la Política Distrital de Salud Ambiental una vez sea adoptada, y su articulación en el marco de la gestión distrital".

De lo cual, la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011 - 2023, que fue aprobada en el marco del Sistema de Coordinación de la Administración Distrital, en sesión del Comité Sectorial de Desarrollo de los Sectores de Ambiente en julio 28 de 2011, y de Salud en agosto 18 del mismo año, y, adicionalmente, en la Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, Protección Ambiental, Ecurbanismo y Ruralidad - CISPAER, en Agosto 18 de 2011 y en sesión del Consejo de Gobierno Distrital el 10 de

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Noviembre de 2011, como máxima instancia de fijación de Políticas Públicas, en el marco del Sistema de Coordinación de la Administración Distrital señalado en el Acuerdo 257 de 2006. Dicha instancia es el Consejo Territorial de Salud Ambiental en el Distrito Capital.

Como objetivo, la CISPAER debe articular la ejecución e implementación de las políticas públicas ambientales o con injerencia ambiental que se adopten en el Distrito Capital, y en especial, respecto de la Políticas Distritales de Salud Ambiental, de Ruralidad y el componente ambiental de las Políticas Económicas y de Movilidad. Igualmente la ejecución de las políticas relacionadas con la gestión estratégica integral del Ecorrbanismo y del desarrollo rural en el Distrito Capital y la región en general, propendiendo por un equilibrio ambiental del territorio y, por tanto, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

Es así, que el Decreto 596 de 2011, establece en el artículo 8, que corresponde a la Secretaría Distrital de Salud y a la Secretaría Distrital de Ambiente, la coordinación del proceso de implementación de la Política Distrital de Salud Ambiental y la implementación se realizará por parte de las diferentes entidades de la Administración Distrital y la Administración Local, según su competencia, a través de la Mesa de Salud Ambiental de la CISPAER, en observancia de las disposiciones contenidas en el Decreto Distrital 23 de 2011 o de aquellas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan. Por ende, la coordinación de la mesa de salud ambiental se rota entre las dos entidades de manera anual como se muestra a continuación:

AÑO	RESPONSABLE
2012	Secretaría Distrital de Salud
2013	Secretaría Distrital de Ambiente
2014	Secretaría Distrital de Salud
2015	Secretaría Distrital de Salud
2016	Secretaría Distrital de Ambiente
2017	Secretaría Distrital de Salud

Entre los principales avances obtenidos están:

- Formulación de Modelo de Gestión de la Salud Ambiental.
- Construcción, implementación y seguimiento a los planes de acción por línea de intervención de la Política de Salud Ambiental.
- Coordinación para la construcción, seguimiento, implementación y actualización de los planes de acción de salud ambiental (PALSA) a nivel Local.
- Participación en el proceso de formulación e la Política Integral de Salud Ambiental a nivel nacional.
- Posicionamiento de la Política de Salud Ambiental en las sesiones de la Comisión Ambiental Local (CAL) como espacio de representación del COTSA a nivel local.
- Socialización de la Política de Salud Ambiental a nivel comunitario en 104 espacios abordando 2782 personas.

44. Número de casos de abuso de sustancias psicoactivas.

a. Total Bogotá; d. Desagregado por localidades y c. Desagregado por sexo.

Tabla 100. Casos de Abuso De Sustancias psicoactivas (VESPA), Según Localidad. Bogotá D.C, año 2016

Localidad	Hombre	Mujer	Total General
Antonio Nariño	53	14	67
Barrios Unidos	48	12	60
Bosa	650	259	909
Candelaria	24	5	29
Chapinero	70	25	95
Ciudad Bolívar	439	145	584
Engativá	264	54	318
Fontibón	118	39	157
Kennedy	504	84	588
Mártires	982	207	1189
Puente Aranda	616	128	744
Rafael Uribe	255	50	305
San Cristóbal	661	333	994
Santa Fe	344	86	430
Suba	984	404	1388
Teusaquillo	96	30	126
Tunjuelito	341	65	406
Usaquén	223	88	311
Usme	630	393	1023
N.A.	455	91	546
Total general	7757	2512	10269

Fuente: Base de datos VESPA 2016

b. Tipo de abuso de alcohol, tabaco e inhalables, heroína y otras.

Tabla 101. Casos de Abuso De Sustancias Psicoactivas (VESPA), Según Tipo De Droga. Bogotá D.C, año 2016

Tipo de droga	Hombre	Mujer	Total
---------------	--------	-------	-------



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

			general
Alcohol	3200	1344	4544
Tabaco (Cigarrillo)	2330	677	3007
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	321	84	405
Heroína	95	20	115
Otras	267	66	333
Total general	6213	2191	8404

Fuente: Base de datos VESPA 2016

e. Desagregado por etapas del ciclo vital.

Tabla 102. Casos de abuso de sustancias psicoactivas(VESPA), según grupo etario. Bogotá D.C, año 2016

Grupo etario	Hombre	Mujer	Total general
De 6 - 13 años	195	98	293
De 14 - 17 años	2772	1165	3937
De 18 - 26 años	2321	653	2974
De 27 - 44 años	1756	448	2204
De 45 - 59 años	609	125	734
De 60 - 69 años	92	20	112
De 70 - 79 años	11	3	14
De 80 - 99 años	1	0	1
Total general	7757	2512	10269

Fuente: Base de datos VESPA 2016