

INFORME BOGOTA COMO VAMOS

RADICADO 2018er11463 DEL 14/02/2018

Contenido

Cobertura SSA	7
Convivencia social y salud mental	13
Seguridad alimentaria y nutricional	30
Sexualidad derechos sexuales y reproductivos:.....	60
Mortalidad General	105
Mortalidad evitable.....	108
Morbilidad transmisible.....	134
Condiciones no transmisibles	157
Equipamientos SSA	164
Seguimiento al cumplimiento de las metas PDD ASIS	166
Salud Ambiental	215
Información histórica para el Índice de Progreso Social – IPS del programa BCV	233

Gráfico 1. Tendencia de la desnutrición aguda en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017.....	31
Gráfico 2. Muertes por enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas en menores de 70 años. Bogotá, 2005-2015 + 2016p*	177
Gráfico 3. Índice de Riesgo para la Calidad del Agua potable de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. 2013 – 2017	186
Gráfico 4. Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento, Bogotá D.C. 2013 – 2017	187

Tabla 1. Número y porcentaje de población cubierta bajo el SGSSS, Bogotá 2015 – 2017.....	7
Tabla 2. Número y porcentaje de población desagregado por sexo. Bogotá 2015 y 2016.....	8
Tabla 3.1. Número y porcentaje de población desagregado por sexo. Bogotá 2017.....	8
Tabla 4. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2015.....	9

Tabla 5. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2016.....	10
Tabla 6. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2017.....	11
Tabla 7. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2015.	12
Tabla 8. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2016.	12
Tabla 9. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2017	13
Tabla 10 Población atendida en atención psicosocial por año.....	14
Tabla 11. Población atendida en atención psicosocial por año y localidad. Bogotá 2015 – 2017.	14
Tabla 12. Población atendida en atención psicosocial por año y sexo. Bogotá 2015 – 2017.	15
Tabla 13. Población atendida en atención psicosocial por año y curso de vida. Bogotá 2015 – 2017.	16
Tabla 14. Número de atenciones de habitantes de calle, 2015-2017	16
Tabla 15. Total de atenciones e individuos únicos por año y sexo.	17
Tabla 16. Total de atenciones e individuos únicos por año y grupo etario.	17
Tabla 17. Modalidades PAPSIVI individual, familiar. Bogotá.	20
Tabla 18. Modalidades PAPSIVI comunitaria. Bogotá.	21
Tabla 19. Población con discapacidad registrada y en condición “vivos”, según localidad de residencia, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares).	23
Tabla 20. Población con discapacidad registrada y en condición “vivos”, según grupo de edad, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares).....	24
Tabla 21. Población con discapacidad registrada y en condición “vivos”, según sexo, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares).....	25
Tabla 22. Número de atenciones de urgencia generadas para población inmigrante. Bogotá 2017.	26
Tabla 23. Número de atenciones de urgencia generadas para población venezolana. Bogotá 2017	27
Tabla 24. Número de personas venezolanas vacunadas por grupo de edad y biológico. Bogotá 2017.	27
Tabla 10. Prevalencia de DNT Aguda, Bogotá 2010 - 2017, Bogotá.	30
Tabla 25. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, captados por el SISVAN por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.	32
Tabla 26. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2015.....	34
Tabla 27. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2016.....	35
Tabla 28. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2017.....	36
Tabla 29. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN, por tipo de vinculación al sistema. Bogotá años 2015-2017	37
Tabla 31. Tendencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017	38

Tabla 32. Casos y prevalencia por localidad de residencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2015 – 2017.	40
Tabla 33. Prevalencia de desnutrición crónica por sexo y localidad. Bogotá 2015 y 2016.	41
Tabla 32. Prevalencia de desnutrición crónica por sexo y localidad de residencia. Bogotá 2017.	42
Tabla 33. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN por Régimen de Aseguramiento. Bogotá D.C. Años 2015 -2017	43
Tabla 34. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por localidad de residencia. Bogotá, 2015 -2017.....	45
Tabla 35. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por sexo y localidad de residencia. Bogotá, años 2015-2016.....	46
Tabla 36. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por sexo y localidad de residencia. Bogotá, año 2017	47
Tabla 37. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN por Régimen de Aseguramiento. Bogotá. Años 2015 -2017	48
Tabla 38. Casos y tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años, por localidad de residencia. Bogotá 2015, 2016 y 2017.	50
Tabla 39. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por edad, sexo, localidad de residencia y aseguramiento. Bogotá D.C. Años 2015 Vs. 2016.*	50
Tabla 40. Casos y proporción de bajo peso al nacer, por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.....	54
Tabla 41. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y sexo. Bogotá., 2015-2017	55
Tabla 42. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y tipo de afiliación. Bogotá D.C., 2015-2016	56
Tabla 43. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y tipo de afiliación. Bogotá D.C., 2017.....	57
Tabla 44. Mediana en meses de la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.	59
Tabla 45. Casos y razón de mortalidad materna por localidad. Bogotá 2015 – 2017	62
Tabla 46. Mortalidad materna según grupo de edad. Bogotá 2015 – 2017.	63
Tabla 47. Casos de mortalidad materna por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 - 2017.	64
Tabla 48. Casos y razón de morbilidad materna extrema según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.	69
Tabla 49. Casos y razón de morbilidad materna extrema, según grupo de edad. Bogotá 2015 – 2017.	70
Tabla 50. Casos y razón de morbilidad materna extrema por tipo de afiliación en salud. Bogotá 2015 – 2017.	70
Tabla 51. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal.	74
Tabla 52. Casos y Tasas Muerte Perinatal según localidad de residencia 2015-2017	75
Tabla 53. Comportamiento de la mortalidad perinatal según tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 – 2017.	77

Tabla 54. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.....	79
Tabla 55. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, según tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017.....	80
Tabla 56. Número de casos e Incidencia de sífilis congénita, según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.....	81
Tabla 57. Número de casos, porcentaje e incidencia de sífilis congénita por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 – 2017.....	82
Tabla 58. Número de casos y tasa de VIH/ Sida. Bogotá 2015 – 2017.....	86
Tabla 59. Casos y tasas de VIH por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.....	86
Tabla 60. Casos y tasa de VIH/Sida por tipo de afiliación al SGSSS.	88
Tabla 61. Casos de VIH/Sida por curso de vida. Bogotá 2015 – 2017.	88
Tabla 62. Casos y tasas de VIH-Sida desagregado por quinquenios. Bogotá 2015-2017.	89
Tabla 63. Casos de VIH-Sida, población procedente exterior, Bogotá 2005 - 2017	90
Tabla 64. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por localidad. Bogotá 2015, 2016 y 2017* ...	94
Tabla 65. Casos de Nacimientos, mortinatos y abortos, según tipo de afiliación al sistema. Bogotá 2015 – 2017*	95
Tabla 66. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por localidad. Bogotá 2015 – 2017*	98
Tabla 67. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017 ..	99
Tabla 68. Tasa de fecundidad específica de mujeres de 10 a 14 años. Bogotá 2015 – 2017.	100
Tabla 69. Tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 – 19 años. Bogotá 2015 – 2017.	101
Tabla 70. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Causal Bogotá D.C Años 2015-2016	103
Tabla 71. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Localidad de residencia. Bogotá D.C Años 2015-2016.....	104
Tabla 72. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Régimen. Bogotá, 2015-2016 ...	105
Tabla 73. Número de muertes y tasa de mortalidad general, por localidad. Bogotá 2015 y 2016..	106
Tabla 74. Mortalidad general por sexo. Bogotá 2015 y 2016.....	107
Tabla 75. Mortalidad general por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 y 2016	108
Tabla 76. Casos y tasa de mortalidad en menores de 1 año por localidad. Bogotá 2015 – 2017 ...	109
Tabla 77. Casos de mortalidad en menores de 1 año por localidad y sexo. Bogotá 2015 - 2017 ...	111
Tabla 78. Número de casos de mortalidad infantil en Bogotá D.C por afiliación al SGSSS, Años 2015- 2017.....	112
Tabla 79. Principales causas de mortalidad infantil agrupadas 6/67. Bogotá 2015 – 2017	113
Tabla 80. Número de casos y razón de mortalidad en menores de 5 años. Bogotá 2015 – 2017...	114
Tabla 81. Número de casos de mortalidad en menores de 5 años por sexo. Bogotá 2015 - 2017.	115
Tabla 82. Número de casos de mortalidad en menores de 5 años por tipo de afiliación a salud, Bogotá 2015 - 2017.....	117
Tabla 83. Casos y distribución porcentual de las causas de mortalidad en menores de 5 años. Bogotá 2015 - 2017	118
Tabla 84. Número de casos y razón de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá Años 2015-2017.....	124

Tabla 85. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por sexo. Bogotá Años 2015-2017.....	125
Tabla 86. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por tipo de afiliación. Bogotá Años 2015-2017.....	126
Tabla 87. Número de casos y razón de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2015- 2017.....	128
Tabla 88. Número de casos de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años por sexo. Bogotá D.C. Años 2015- 2017.....	129
Tabla 89. Número de casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años por tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017.....	131
Tabla 90. Número de muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá 2015 - 2017.....	132
Tabla 91. Muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA según sexo. Bogotá 2015 - 2017.....	133
Tabla 92. Muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA, según régimen de aseguramiento. Bogotá 2015 – 2017.....	133
Tabla 93. Casos confirmados de tos ferina. Bogotá 2015 – 2017.....	134
Tabla 94. Casos tos ferina confirmados por laboratorio, nexa epidemiológico y por clínica total Bogotá 2015, 2016, 2017.....	135
Tabla 95. Número de casos confirmados Tos ferina por Sexo a semana 52 2015, 2016 y 2017....	135
Tabla 96. Número de casos confirmados Tos ferina por localidad de residencia. Bogotá 2015 - 2017.....	136
Tabla 97. Número de casos confirmados Tos ferina por régimen de Seguridad social. Bogotá 2015 a 2017.....	137
Tabla 98. Número de casos confirmados Tos ferina por ciclo vital. Bogotá, años 2015 - 2017.....	137
Tabla 99. Número de casos de mortalidad por Tos ferina desagregado por sexo. Bogotá 2015....	138
Tabla 100. Número de casos de mortalidad por Tos ferina desagregado por localidades. Bogotá 2015.....	138
Tabla 101. Morbilidad consulta externa Red Adscrita, Bogotá 2015-2017.....	139
Tabla 102. Morbilidad consulta externa Red No Adscrita, Bogotá 2015-2017.....	140
Tabla 103. Coberturas de vacunación BCG, Bogotá 2015 - 2017.....	141
Tabla 104. Cobertura de Vacunación con BCG, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	142
Tabla 105. Cobertura de Vacunación con BCG, según Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	143
Tabla 106. Coberturas de vacunación, Polio, Bogotá 2015 – 2017.....	143
Tabla 107. Cobertura de Vacunación con Polio, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	144
Tabla 108. Cobertura de Vacunación con Polio, por tipo de afiliación. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	145
Tabla 109. Cobertura de vacunación Triple Viral, Bogotá, 2015 – 2017.....	145
Tabla 110. Cobertura de Vacunación con Triple Viral, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 Y 2017.....	145

Tabla 111. Coberturas de vacunación, Pentavalente, Bogotá 2015 – 2017.....	147
Tabla 112. Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	147
Tabla 113. Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	148
Tabla 114. Coberturas de vacunación, DPT, Bogotá 2015 – 2017.	149
Tabla 115. Cobertura de Vacunación con DPT, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	149
Tabla 116. Cobertura de Vacunación con DPT, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	150
Tabla 117. Cobertura de vacunación Anti Haemophilus influenzae tipo B. Bogotá 2015 - 2017	151
Tabla 118. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	152
Tabla 119. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	153
Tabla 120. Cobertura por Vacunación con fiebre amarilla. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	153
Tabla 121. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	154
Tabla 122. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	155
Tabla 123. Cobertura por Vacunación con Hepatitis B en niños menores de 1 año. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	155
Tabla 124. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.	156
Tabla 125. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B, , por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.....	157
Tabla 126. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá. Bogotá D.C., 2014+2015 + 2016p+2017pi*	158
Tabla 127. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá según sexo. Bogotá D.C., 2014+2015 + 2016p.....	158
Tabla 128. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según localidad de residencia. Bogotá, 2014- 2016p*	159
Tabla 129. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según tipo de afiliación. Bogotá, 2014- 2016p*	160
Tabla 130. Mortalidad atribuible a cáncer de cuello uterino según localidad de residencia. Bogotá, 2014-2015 + 2016p*	161
Tabla 131. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según tipo de afiliación al sistema, Bogotá, 2014-2015 + 2016p*.....	162
Tabla 132. Mortalidad atribuible a cáncer de mama según localidad de residencia. Bogotá, 2014-2015 + 2016p*	163

Tabla 133. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según tipo de afiliación al sistema, Bogotá, 2014-2015 + 2016p*	164
Tabla 134. Número de camas hospitalarias por 1000 habitantes. Bogotá años 2015, 2016 y 2017.	164
Tabla 135. Número de ambulancias por cada 100.000 habitantes. Bogotá años 2015, 2016 y 2017.	165
<i>Tabla 136. Comparativo de la mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. Años 2014-2017</i>	<i>168</i>
Tabla 137. Número de pacientes en lista de espera según órgano o tejido. Bogotá 2017.	207
Tabla 138. Número de caninos y felinos esterilizados. Bogotá 2015 - 2017.....	215
Tabla 139. Cobertura de vacuna antirrábica animal. Bogotá 2015 - 2017.....	216
Tabla 140. Cobertura de vacunación antirrábica, desagregada por caninos y felinos. Bogotá 2015 – 2017.....	217
Tabla 141. Concentración de PST por localidad.	218
Tabla 142. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2015 y tasa de incidencia correspondiente.....	220
Tabla 143. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2016 y tasa de incidencia correspondiente.....	221
Tabla 144. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2017 y tasa de incidencia correspondiente.....	222
Tabla 145. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2015 y tasa de incidencia correspondiente.....	225
Tabla 146. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2016 y tasa de incidencia correspondiente.....	226
Tabla 147. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2017 y tasa de incidencia correspondiente.....	227
Tabla 148. Casos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Bogotá 2015 - 2017.	230
Tabla 149. Casos de abuso de sustancias psicoactivas según droga de inicio y sexo. Bogotá 2015 - 2017.....	231
Tabla 150. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según localidad y sexo	231
Tabla 151. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según ciclo vital y sexo. Bogotá 2015 - 2017.	232

Cobertura SSA

1. Número y porcentaje de población que se encuentra cubierta bajo el Sistema General de Seguridad Social para los años 2015, 2016 y 2017.
 - a. Total Bogotá
 - b. Tipo de vinculación al sistema: régimen contributivo, régimen subsidiado, régimen de excepción, especial y población no afiliada.

Para los años 2015 a 2017 el mayor porcentaje de población se encuentra cubierta por el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. De manera general se observa una importante disminución en el número de población pobre no afiliada, respecto observado en el año 2015, lo que significa un aumento en la proporción de población cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en los últimos dos años.

Tabla 1. Número y porcentaje de población cubierta bajo el SGSSS, Bogotá 2015 – 2017.

Tipo de vinculación al sistema	2015		2016		2017	
	Cantidad	% del total	Cantidad	% del total	Cantidad	% del total
Afiliados por Régimen						
Afiliados Contributivo (activos y suspendidos)	6.072.240	77,10	6.181.534	77,50	6.228.465	77,10
Activos en Régimen Subsidiado	1.291.158	16,40	1.166.823	14,60	1.175.245	14,50
Regímenes de Excepción (estimado)	203.889	2,60	207.739	2,60	210.294	2,60
No afiliados (Tomados del SISBEN)	188.245	2,40	49.409	0,60	38.347	0,50
Total registrados en Bogotá	7.755.532	98,40	7.605.505	95,30	7.652.351	94,70
Proyección población DANE	7.878.783		7.980.001		8.080.734	

Fuente: * Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDU - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDU - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

- c. Desagregado por sexo

Por sexo, no se observan diferencias por régimen de afiliación en los años 2015, 2016 y 2017, las proporciones se mantienen de manera similar, en esta serie de años.

Tabla 2. Número y porcentaje de población desagregado por sexo. Bogotá 2015 y 2016.

Año	2015						2016					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
R. Contributivo	2.916.080	37,00	3.156.160	40,10	6.072.240	77,10	2.968.627	37,20	3.212.907	40,30	6.181.534	77,50
R. Subsidiado	601.860	7,60	689.298	8,70	1.291.158	16,40	534.080	6,70	632.743	7,90	1.166.823	14,60
No afiliados (datos SISBEN)	100.445	1,30	87.800	1,10	188.245	2,40	26.831	0,30	22.578	0,30	49.409	0,60
Total general	3.618.385	45,90	3.933.258	49,90	7.551.643	95,80	3.529.538	44,20	3.868.228	48,50	7.397.766	92,70

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Tabla 3.1. Número y porcentaje de población desagregado por sexo. Bogotá 2017.

Año	2017					
	Hombres		Mujeres		Total	
R. Contributivo	2.986.987	37,00	3.241.478	40,10	6.228.465	77,10
R. Subsidiado	536.918	6,60	638.327	7,90	1.175.245	14,50
No afiliados (datos SISBEN)	21.219	0,30	17.128	0,20	38.347	0,50
Total general	3.545.124	43,90	3.896.933	48,20	7.442.057	92,10

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

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

Para los años 2015 a 2017 no se observan diferencias en la distribución por tipo de régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por localidad. Las localidades en las que según distribución porcentual, se observan la mayor proporción de población cubierta por el régimen subsidiado son Santafé, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal, Bosa y La Candelaria. En las localidades de Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo, se observa que el mayor porcentaje de su población se encuentra cubierta por el régimen contributivo.

Tabla 4. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2015

Localidad	Régimen contributivo (Estimado)	%	Régimen de excepción (Estimado)	%	Régimen subsidiado	%	Total no afiliados (SISBEN)	%	Proyección DANE
Usaquén	441.267	89,31	18.775	3,80	30.330	6,14	4.118	0,83	494.066
Chapinero	121.018	87,78	2.895	2,10	9.191	6,67	883	0,64	137.870
Santa Fe	64.599	58,70	1.541	1,40	33.081	30,06	2.745	2,49	110.053
San Cristóbal	283.454	69,81	4.872	1,20	107.807	26,55	13.671	3,37	406.025
Usme	263.474	60,89	4.760	1,10	107.104	24,75	11.468	2,65	432.724
Tunjuelito	150.655	75,31	7.002	3,50	38.240	19,12	6.529	3,26	200.048
Bosa	412.149	63,72	10.349	1,60	143.580	22,20	20.501	3,17	646.833
Kennedy	803.693	75,15	32.084	3,00	138.543	12,95	34.334	3,21	1.069.469
Fontibón	317.552	83,47	12.935	3,40	26.154	6,87	6.467	1,70	380.453
Engativá	751.719	85,93	30.616	3,50	80.904	9,25	18.991	2,17	874.755
Suba	1.000.981	85,21	35.242	3,00	96.317	8,20	20.347	1,73	1.174.736
Barrios Unidos	218.185	90,55	6.265	2,60	14.450	6,00	1.759	0,73	240.960
Teusaquillo	144.250	95,47	7.101	4,70	2.158	1,43	287	0,19	151.092
Los Mártires	69.347	70,22	2.765	2,80	18.094	18,32	2.367	2,40	98.758
Antonio Nariño	88.705	81,42	3.813	3,50	10.823	9,93	2.315	2,13	108.941
Puente Aranda	218.926	84,72	6.719	2,60	21.932	8,49	5.778	2,24	258.414
La Candelaria	15.906	66,01	747	3,10	6.289	26,10	388	1,61	24.096
Rafael Uribe Uribe	273.067	72,80	7.127	1,90	102.660	27,37	13.351	3,56	375.107
Ciudad Bolívar	431.820	62,77	8.255	1,20	210.763	30,64	21.829	3,17	687.923
Sumapaz	1.473	22,80	26	0,40	1.559	24,13	117	1,81	6.460
Localidad No Referida					91.179				
Total Bogotá	6.072.240	77,07	203.889	2,59	1.291.158	16,39	188.245	2,39	7.878.783

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Tabla 5. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2016

Localidad	Régimen contributivo (Estimado)	%	Régimen de excepción (Estimado)	%	Régimen subsidiado	%	Total no afiliados (SISBEN)	%	Proyección DANE
Usaquén	406.755	86,01	17.971	3,80	28.501	6,03	1.251	0,26	472.908
Chapinero	107.284	84,51	2.666	2,10	8.532	6,72	269	0,21	126.951
Santa Fe	57.811	59,89	1.351	1,40	32.978	34,16	905	0,94	96.534
San Cristóbal	268.753	67,80	4.757	1,20	100.908	25,46	3.316	0,84	396.383
Usme	207.582	61,57	3.709	1,10	104.340	30,95	2.958	0,88	337.152
Tunjuelito	136.435	71,99	6.633	3,50	37.757	19,92	1.659	0,88	189.522
Bosa	476.346	67,18	11.345	1,60	139.792	19,72	4.991	0,70	709.039
Kennedy	903.686	76,11	35.619	3,00	135.321	11,40	8.440	0,71	1.187.315
Fontibón	343.382	85,10	13.720	3,40	25.137	6,23	1.533	0,38	403.519
Engativá	742.648	85,04	30.564	3,50	71.070	8,14	4.988	0,57	873.243
Suba	1.100.533	87,99	37.522	3,00	87.985	7,03	5.593	0,45	1.250.733
Barrios Unidos	239.036	90,58	6.861	2,60	12.154	4,61	593	0,22	263.883
Teusaquillo	127.738	90,74	6.616	4,70	2.001	1,42	144	0,10	140.767
Los Mártires	66.089	70,21	2.636	2,80	16.293	17,31	844	0,90	94.130
Antonio Nariño	87.635	80,20	3.825	3,50	9.353	8,56	689	0,63	109.277
Puente Aranda	191.265	84,92	5.856	2,60	19.385	8,61	1.668	0,74	225.220
La Candelaria	14.875	65,72	702	3,10	4.604	20,34	134	0,59	22.633
Rafael Uribe Uribe	249.659	70,57	6.721	1,90	88.099	24,90	3.640	1,03	353.761
Ciudad Bolívar	452.454	62,87	8.636	1,20	187.553	26,06	5.749	0,80	719.701
Sumapaz	1.568	21,39	29	0,40	1.424	19,43	45	0,61	7.330
Localidad No Referida					53.636				
Total Bogotá	6.181.534	77,46	207.739	2,60	1.166.823	14,62	49.409	0,62	7.980.001

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Tabla 6. Número y porcentaje de población desagregado por tipo de vinculación al SGSSS. Bogotá 2017

Localidad	Régimen contributivo (Estimado)	%	Régimen de excepción (Estimado)	%	Régimen subsidiado	%	Total no afiliados (SISBEN)	%	Proyección DANE
Usaquén	409.843	86,43	18.019	3,80	28.920	6,10	1.049	0,22	474.186
Chapinero	108.099	85,39	2.658	2,10	8.456	6,68	196	0,15	126.591
Santa Fe	58.250	61,19	1.333	1,40	32.940	34,60	742	0,78	95.201
San Cristóbal	270.793	68,67	4.732	1,20	99.959	25,35	2.542	0,64	394.358
Usme	209.158	61,50	3.741	1,10	104.342	30,68	2.192	0,64	340.101
Tunjuelito	137.471	73,13	6.579	3,50	37.686	20,05	1.416	0,75	187.971
Bosa	479.963	65,65	11.697	1,60	137.801	18,85	3.751	0,51	731.047
Kennedy	910.546	75,32	36.269	3,00	135.369	11,20	6.815	0,56	1.208.980
Fontibón	345.989	83,63	14.067	3,40	25.447	6,15	1.205	0,29	413.734
Engativá	748.287	85,18	30.745	3,50	71.688	8,16	3.841	0,44	878.434
Suba	1.108.887	86,43	38.489	3,00	89.164	6,95	4.377	0,34	1.282.978
Barrios Unidos	240.851	90,17	6.945	2,60	12.216	4,57	499	0,19	267.106
Teusaquillo	128.708	91,62	6.602	4,70	2.142	1,52	136	0,10	140.473
Los Mártires	66.591	71,06	2.624	2,80	16.504	17,61	717	0,77	93.716
Antonio Nariño	88.301	80,82	3.824	3,50	9.613	8,80	537	0,49	109.254
Puente Aranda	192.717	86,85	5.770	2,60	19.930	8,98	1.346	0,61	221.906
La Candelaria	14.988	66,80	696	3,10	4.572	20,38	116	0,52	22.438
Rafael Uribe Uribe	251.554	71,68	6.668	1,90	87.938	25,06	2.713	0,77	350.944
Ciudad Bolívar	455.889	62,12	8.806	1,20	186.193	25,37	4.123	0,56	733.859
Sumapaz	1.580	21,19	30	0,40	1.346	18,05	34	0,46	7.457
Localidad No Referida					63.019				
Total Bogotá	6.228.465	77,08	210.294	2,60	1.175.245	14,54	38.347	0,47	8.080.734

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

- 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).

Por etapa del curso de vida, el mayor porcentaje de la población del Distrito se concentra en la etapa de adultez (aproximadamente el 43 % del total), seguido de la etapa de juventud (aproximadamente el 20 % del total), esta distribución se mantiene a lo largo del periodo 2015 a 2017. Por régimen de régimen de afiliación y etapa del curso de vida, la mayor proporción se concentra en el régimen contributivo (aproximadamente el 85 % del total), menos del 1 % corresponde a población no afiliada. La distribución por etapa del curso de vida y régimen de afiliación no muestra cambios en estos años.

Tabla 7. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2015.

2015													
Edad	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)		Vejez (60 años y más)		Total general
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
R. Contributivo	452269	5,99	503182	6,66	520431	6,89	1214828	16,09	2662795	35,26	718735	9,52	6072240
R. Subsidiado	110672	1,47	127831	1,69	157016	2,08	235941	3,12	491612	6,51	168086	2,23	1291158
No Afiliados	8440	0,11	26542	0,35	28767	0,38	70040	0,93	38421	0,51	16035	0,21	188245
Total	571381	7,57	657555	8,71	706214	9,35	1520809	20,14	3192828	42,28	902856	11,96	7551643

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017.* Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Tabla 8. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2016.

Edad	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)		Vejez (60 años y más)		Total general
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
R. Contributivo	449255	5,95	505131	6,8	513758	35,82	1251991	16,92	2705187	36,57	756212	10,22	6181534
R. Subsidiado	98139	1,3	112696	1,84	139310	5,89	198638	2,69	444628	6,01	173412	2,34	1166823
No Afiliados	2869	0,04	20536	0,1	7701	0,13	4239	0,06	9971	0,13	4093	0,06	49409
Total	550263	7,29	638363	8,75	660769	41,84	1454868	19,67	3159786	42,71	933717	12,62	7397766

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017.* Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017 * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Tabla 9. Número y porcentaje de población por momento del curso de vida. Bogotá 2017

2017													
Edad	Primera infancia (00 a 05 años)		Infancia (06 a 11 años)		Adolescencia (12 a 17 años)		Juventud (18 a 28 años)		Adulthood (29 a 59 años)		Vejez (60 años y más)		Total general
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
R. Contributivo	443172	5,95	497378	6,68	502916	6,76	1248278	16,77	2740806	36,83	795915	10,69	6228465
R. Subsidiado	99684	1,34	112251	1,51	133950	1,80	195839	2,63	451056	6,06	182465	2,45	1175245
No Afiliados	3655	0,05	8612	0,12	6487	0,09	5432	0,07	9939	0,13	4222	0,06	38347
Total	546511	7,34	618241	8,31	643353	8,64	1449549	19,48	3201801	43,02	982602	13,20	7442057

Fuente: * Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015, corte a 31 de diciembre de 2016 y Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. * Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015), noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016) y noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). * DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. * Proyección población DANE a 2015, 2016 y 2017.

Convivencia social y salud mental

2. Personas víctimas del conflicto captadas por primera vez centro dignificar para los años 2015, 2016 y 2017

a. Total Bogotá

En relación con la atención psicosocial con enfoque diferencial a población víctima del conflicto armado, la Secretaría Distrital de Salud, implementó la estrategia de atención psicosocial, dando así cumplimiento a una de las 5 medidas de Reparación Integral: la rehabilitación (Ley 1448 de 2011).

De conformidad a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios, diseñó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las Víctimas – PAPSIVI, el cual tiene dos componentes: el primero es el de Atención Psicosocial (medida de rehabilitación); en el Distrito Capital la implementación de esta estrategias está a cargo de la Secretaría Distrital de Salud; y el segundo, el de Salud Integral con enfoque psicosocial (medida de asistencia), que se desarrolla a través de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital y está enmarcado en el plan de beneficios que deben ser garantizados a los afiliados.

La estrategia de atención psicosocial se implementa en articulación con la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (ACDVPR), 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 Víctimas CLAV¹: Suba, Bosa, Chapinero y Rafael Uribe. En cada uno de estos espacios se encuentra un equipo interdisciplinario de profesionales; quienes abordan los impactos psicosociales individuales, familiares y comunitarios derivados del conflicto armado, implementando procesos que mitiguen o favorezcan la recuperación frente a las diferentes formas de expresión del daño psicosocial y del sufrimiento emocional.

De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social la atención psicosocial, se entiende como “el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen como finalidad favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH”. En este sentido, desde el año 2015, 2016 y 2017 han ingresado a la atención psicosocial en Distrito Capital un total de 4.749 personas víctimas del conflicto armado, en la tabla siguiente se relaciona el desagregado por año.

Tabla 10 Población atendida en atención psicosocial por año

Año	Total por Año
2015	597
2016	1.049
2017	3.103
Total	4,749

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Período julio 2014 – 31 diciembre 2017.

b. Desagregado por localidades

La estrategia de atención psicosocial se implementa en 19 de las 20 localidades del Distrito Capital, los equipos se encuentran ubicados en 4 Centros Locales de Atención a Víctimas, sin embargo, el nivel de incidencia es Distrital. En este sentido, las localidades con mayor población víctima del conflicto armado atendida en el marco de la estrategia de Atención Psicosocial son: Bosa (968), Suba (955), y Kennedy (638).

Tabla 11. Población atendida en atención psicosocial por año y localidad. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Usaquén	10	26	65
Chapinero	11	23	27
Santafé	6	24	28

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 las diferentes entidades que tienen una competencia directa en el restablecimiento de los derechos que define la Ley 1448 de 2011.

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
San Cristóbal	21	70	50
Usme	37	84	271
Tunjuelito	16	19	44
Bosa	124	215	629
Kennedy	24	99	515
Fontibón	10	18	157
Engativá	28	56	187
Suba	148	229	578
Barrios Unidos	10	11	18
Teusaquillo	4	0	6
Mártires	9	14	47
Antonio Nariño	3	10	9
Puente Aranda	15	22	164
Candelaria	3	4	7
Rafael Uribe	26	63	143
Ciudad Bolívar	92	62	158
Sumapaz	0	0	0
Total Bogotá	597	1.049	3.103

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Periodo julio 2014 – 31 diciembre 2017.

c. Desagregado por sexo

El número de personas para los dos sexos que han ingresado a la estrategia ha ido en aumento para el periodo 2015 a 2017; un total de 3.288 mujeres se han vinculado, lo que corresponde al 69%.

Tabla 12. Población atendida en atención psicosocial por año y sexo. Bogotá 2015 – 2017.

Año	Sexo			Total
	Femenino	Masculino	Transgénero	
2015	444	153	0	597
2016	751	297	1	1.049
2017	2093	1008	2	3.103
Total	3.288	1.458	3	4.749

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Periodo julio 2014 – 31 diciembre 2017.

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).

En relación al curso de vida de las personas víctimas del conflicto armado que desde el 2015 han ingresado a la estrategia de atención psicosocial, se observa que se han vinculado personas a lo largo de todo el curso de vida. La mayor proporción se encuentra en la etapa de adultez (27 a 59 años), seguido de la etapa de juventud (18 a 26 años).

Tabla 13. Población atendida en atención psicosocial por año y curso de vida. Bogotá 2015 – 2017.

Ciclo Vital	Año		
	2015	2016	2017
1 a 5 años	1	6	0
6 a 13 años	62	82	455
14 a 17 años	45	67	325
18 a 26 años	79	149	377
27 a 59 años	382	645	1635
60 o más	28	100	311
Total	597	1.049	3.103

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Periodo julio 2014 – 31 diciembre.

3. Atención en salud a habitantes de la calle para los años 2015, 2016 y 2017
 - a. Total Bogotá
 - b. Desagregado por localidades

Teniendo en cuenta que de conformidad a la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, dentro del proceso de control de calidad requiere de 12 meses o más para contar con datos final y que en la normatividad en mención no se contempla el registro de la localidad como requisito; se presenta a continuación información acerca de la atención de población habitante de calle por localidad de atención y preliminar para el año 2017.

Tabla 14. Número de atenciones de habitantes de calle, 2015-2017

Año	Atenciones	Individuos
2015	41.170	1.705
2016	59.869	2.349
2017	38.083	2.213
Total	139.122	6.267

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

a. Desagregado por sexo

En Bogotá durante el periodo 2015 – 2017 se realizaron 139.122 atenciones para 6.267 personas; por sexo, en promedio el 76,99% son hombres y el 23,01% mujeres; discriminado por localidad de atención las localidades que presentan mayor proporción de atenciones son: Antonio Nariño, Kennedy y San Cristóbal.

Tabla 15. Total de atenciones e individuos únicos por año y sexo.

Año	Sexo_	Número de Atenciones	Número de Individuos	Porcentaje de Atenciones por Año
2017	Hombre	30.146	1.754	79,16
	Mujer	7.937	473	20,84
Total 2017		38.083		100
2016	Hombre	46.980	1.896	78,47
	Mujer	12.889	477	21,53
Total 2016		59.869		100
2015	Hombre	30.189	1.400	73,33
	Mujer	10.981	319	26,67
Total 2015		41.170		100
Total		139.122		

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 31 de enero de 2018). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

b. 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).

Por grupo edad durante el periodo 2015- 2017, se han realizado atenciones a lo largo de todo el curso de vida, sin embargo la mayor proporción de población atendida se observa en la etapa de adultez, seguido de la población en etapa vejez y juventud. El porcentaje promedio para cada grupo de edad es: De 1 a 5 años 0,003% de 6 a 11 años 0,010%, de 12 a 17 años 0,002%, de 18 a 28 años 10,857%, de 29 a 59 años 76,927%, de 60 y más años 12,20%.

Tabla 16. Total de atenciones e individuos únicos por año y grupo etario.

Año	Edad	Número de Atenciones	Número de Individuos	Porcentaje de Atenciones por Año
2015	De 6 a 11 años	4	1	0,01
	De 18 a 28 años	4.106	210	9,97
	De 29 a 59 años	33.624	1.310	81,67
	De 60 y más años	3.436	215	8,35
Total 2015		41.170		100

Año	Edad	Número de Atenciones	Número de Individuos	Porcentaje de Atenciones por Año
2016	De 1 a 5 años	2	1	0,00
	De 12 a 17 años	1	1	0,00
	De 18 a 28 años	7.336	266	12,25
	De 29 a 59 años	44.438	1.805	74,23
	De 60 y más años	8.092	340	13,52
Total 2016		59.869		100
2017	De 18 a 28 años	3.939	182	10,34
	De 29 a 59 años	28.518	1.673	74,88
	De 60 y más años	5.626	390	14,77
Total 2017		38.083		100
Total general		139.122		

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 31 de enero de 2018). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

4. ¿Qué acciones se han implementado para la atención diferencial de la población de víctimas del conflicto, los habitantes de calle, y la población joven en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?

Las acciones que desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC - se han venido implementando en el presente periodo de gobierno (2016) y que permiten tanto la participación activa como una atención diferencial a la población víctima del conflicto armado, están incorporadas a través de la Acción integrada 3 – *Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del PAPSIVI²*, la cual propicia, acciones integrales para el abordaje de los daños psicosociales y las afectaciones que el conflicto armado ha generado en los individuos, las familias y las comunidades, a través de la atención terapéutica o de consejería - apoyo. Es preciso destacar que la Acción Integrada 3 contempla acciones específicas para la población víctima del conflicto armado lo cual garantiza una atención diferencial reconociendo las afectaciones particulares del conflicto armado en las personas, familias y comunidades.

En tal sentido, la estrategia de atención psicosocial para población víctima del conflicto armado, 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 Víctimas³: Suba, Bosa, Chapinero y Rafael Uribe. En cada uno de estos espacios se encuentra un equipo interdisciplinario de profesionales; quienes

² De acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el “Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI”, dando así cumplimiento a una de las 5 medidas de Reparación Integral: La Rehabilitación (Ley 1448 de 2011).

³ Los Centros Locales de Atención a Víctimas (CLAV) son espacios de orientación, atención y asesoría, en los cuales se despliega la oferta institucional distrital y nacional de las diferentes entidades que tienen una competencia directa en el restablecimiento de los derechos que define la Ley 1448 de 2011.

abordan los impactos psicosociales individuales, familiares y comunitarios derivados del conflicto armado, implementando procesos que mitiguen o favorezcan la recuperación frente a las diferentes formas de expresión del daño psicosocial y del sufrimiento emocional.

En el marco de la implementación de la Acción integrada 3 - *Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del PAPSIVI*, se define a la atención psicosocial como “el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH (...) Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención”. (MSPS – UARIV)

En este orden de ideas, el MSPS en primer lugar, considera que las afectaciones psicosociales que genera el conflicto armado en las personas, sus familias, comunidades y grupos étnicos, trascienden las categorías diagnósticas en las que se inscriben las nociones de enfermedad o psicopatología, pues reconoce múltiples formas de expresión del daño psicosocial y del sufrimiento, ya que el modelo clínico y sintomatológico, tiende a invisibilizar las nociones de sufrimiento humano, destrucción de proyectos de vida, duelos irresueltos y todas aquellas manifestaciones y respuestas humanas que no son identificables con un diagnóstico de síntomas clínicos, pero que derivan de la experiencia del conflicto armado para las personas, familias y comunidades.

En armonía con la Ley 1448 de 2011, el Decreto 4800 de 2011 y los Decretos con Fuerza de Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, los enfoques en la atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado son: Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque Psicosocial, Enfoque de Curso de Vida, Enfoque Diferencial, Enfoque Transformador, Enfoque de Acción sin Daño y de Acciones Afirmativas.

Adicionalmente, la atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado el marco del PAPSIVI refiere cuatro dominios como forma de comprender lo humano para que se derive en acciones particulares, integradas, integrales y trascendentales: dominio ontológico como los principios que involucran la comprensión del ser humano; dominio epistemológico como la manera en que derivamos el conocimiento; dominio ético-político para comprender los principios que orientan el fin de nuestra actuación y dominio metodológico o la forma en que se realizan las acciones.

Así la estrategia de atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado pretende:

- ✓ Facilitar la elaboración y representación del sufrimiento emocional, así como la integración de la experiencia de violencia en la historia de vida de las víctimas
- ✓ Contribuir a la reconstrucción de los vínculos, tejido social y cohesión sociocultural de las víctimas

- ✓ Fortalecer los recursos y estrategias de afrontamiento que afiancen la autonomía y participación de las víctimas como sujetos de derechos
- ✓ Contar con un enfoque de derechos en las políticas de atención a las víctimas, no es sólo un deber ético de las instituciones y servidores públicos, sino una obligación que atañe a la esencia del ordenamiento jurídico y político. De esta manera este enfoque es una guía de acción ética, política, jurídica y fundamentalmente humana que protege de la violencia y la barbarie y orienta en la consecución del logro superior como especie: la dignificación de la vida humana.

En tal sentido, el espíritu del PAPSIVI y en particular de la Estrategia de Atención psicosocial, es contribuir a la vigencia y goce de los derechos a la vida, salud, igualdad, libertad, honra, participación y a la paz, entre otros derechos fundamentales consagrados en la Carta Constitucional y actualizados por la voluntad política y social de reconocer los efectos y daños directos del conflicto armado interno, en un amplio sector de la población. (MSPS, 2016)

De acuerdo con lo establecido anteriormente, cada uno de los 4 equipos interdisciplinarios realiza el acercamiento y reconocimiento con la persona, familia y/o comunidades víctimas del conflicto armado, con esto comprende y concerta el plan de atención; ya sea atención en consejería/apoyo o atención terapéutica. Cada orientación metodológica contiene una justificación que le permite al profesional psicosocial conectar y abordar de manera diferencial el tema con los daños psicosociales que genera el conflicto armado en las personas y familias. Adicionalmente se definen unos objetivos que trazan el alcance en perspectiva diferencial en términos de rehabilitación psicosocial. En tercer lugar, se encuentran unos indicadores de proceso que le permiten ir midiendo el alcance a la luz de los objetivos propuestos. En cuarto lugar, se definen unas recomendaciones metodológicas que se exponen en términos de principios metodológicos, acciones a evitar y a tener en cuenta, así como recursos adicionales propuestos. Finalmente se plantean las actividades sugeridas en cada sesión con sus respectivos objetivos. El PAPSIVI en el componente de atención psicosocial está contemplado en las siguientes modalidades: individual, familiar y comunitaria.

Tabla 17. Modalidades PAPSIVI individual, familiar. Bogotá.

	Atención psicosocial individual	Atención psicosocial familiar
Objetivos	Restaurar y reconstruir el sentido de las experiencias derivadas de los hechos de violencia, que permitan de esta forma reconocerse como sujetos de derecho a quienes les fueron vulnerados estos principios. Esta atención adquiere un importante sentido psicoterapéutico por cuanto cada una de las acciones propuestas pretenden promover la mitigación del daño y del sufrimiento individual y /o familiar. Se resalta que la atención familiar no corresponde a la sumatoria de los daños individuales, sino a la afectación de la dinámica familiar.	
Profesionales responsables	Profesional de psicología, trabajo social y enfermería	Profesional de psicología, trabajo social y enfermería
Atención en Consejería/Apoyo ⁴	12 temáticas priorizadas cada una con 8 sesiones	6 temáticas priorizadas cada una con 8 sesiones.

⁴ Comprende las acciones de relación de ayuda, en donde se busca la instauración de un proceso preventivo frente a los riesgos de complicaciones en la salud mental de los impactos y daños provocados por la violación a los DDHH, promoviendo el desarrollo del

	Atención psicosocial individual	Atención psicosocial familiar
Atención Terapéutica 5	11 temáticas priorizadas cada una con 8 sesiones	10 temáticas priorizadas cada una con 8 sesiones.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital 2017.

Tabla 18. Modalidades PAPSIVI comunitaria. Bogotá.

Atención psicosocial comunitaria	
La atención psicosocial comunitaria se refiere a los procesos que son llevados a cabo en un entorno colectivo y a la vez incluye el tipo de atención que tiene como finalidad la desprivatización de los daños y que estos sean llevados al ámbito público. Además la atención psicosocial comunitaria reconoce que la dimensión relacional del ser humano es definitiva en los procesos de reparación y rehabilitación, por lo tanto se entiende que lo colectivo tiene en sí mismo, un efecto que puede ser terapéutico y que se basa en las posibilidades de reconstruir o reorientar el tejido social existente.	
Profesionales responsables	Profesional social, gestora comunitaria y acompañan profesionales de psicología, trabajo social y enfermería
Atención de situaciones emergentes	4 temáticas priorizadas cada una con 6 sesiones
Fortalecimiento colectivo.	4 temáticas priorizadas cada una con 6 sesiones
Reconstrucción de las memorias	2 temáticas priorizadas cada una con 6 sesiones
Reconocimiento social	3 temáticas priorizadas cada una con 6 sesiones

Fuente: Secretaría de Salud Distrital 2017.

Es así como la Secretaría Distrital de Salud de acuerdo con lo establecido por el MSPS cuenta con 72 orientaciones temáticas diferenciales que permiten realizar el abordaje diferencial a la población víctima del conflicto armado en el marco de la atención psicosocial, garantizando así el acceso y permanencia en la Medida de Rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011.

- Número de personas registradas en condición de discapacidad. Discriminar por localidad. Incluir información para los años 2015, 2016 y 2017.

El Distrito Capital a través de la Secretaría Distrital de Salud desde del año 2004 viene realizando el Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad en coordinación, inicialmente con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y a partir del año 2010 con el Ministerio de Salud

potencial humano, favoreciendo. Las cualidades de afrontamiento y resistencia, que incluyen acciones de escucha activa, clarificación de sentimientos y validación así como las acciones dirigidas a la orientación para la búsqueda y canalización de otros servicios para la atención.

⁵ Se inscriben en este grupo las acciones dirigidas al manejo de respuestas significativamente mayores, esperables frente a eventos anormales, que pueden ser de tipo traumático, cuyo propósito es ayudar en la estabilización en circunstancias de crisis. Son estrategias en las que se estimula la exploración y comprensión de situaciones más específicas.

y Protección Social. Este registro, es una herramienta técnica estadística que parte del auto reconocimiento de la condición; no obstante al momento de la inscripción, cada persona debe acreditar la discapacidad presentando un soporte médico donde consta el diagnóstico de salud asociado a esta condición; así como copia de un (1) recibo de servicio público del lugar de residencia, carné de afiliación en salud y copia de documento de identificación; esto con el fin de garantizar mayor sensibilidad en la identificación de la población registrada.

En el registro en mención se encuentran incluidas 275.096 personas con discapacidad en el periodo (2004 – 2017), una vez realizada depuración con la Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud para el corte a 31 de enero de 2018, se identificaron 223.771 personas con discapacidad en condición “vivos” y 51.325 personas fallecidas.

En el contexto anterior, los datos que se presentan a continuación corresponden a la información de la población con discapacidad inscrita en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en el Distrito Capital para los años 2015, 2016 y 2017 y de ella, la que se encuentra en condición “vivo”. Lo anterior, según las variables de localidad de residencia, grupo de edad y sexo.

Tabla 19. Población con discapacidad registrada y en condición "vivos", según localidad de residencia, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares).

Localidad de residencia	2015			2016			2017			Total 2015-2017		
	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva
Usaquén	894	806	90,2	979	912	93,2	1024	993	97,0	2897	2711	93,6
Chapinero	206	186	90,3	277	264	95,3	273	268	98,2	756	718	95,0
Santa Fe	694	642	92,5	802	761	94,9	457	428	93,7	1953	1831	93,8
San Cristóbal	1303	1201	92,2	1141	1063	93,2	1418	1374	96,9	3862	3638	94,2
Usme	1098	1001	91,2	1012	950	93,9	1304	1256	96,3	3414	3207	93,9
Tunjuelito	784	671	85,6	650	612	94,2	721	702	97,4	2155	1985	92,1
Bosa	2115	1975	93,4	1495	1443	96,5	1565	1531	97,8	5175	4949	95,6
Kennedy	1730	1633	94,4	1633	1531	93,8	2191	2127	97,1	5554	5291	95,3
Fontibón	975	896	91,9	920	863	93,8	873	837	95,9	2768	2596	93,8
Engativá	1205	1118	92,8	1165	1089	93,5	1954	1901	97,3	4324	4108	95,0
Suba	1442	1347	93,4	1495	1405	94,0	2329	2262	97,1	5266	5014	95,2
Barrios Unidos	433	382	88,2	292	277	94,9	584	566	96,9	1309	1225	93,6
Teusaquillo	228	195	85,5	274	250	91,2	334	326	97,6	836	771	92,2
Los Mártires	852	741	87,0	656	589	89,8	304	291	95,7	1812	1621	89,5
Antonio Nariño	218	195	89,4	436	399	91,5	360	345	95,8	1014	939	92,6
Puente Aranda	522	473	90,6	644	607	94,3	790	764	96,7	1956	1844	94,3
Candelaria	241	218	90,5	165	156	94,5	124	120	96,8	530	494	93,2
Rafael Uribe	1655	1535	92,7	1394	1314	94,3	1352	1314	97,2	4401	4163	94,6
Ciudad Bolívar	1767	1628	92,1	1747	1646	94,2	1803	1755	97,3	5317	5029	94,6
Sumapaz	21	21	100	11	11	100	9	9	100	41	41	100
Total Bogotá	18383	16864	91,7	17188	16142	93,9	19769	19169	97,0	55340	52175	94,3

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Última fecha de actualización 23 de febrero de 2018. Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud. Fecha de último corte 31 de enero de 2018.

Tabla 20. Población con discapacidad registrada y en condición “vivos”, según grupo de edad, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares)

Grupo de edad	2015			2016			2017			Total 2015-2017		
	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva
0 a 4 años	247	231	93,5	371	357	96,2	506	504	99,6	1124	1092	97,2
5 a 9 años	737	722	98,0	763	755	99,0	735	730	99,3	2235	2207	98,7
10 a 14 años	906	899	99,2	750	749	99,9	838	837	99,9	2494	2485	99,6
15 a 19 años	914	909	99,5	650	646	99,4	723	722	99,9	2287	2277	99,6
20 a 24 años	866	850	98,2	631	622	98,6	681	678	99,6	2178	2150	98,7
25 a 29 años	817	800	97,9	597	585	98,0	681	678	99,6	2095	2063	98,5
30 a 34 años	776	755	97,3	640	631	98,6	697	692	99,3	2113	2078	98,3
35 a 39 años	839	817	97,4	714	707	99,0	747	743	99,5	2300	2267	98,6
40 a 44 años	808	783	96,9	666	652	97,9	746	737	98,8	2220	2172	97,8
45 a 49 años	1011	980	96,9	825	803	97,3	908	898	98,9	2744	2681	97,7
50 a 54 años	1266	1217	96,1	1080	1047	96,9	1311	1294	98,7	3657	3558	97,3
55 a 59 años	1500	1424	94,9	1315	1266	96,3	1512	1476	97,6	4327	4166	96,3
60 a 64 años	1567	1464	93,4	1531	1459	95,3	1762	1725	97,9	4860	4648	95,6
65 a 69 años	1447	1323	91,4	1487	1402	94,3	1692	1638	96,8	4626	4363	94,3
70 a 74 años	1275	1129	88,5	1429	1331	93,1	1533	1488	97,1	4237	3948	93,2
75 a 79 años	1179	1015	86,1	1334	1195	89,6	1537	1459	94,9	4050	3669	90,6
80 y más años	2228	1546	69,4	2405	1935	80,5	3160	2870	90,8	7793	6351	81,5
Total	18383	16864	91,7	17188	16142	93,9	19769	19169	97,0	55340	52175	94,3

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Última fecha de actualización 23 de febrero de 2018. Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud. Fecha de último corte 31 de enero de 2018.

Tabla 21. Población con discapacidad registrada y en condición "vivos", según sexo, Bogotá D.C.; años 2015, 2016 y 2017 (Datos preliminares).

Sexo	2015			2016			2017			Total 2015-2017		
	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva	PcD Registrada	PcD viva	% PcD viva
Hombre	9226	8457	91,7	8403	7881	93,8	9065	8788	96,9	26694	25126	94,1
Mujer	9157	8407	91,8	8785	8261	94,0	10704	10381	97,0	28646	27049	94,4
Total	18383	16864	91,7	17188	16142	93,9	19769	19169	97,0	55340	52175	94,3

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Última fecha de actualización 23 de febrero de 2018. Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud. Fecha de último corte 31 de enero de 2018.

6. Número y tipo de solicitudes recibidas por la Secretaría Distrital de Salud para atender la población de inmigrante, desagregar por las principales nacionalidades de las que provienen en 2017.

El Ministerio de Salud expide el Decreto 866 del 2017, el cual sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el cual se define que a los nacionales de países fronterizos se les garantizará la atención de urgencias y lo derivado de la urgencia, por su parte, los extranjeros de otras nacionalidades solo recibirán atención inicial de urgencias. En lo dispuesto en la Circular 0029 del 16 de agosto de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye la variable de nacionalidad en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS, por lo tanto la atención en salud de ciudadanos extranjeros en el país y en Bogotá, antes de esta fecha no estaba contemplada de manera explícita; por lo tanto la información consolidada corresponde a los meses de Noviembre y Diciembre del año 2017.

Tabla 22. Número de atenciones de urgencia generadas para población inmigrante. Bogotá 2017

Nacionalidad		Red Distrital				
		Centro Oriente	Sur	Norte	Sur Occidente	Total General
República Dominicana	Individuos	3				3
	Atenciones	18				18
Brasil	Individuos			1		1
	Atenciones			1		1
Ecuador	Individuos	8	1	2	1	12
	Atenciones	34	1	2	1	38
Perú	Individuos			2	1	3
	Atenciones	3		17	1	21
Venezuela	Individuos	461	315	810	491	2077
	Atenciones	1631	1495	2294	1599	7019
Total	Individuos	472	316	815	493	2096
	Atenciones	1886	1496	2314	1601	7297
% Individuos	Individuos	22,50	15,10	38,90	23,50	100
% Atenciones	Atenciones	23,80	21,10	32,60	22,60	100

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Reporte subredes Anexo 4. Noviembre y diciembre 2017.

7. Número y tipo de respuesta institucional realizada por la Secretaría Distrital de Salud para atender la población inmigrante, desagregar por las principales nacionalidades de las que provienen en 2017.

Cómo se mencionó previamente, el tipo de respuesta para la población inmigrante es la atención de urgencias, la cual se muestra en la tabla 19 por número de individuos y atenciones.

8. Número de atenciones en salud a inmigrantes venezolanos para los años 2015, 2016 y 2017.

Para proteger y conservar la salud de los Bogotanos la Secretaría Distrital de Salud ha adelantado campañas de vacunación de la población extranjera, entre ellos a los Venezolanos residentes, con el fin de completar esquemas de vacunación de los niños, niñas, jóvenes y adultos, además de garantizar en las zonas de alto impacto el tamizaje y tratamientos de extranjeros y extranjeras trabajadoras y trabajadores sexuales.

Al procesar la información presentada por las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, una vez se incluyó la nacionalidad del paciente, en desarrollo de lo ordenado por el Decreto 866 de 2017 y Circular 029 de 2017.

Tabla 23. Número de atenciones de urgencia generadas para población venezolana. Bogotá 2017

Nacionalidad		Red Distrital				
		Centro Oriente	Sur	Norte	Sur Occidente	Total general
Venezuela	Individuos	461	315	810	491	2077
	Atenciones	1631	1495	2294	1599	7019

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Reporte subredes Anexo 4. Noviembre y diciembre 2017.

En el año 2017 se realizaron 2 jornadas de vacunación masiva, el registro puntual de la población venezolana correspondió a:

Tabla 24. Número de personas venezolanas vacunadas por grupo de edad y biológico. Bogotá 2017.

Vacuna	Menores de un Año	Un Año de Edad	De 2 a 5 Años	De 6 a 15 Años	Total General
Neumococo	1.081	1.164	161	1	2.407
Influenza	821	1.128	301	44	2.294
Anti polio	865	595	792	1	2.253
Hepatitis A	6	1.039	444	1	1.490
Triple viral	4	820	557	98	1.479
DPT	1	627	826	3	1.457
Varicela	5	1.006	234	8	1.253
Penta (DPT, HB, Hib)	1.179	31			1.210
Fiebre amarilla		304	231	21	556
Rotavirus	433				433
Hepatitis B	6	256	103	1	366
Polio Inyectable (VIP)	225	21	15		261
BCG	34	9	2		45
Meningococo Conjugado	11	10	16	2	39
Neumo Polisacárido			18	2	20

Vacuna	Menores de un Año	Un Año de Edad	De 2 a 5 Años	De 6 a 15 Años	Total General
Varicela + Triple Viral	2	6	4	1	13
VPH Tetravalente				13	13
DPT Acelular, HiB, VIP		5	3	1	9
DPT Acelular, HB, HiB, VIP	5	2	1		8
DPT Acelular, VIP			4	3	7
Anti - Rábica			5		5
DPT Acelular Pediátrica	1	1			2
Neumo Conjugado	1				1
Td				1	1
Total general	4.680	7.024	3.717	201	15.622

Fuente: Base de Datos PAI_Vacunados Venezolanos 20180220

9. Acciones realizadas por la Secretaria de salud para garantizar el derecho a la salud de la población inmigrante de Venezuela en 2017.

Para garantizar el derecho a la salud de la población inmigrante de Venezuela se han adelantado el siguiente plan de acción:

Cuadro 1. Plan de acción para población inmigrante Venezolana. Bogotá 2017.

Actividad	Sub-actividad
Coordinación intersectorial	Análisis de situación de salud
	Rutas intersectoriales, con énfasis en: Atención grupos prioritarios (Mujeres, mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, adulto mayor y personas en situación de discapacidad)
Desarrollo de capacidades	Sensibilización a recurso humano sobre condiciones de población migrante y sus derechos
Aseguramiento	Promover los procesos de afiliación al SGSSS, cumpliendo los requisitos del Decreto 780 de 2017
Inspección vigilancia y control sanitario	Verificar de condiciones HS en alojamientos temporales
	Intensificar acciones de inspección HS en establecimientos hoteles, moteles, bares, discotecas, casas de lenocinios y demás donde se ejerza la prostitución
	Intensificar acciones de inspección Higiénico sanitaria en puertos
	Coordinar con INVIMA la vigilancia y control sanitario el ingreso de medicamentos o alimentos
	Articulación intersectorial desde COTSA para intervenir factores de riesgo requeridos

Actividad	Sub-actividad
Vigilancia en Salud Pública	Caracterización persona tiempo y lugar de la población, para identificar riesgos en salud pública en puntos de entrada
	Activa equipos de ERI como respuesta ante casos de interés
	Identificar, notificar e intervenir UyE y brotes según lineamientos de INS
	Asegurar calidad de datos y fortalecer el análisis para orientar acciones
	Fortalecer capacidades básicas de VSP en puertos
	Detección temprana de viajeros con signos o síntomas sospechosos de eventos de interés en salud pública o ESPII
	Articulación con autoridades competentes para orientación a viajeros
	Promover la sanidad aeroportuaria y la notificación de eventos
	Garantizar un entorno seguro al viajero - anexo I del RSI 2005
	Asegurar comunicación con Centro Nacional de Enlace 24x7
Gestionar verificación de eventos de interés en salud pública o ESPII	
Gestión de las intervenciones colectivas	<p>Iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación en la población objeto del programa en la población migrante venezolana a Bogotá como son: niños y niñas menores de 6 años, mujeres en edad fértil, niñas de 9 a 17 años, mujeres gestantes y adulto mayor de 60 años</p> <p>"Fortalecimiento Ds y DR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación de promoción de DS y DR - Prevención de ITS incluido VIH/SIDA y embarazos no planeado - Acciones para el uso de condón masculino - Acciones comunitarias e institucionales de signos de alarma ante mujeres gestantes y garantía en atención - Prevención y denuncia en violencia de género con énfasis en violencia sexual - Movilización social DS y DR, énfasis niño y niña, adolescentes, mujeres y población LGBTI" <p>"Fortalecimiento espacios de convivencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de redes sociales y comunitarias para mejorar la convivencia en los espacios y territorios. - Oferta de dispositivos de base comunitaria (centro de escucha, zonas de orientación escolar y universitaria, RBC, pactos por la vida) - Promoción de IEC para orientación, asesoría o intervención en crisis ante SPA" <p>"Prevención condiciones transmisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción de IEC para la identificación de enfermedades endemo-epidemicas prevalentes en la región. - Promoción de acciones comunitarias e institucionales para el manejo de enfermedades con potencial epidémico. - Fortalecimiento de participación social en familias y comunidades para intervención, manejo en casa y búsqueda de atención del programa de IRA" <p>"Prevención condiciones no transmisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción de estrategias de educación en modos, condiciones y estilos de vida saludable en los espacios de vida cotidiana - Promoción de acciones comunitarias e institucionales para diagnóstico y manejo de ENT, con énfasis en continuidad de tratamientos"

Actividad	Sub-actividad
IPS	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la atención de urgencias a la población migrante. - Revisar y actualizar el PHE. - Intensificar la BAI y BAC - Fortalecer los procesos de notificación y las Unidades de Análisis de mortalidad para eventos de interés en salud pública. - Garantizar la vacunación de la población. - Promover la denuncia y atención de los casos de trata de personas a la Línea nacional 01-8000-979899.
EAPB	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el aseguramiento de la población migrante y la gestión integral del riesgo. - Implementar las directrices y procedimientos de VSP. - Ejecutar las acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de eventos de interés en salud pública., asegurar intervenciones individuales y familiares.

Fuente: Secretaría de Salud Distrital 2017.

Seguridad alimentaria y nutricional

10. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años para los años 2015, 2016 y 2017.

Indicador prevalencia de desnutrición aguda: Número de niños/as menores de 5 años que presentan déficit ponderal (peso para la talla inferior a -2 desviaciones estándar de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

Teniendo en cuenta, el total de menores de 5 años captados anualmente mediante la notificación al SISVAN por la consulta de Crecimiento y Desarrollo de IPS públicas y privadas de Bogotá, se determinan las prevalencias de desnutrición aguda, cuyo denominador corresponde al total captados:

Tabla 25. Prevalencia de DNT Aguda, Bogotá 2010 - 2017, Bogotá.

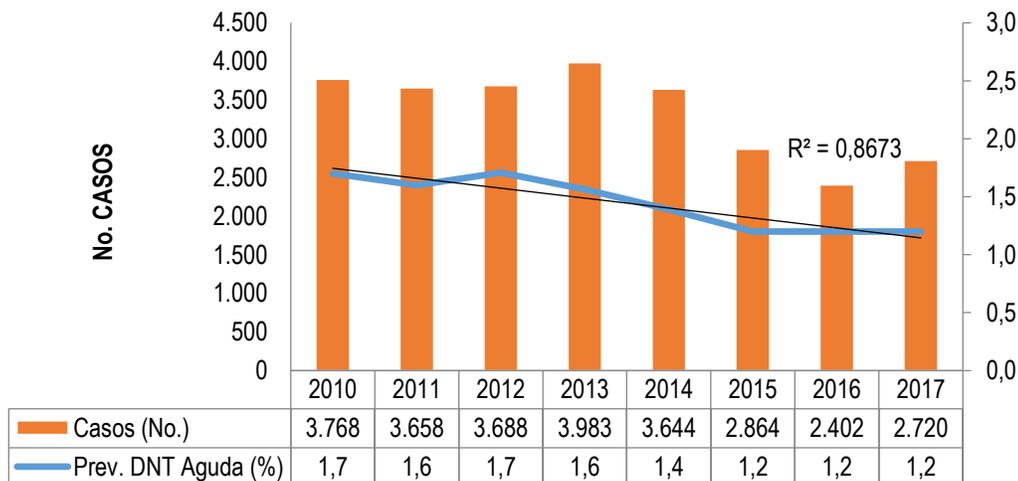
Año	Casos (No.)	Prev. DNT Aguda (%)	Total Captados SISVAN (No.)
2010	3.768	1,7	221.984
2011	3.658	1,6	228.772
2012	3.688	1,7	215.912
2013	3.983	1,6	254.568
2014	3.644	1,4	262.234
2015	2.864	1,2	242.682
2016	2.402	1,2	192.413
2017	2.720	1,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2010- 2017.

a. Total Bogotá

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición aguda o déficit de peso para la talla, presenta una tendencia a la reducción, pasando de 1,7% en el año 2010 a 1,2% en el año 2017; sin embargo, en el periodo comprendido de los años 2015 a 2017 el indicador permanece estacionario en 1,2%; comportamiento que indica la necesidad de fortalecer acciones intersectoriales para afectar los determinantes estructurales que alteran el normal crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años, relacionados con condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables de las familias residentes en localidades con altos índices de pobreza, desempleo y débiles redes de apoyo social.

Gráfico 1. Tendencia de la desnutrición aguda en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2010- 2017.

A partir del análisis de este comportamiento, desde la Subsecretaría de Salud Pública en el marco de las acciones de Salud Pública del Plan de Intervenciones Colectivas SP-PIC, las Direcciones de Provisión de Servicios y Aseguramiento y en articulación intersectorial se viene implementando la Ruta Intersectorial de Atención Integral a la Desnutrición en menores de 5 años del Distrito Capital, mediante:

- La vigilancia epidemiológica intensificada para la detección oportuna y tratamiento precoz de los menores en riesgo y con desnutrición, vinculando a las EAPB y sus prestadores de la red pública y privada para la aplicación y seguimiento de los casos identificados de acuerdo a la Resolución 5406 de 2015 del MSPS.

- Fortalecimiento de competencias en los profesionales, técnicos y gestores en salud para la identificación, manejo y seguimiento de los menores en riesgo y con desnutrición en prevención de la mortalidad por desnutrición.
- Articulación intersectorial con las Secretarías Distrital de Integración Social, de Desarrollo Económico y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para la vinculación de los menores identificados con desnutrición en la oferta de los programas de apoyo social de estas instituciones y mitigar los riesgos derivados de la inseguridad alimentaria de las familias de alta vulnerabilidad.

b. Desagregado por localidades

Es importante tener en cuenta que la comparación por número de casos por localidad de residencia está directamente relacionada con la densidad poblacional de menores de 5 años de cada localidad, en este sentido, la prevalencia de desnutrición es el indicador que evidencia la situación con mayor nivel de precisión.

Al realizar el análisis de focalización de la problemática de la desnutrición aguda en menores de 5 años en las localidades distritales, en el cual se observa que el 80% de los casos identificados en el periodo 2015 – 2017, se concentran en las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Suba, San Cristóbal, Usme, Engativá, Rafael Uribe y Usaquén.

La localidad de Usme, históricamente presenta una prevalencia de desnutrición aguda superior a la prevalencia para Bogotá (2015: 1,4%; 2016: 1,6%; 2017:1,5%). Por otro lado, las localidades con mayores cambios en esta problemática en este periodo son Ciudad Bolívar, en donde la prevalencia de desnutrición aguda pasó de 0,9% en 2015 a 1,5% en 2017; San Cristóbal (2015: 1,3% Vs 2017: 1,6%), Santafé (2015: 1,0% Vs 2017: 1,6%) y Antonio Nariño (2015: 1,1% Vs. 2017; 1,8%).

Tabla 26. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, captados por el SISVAN por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad de Residencia	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos DNT Aguda (No.)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos DNT Aguda (No.)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos DNT Aguda (No.)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	170	1,2	14.129	134	1,1	11.739	76	0,7	11.163

Chapinero	45	1,1	3.973	37	1,0	3.685	59	1,2	4.802
Santafé	72	1,0	7.321	46	0,9	4.860	93	1,6	5.876
San Cristóbal	222	1,3	17.060	206	1,5	14.033	296	1,6	18.208
Usme	187	1,4	13.700	225	1,6	13.896	285	1,5	19.503
Tunjuelito	91	1,2	7.844	106	1,4	7.381	171	1,4	12.518
Bosa	373	1,3	29.184	241	1,2	20.805	276	1,3	21.736
Kennedy	345	1,3	26.383	235	1,3	17.609	272	1,2	23.583
Fontibón	118	1,0	11.556	94	1,0	9.509	95	0,9	10.011
Engativá	257	1,0	25.182	214	1,0	22.457	161	0,7	22.145
Suba	313	1,2	26.218	213	1,1	18.754	212	1,3	16.847
Barrios Unidos	22	0,7	3.355	22	0,7	3.069	22	0,8	2.760
Teusaquillo	22	0,8	2.778	17	0,6	2.831	22	0,7	3.267
Los Mártires	45	1,4	3.284	17	0,8	2.254	50	1,5	3.332
Antonio Nariño	24	1,1	2.089	25	1,3	1.893	49	1,8	2.780
Puente Aranda	75	1,2	6.272	49	1,1	4.477	88	1,4	6.415
La Candelaria	22	1,4	1.584	16	1,3	1.243	20	1,1	1.747
Rafael Uribe	126	1,3	9.787	141	1,6	8.721	147	1,2	12.210
Ciudad Bolívar	184	0,9	20.212	288	1,6	18.467	288	1,4	20.029
Sumapaz	1	0,7	139	6	2,9	207	5	3,1	160
Sin Dato Local	150	1,4	10.632	70	1,5	4.523	33	1,0	3.313
Total Bogotá	2.864	1,2	242.682	2.402	1,2	192.413	2.720	1,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 – 2017.

c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años desagregada por sexo, presenta un comportamiento estacionario, sin embargo, al comparar por sexo se evidencia que la prevalencia de desnutrición aguda en niñas menores de 5 años paso de 1,2% en 2015 a 1,3% en 2017, y para los niños, la prevalencia permanece en 1,2% en los 3 últimos años.

Tabla 27. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2015

Localidad de Residencia	Año 2015						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	82	1,2	6.938	88	1,2	7.191	14.129
Chapinero	23	1,2	1.953	22	1,1	2.020	3.973
Santafé	37	1,0	3.607	35	0,9	3.714	7.321
San Cristóbal	114	1,4	8.206	108	1,2	8.854	17.060
Usme	90	1,4	6.648	97	1,4	7.052	13.700
Tunjuelito	38	1,0	3.717	53	1,3	4.127	7.844
Bosa	198	1,4	14.240	175	1,2	14.944	29.184
Kennedy	163	1,3	12.794	182	1,3	13.589	26.383
Fontibón	67	1,2	5.557	51	0,9	5.999	11.556
Engativá	124	1,0	12.267	133	1,0	12.915	25.182
Suba	171	1,3	12.915	142	1,1	13.303	26.218
Barrios Unidos	10	0,6	1.618	12	0,7	1.737	3.355
Teusaquillo	9	0,7	1.347	13	0,9	1.431	2.778
Los Mártires	21	1,3	1.613	24	1,4	1.671	3.284
Antonio Nariño	10	1,0	977	14	1,3	1.112	2.089
Puente Aranda	35	1,1	3.091	40	1,3	3.181	6.272
La Candelaria	17	2,2	761	5	0,6	823	1.584
Rafael Uribe	54	1,2	4.581	72	1,4	5.206	9.787
Ciudad Bolívar	91	0,9	9.879	93	0,9	10.333	20.212
Sumapaz		0,0	64	1	1,3	75	139
Sin Dato Local	69	1,3	5.304	81	1,5	5.328	10.632
Total Bogotá	1.423	1,2	118.077	1.441	1,2	124.605	242.682

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015

Tabla 28. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2016.

Localidad de Residencia	Año 2016						Total Captados por SISVAN
	Femenino			Masculino			
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	68	1,2	5.545	66	1,1	6.194	11.739
Chapinero	18	1,0	1.780	19	1,0	1.905	3.685
Santafé	21	0,9	2.361	25	1,0	2.499	4.860
San Cristóbal	105	1,6	6.740	101	1,4	7.293	14.033
Usme	118	1,7	6.939	107	1,5	6.957	13.896
Tunjuelito	51	1,4	3.595	55	1,5	3.786	7.381
Bosa	111	1,1	9.892	130	1,2	10.913	20.805
Kennedy	113	1,3	8.492	122	1,3	9.117	17.609
Fontibón	46	1,0	4.421	48	0,9	5.088	9.509
Engativá	96	0,9	10.962	118	1,0	11.495	22.457
Suba	112	1,2	9.175	101	1,1	9.579	18.754
Barrios Unidos	9	0,6	1.465	13	0,8	1.604	3.069
Teusaquillo	7	0,5	1.357	10	0,7	1.474	2.831
Los Mártires	7	0,6	1.145	10	0,9	1.109	2.254
Antonio Nariño	12	1,3	919	13	1,3	974	1.893
Puente Aranda	25	1,1	2.182	24	1,0	2.295	4.477
La Candelaria	5	0,9	578	11	1,7	665	1.243
Rafael Uribe	74	1,8	4.174	67	1,5	4.547	8.721
Ciudad Bolívar	142	1,6	8.953	146	1,5	9.514	18.467
Sumapaz	4	4,0	100	2	1,9	107	207
Sin Dato Local	29	1,3	2.185	41	1,8	2.338	4.523
Total Bogotá	1.173	1,3	92.960	1.229	1,2	99.453	192.413

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2016

Tabla 29. Prevalencia de desnutrición aguda por sexo y localidad en menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá 2017.

Localidad de Residencia	Año 2017						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	38	0,7	5.318	38	0,7	5.845	11.163
Chapinero	33	1,4	2.327	26	1,1	2.475	4.802
Santafé	34	1,2	2.724	59	1,9	3.152	5.876
San Cristóbal	143	1,6	8.692	153	1,6	9.516	18.208
Usme	153	1,6	9.490	132	1,3	10.013	19.503
Tunjuelito	76	1,2	6.159	95	1,5	6.359	12.518
Bosa	143	1,4	10.275	133	1,2	11.461	21.736
Kennedy	127	1,1	11.293	145	1,2	12.290	23.583
Fontibón	43	0,9	4.754	52	1,0	5.257	10.011
Engativá	90	0,8	10.787	71	0,6	11.358	22.145
Suba	116	1,4	8.177	96	1,1	8.670	16.847
Barrios Unidos	8	0,6	1.276	14	0,9	1.484	2.760
Teusaquillo	12	0,7	1.619	10	0,6	1.648	3.267
Los Mártires	20	1,2	1.617	30	1,7	1.715	3.332
Antonio Nariño	20	1,5	1.359	29	2,0	1.421	2.780
Puente Aranda	44	1,4	3.042	44	1,3	3.373	6.415
La Candelaria	10	1,2	846	10	1,1	901	1.747
Rafael Uribe	70	1,2	5.969	77	1,2	6.241	12.210
Ciudad Bolívar	151	1,6	9.717	137	1,3	10.312	20.029
Sumapaz	3	3,5	85	2	2,7	75	160
Sin Dato Local	14	0,9	1.605	19	1,1	1.708	3.313
Total Bogotá	1.348	1,3	107.131	1.372	1,2	115.274	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2017

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La desnutrición aguda en menores de 5 años presenta mayor magnitud los No Asegurados; presentando un incremento en el periodo analizado, cambió de 2% en 2015 al 4,5% en 2017; es importante observar que el número de menores no asegurados se ha reducido considerablemente.

Para los menores del régimen Subsidiado, se presenta un incremento en la prevalencia, alcanzando el 1,5% en 2017 y para los afiliados al Contributivo, la prevalencia permanece estacionaria.

Tabla 30. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN, por tipo de vinculación al sistema. Bogotá años 2015-2017

Régimen	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos DNT aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados por el SISVAN	Casos DNT aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados por el SISVAN	Casos DNT aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados por el SISVAN
Subsidiado	1.121	1,3	83.745	946	1,4	65.740	1.130	1,5	75.450
Vinculado	115	2,0	5.666	121	5,0	2.408	55	4,5	1.224
Contributivo	1.609	1,1	152.320	1.322	1,1	123.597	1.534	1,1	145.698
Sin dato	19	2,0	951	13	1,9	668	1	3,0	33
Total	2.864	1,2	242.682	2.402	1,2	192.413	2.720	1,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2015- 2017.

*Indicador Peso / Talla; Patrones de crecimiento OMS

11. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años para los años 2015, 2016 y 2017.

Indicador prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla: Número de niños/as menores de 5 años que presentan retardo en el crecimiento (talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

Teniendo en cuenta, el total de menores de 5 años captados anualmente mediante la notificación al SISVAN por la consulta de Crecimiento y Desarrollo de IPS públicas y privadas de Bogotá, se determinan las prevalencias de desnutrición crónica o retraso en talla, cuyo denominador corresponde al total captados:

Tabla 31. Tendencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017

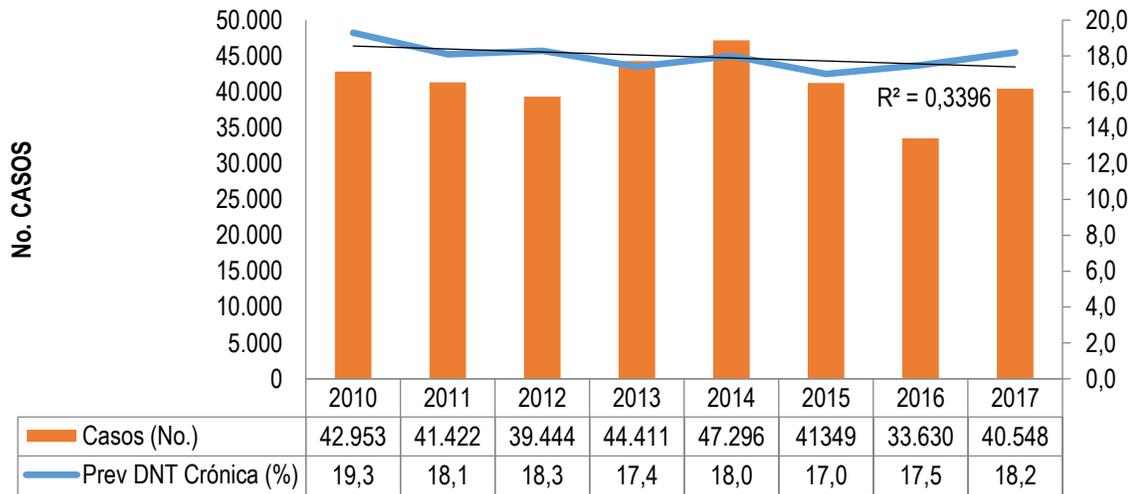
Año	Casos (No.)	Prevalencia DNT Crónica (%)	Total Captados SISVAN (No.)
2010	42.953	19,3	221.984
2011	41.422	18,1	228.772
2012	39.444	18,3	215.912
2013	44.411	17,4	254.568
2014	47.296	18,0	262.234
2015	41349	17,0	242.682
2016	33.630	17,5	192.413
2017	40.548	18,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 20110 – 2017.

a. Total Bogotá

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla, presenta una tendencia a la reducción, pasando del 19,3% en 2010 al 18,2% en 2017; sin embargo, la velocidad de reducción es lenta, por lo que al comparar los últimos 3 años, el indicador presenta un incremento en número pero para el comportamiento de los datos es el reflejo de una estacionalidad (R^2 de 0,33).

Gráfico 2. Tendencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 20110 – 2017.

Teniendo en cuenta que el retraso en talla puede originarse desde la vida intrauterina y está relacionado con el estado de salud de las mujeres en edad fértil; la implementación de acciones intersectoriales, integrales y sostenibles, encaminadas a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de familias de alta vulnerabilidad socioeconómica y ambiental, pueden revertir la tendencia del este indicador, por lo que las acciones implementadas como la estrategia de maternidad segura, la suplementación con micronutrientes en el control prenatal y captación temprana al control prenatal pueden afectar positivamente el crecimiento fetal.

b. Desagregado por localidades

Al desagregar por localidad, se observa que durante los tres años de observación, la localidad de Sumapaz y San Cristóbal se mantienen con las prevalencias más altas en la ciudad, seguido de Santafé, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe.

Tabla 32. Casos y prevalencia por localidad de residencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad De Residencia	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos Retraso En Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos Retraso En Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos Retraso En Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	2.315	16,4	14.129	2.003	17,1	11.739	1.854	16,6	11.163
Chapinero	725	18,2	3.973	636	17,3	3.685	825	17,2	4.802
Santafé	1.624	22,2	7.321	1.041	21,4	4.860	1.227	20,9	5.876
San Cristóbal	3.543	20,8	17.060	3.355	23,9	14.033	4.435	24,4	18.208
Usme	2.777	20,3	13.700	2.870	20,7	13.896	4.137	21,2	19.503
Tunjuelito	1.542	19,7	7.844	1.660	22,5	7.381	2.643	21,1	12.518
Bosa	4.906	16,8	29.184	3.381	16,3	20.805	3.783	17,4	21.736
Kennedy	3.912	14,8	26.383	2.671	15,2	17.609	3.677	15,6	23.583
Fontibón	1.618	14,0	11.556	1.393	14,6	9.509	1.372	13,7	10.011
Engativá	3.671	14,6	25.182	3.210	14,3	22.457	3.254	14,7	22.145
Suba	3.757	14,3	26.218	2.737	14,6	18.754	2.499	14,8	16.847
Barrios Unidos	565	16,8	3.355	470	15,3	3.069	398	14,4	2.760
Teusaquillo	340	12,2	2.778	332	11,7	2.831	507	15,5	3.267
Los Mártires	636	19,4	3.284	416	18,5	2.254	641	19,2	3.332
Antonio Nariño	349	16,7	2.089	313	16,5	1.893	471	16,9	2.780
Puente Aranda	848	13,5	6.272	623	13,9	4.477	987	15,4	6.415
La Candelaria	277	17,5	1.584	206	16,6	1.243	314	18,0	1.747
Rafael Uribe	1.779	18,2	9.787	1.605	18,4	8.721	2.621	21,5	12.210
Ciudad Bolívar	4.200	20,8	20.212	3.952	21,4	18.467	4.251	21,2	20.029
Sumapaz	35	25,2	139	50	24,2	207	37	23,1	160
Sin Dato Local	1.930	18,2	10.632	706	15,6	4.523	615	18,6	3.313
Total Bogotá	41.349	17,0	242.682	33.630	17,5	192.413	40.548	18,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2015 – 2017.

*Indicador Talla / Edad; Patrones de crecimiento OMS

c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición crónica afecta en mayor proporción a los niños, que a las niñas. Respecto a la prevalencia de desnutrición crónica en niñas se observa un cambio del 15,2% en 2015 al 16,5% en 2017; en los niños del 18,8% en 2015, al 19,9% en 2017.

Tabla 33. Prevalencia de desnutrición crónica por sexo y localidad. Bogotá 2015 y 2016.

Localidad De Residencia	Año 2015							Año 2016						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados		Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	940	13,5	6.938	1375	19,1	7.191	14.129	843	15,2	5.545	1.160	18,7	6.194	11.739
Chapinero	311	15,9	1.953	414	20,5	2.020	3.973	278	15,6	1.780	358	18,8	1.905	3.685
Santafé	769	21,3	3.607	855	23,0	3.714	7.321	481	20,4	2.361	560	22,4	2.499	4.860
San Cristóbal	1481	18,0	8.206	2062	23,3	8.854	17.060	1.425	21,1	6.740	1.930	26,5	7.293	14.033
Usme	1201	18,1	6.648	1576	22,3	7.052	13.700	1.287	18,5	6.939	1.583	22,8	6.957	13.896
Tunjuelito	699	18,8	3.717	843	20,4	4.127	7.844	766	21,3	3.595	894	23,6	3.786	7.381
Bosa	2207	15,5	14.240	2699	18,1	14.944	29.184	1.431	14,5	9.892	1.950	17,9	10.913	20.805
Kennedy	1684	13,2	12.794	2228	16,4	13.589	26.383	1.119	13,2	8.492	1.552	17,0	9.117	17.609
Fontibón	688	12,4	5.557	930	15,5	5.999	11.556	574	13,0	4.421	819	16,1	5.088	9.509
Engativá	1552	12,7	12.267	2119	16,4	12.915	25.182	1.413	12,9	10.962	1.797	15,6	11.495	22.457
Suba	1634	12,7	12.915	2123	16,0	13.303	26.218	1.221	13,3	9.175	1.516	15,8	9.579	18.754
Barrios Unidos	244	15,1	1.618	321	18,5	1.737	3.355	196	13,4	1.465	274	17,1	1.604	3.069
Teusaquillo	137	10,2	1.347	203	14,2	1.431	2.778	142	10,5	1.357	190	12,9	1.474	2.831
Los Mártires	285	17,7	1.613	351	21,0	1.671	3.284	205	17,9	1.145	211	19,0	1.109	2.254
Antonio Nariño	144	14,7	977	205	18,4	1.112	2.089	148	16,1	919	165	16,9	974	1.893
Puente Aranda	374	12,1	3.091	474	14,9	3.181	6.272	269	12,3	2.182	354	15,4	2.295	4.477
La Candelaria	121	15,9	761	156	19,0	823	1.584	81	14,0	578	125	18,8	665	1.243
Rafael Uribe	764	16,7	4.581	1015	19,5	5.206	9.787	711	17,0	4.174	894	19,7	4.547	8.721
Ciudad Bolívar	1813	18,4	9.879	2387	23,1	10.333	20.212	1.708	19,1	8.953	2.244	23,6	9.514	18.467
Sumapaz	12	18,8	64	23	30,7	75	139	21	21,0	100	29	27,1	107	207
Sin Dato Local	859	16,2	5.304	1071	20,1	5.328	10.632	290	13,3	2.185	416	17,8	2.338	4.523
Total Bogotá	17.919	15,2	118.077	23.430	18,8	124.605	242.682	14.609	15,7	92.960	19.021	19,1	99.453	192.413

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015- 2016.

Tabla 34. Prevalencia de desnutrición crónica por sexo y localidad de residencia. Bogotá 2017.

Localidad De Residencia	Año 2017						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	795	14,9	5.318	1059	18,1	5.845	11.163
Chapinero	340	14,6	2.327	485	19,6	2.475	4.802
Santafé	512	18,8	2.724	715	22,7	3.152	5.876
San Cristóbal	1847	21,2	8.692	2588	27,2	9.516	18.208
Usme	1816	19,1	9.490	2321	23,2	10.013	19.503
Tunjuelito	1195	19,4	6.159	1448	22,8	6.359	12.518
Bosa	1594	15,5	10.275	2189	19,1	11.461	21.736
Kennedy	1593	14,1	11.293	2084	17,0	12.290	23.583
Fontibón	597	12,6	4.754	775	14,7	5.257	10.011
Engativá	1403	13,0	10.787	1851	16,3	11.358	22.145
Suba	1093	13,4	8.177	1406	16,2	8.670	16.847
Barrios Unidos	167	13,1	1.276	231	15,6	1.484	2.760
Teusaquillo	230	14,2	1.619	277	16,8	1.648	3.267
Los Mártires	286	17,7	1.617	355	20,7	1.715	3.332
Antonio Nariño	216	15,9	1.359	255	17,9	1.421	2.780
Puente Aranda	422	13,9	3.042	565	16,8	3.373	6.415
La Candelaria	125	14,8	846	189	21,0	901	1.747
Rafael Uribe	1184	19,8	5.969	1437	23,0	6.241	12.210
Ciudad Bolívar	1922	19,8	9.717	2329	22,6	10.312	20.029
Sumapaz	16	18,8	85	21	28,0	75	160
Sin Dato Local	273	17,0	1.605	342	20,0	1.708	3.313
Total Bogotá	17.626	16,5	107.131	22.922	19,9	115.274	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2017.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La desnutrición crónica o retraso en talla presenta mayor magnitud en menores de 5 años del régimen Subsidiado, alcanzando 24,1% en 2017, cifra superior a la prevalencia para el Distrito. La prevalencia de retraso en talla presenta incremento en el periodo.

Tabla 35. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN por Régimen de Aseguramiento. Bogotá D.C. Años 2015 -2017

Régimen	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos Retraso Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados por el SISVAN	Casos Retraso Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos Retraso Talla (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas
Subsidiado	18.122	21,6	83.745	15.485	23,6	65.740	18.177	24,1	75.450
Vinculado	1.009	17,8	5.666	453	18,8	2.408	226	18,5	1.224
Contributivo	22.079	14,5	152.320	17.581	14,2	123.597	22.140	15,2	145.698
Sin dato	139	14,6	951	111	16,6	668	5	15,2	33
Total	41.349	17,0	242.682	33.630	17,5	192.413	40.548	18,2	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 - 2017

El fortalecimiento de las acciones de identificación y seguimiento a los menores de 5 años en riesgo y con desnutrición crónica por parte de las EAPB y sus prestadores es fundamental para la reducción del indicador y la prevención de las secuelas relacionadas con el riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta de este grupo poblacional. Sin embargo, existe suficiente evidencia respecto a que la solución a esta problemática va más allá del sector salud, se requieren cambios en los determinantes estructurales que producen la inseguridad alimentaria y nutricional de familias residentes en los cinturones de pobreza de la ciudad capital; mediante intervenciones intersectoriales integrales que garanticen la alimentación adecuada en calidad y cantidad, así como las condiciones socioeconómicas ambientales óptimas para el crecimiento y desarrollo satisfactorio de los menores.

12. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición global en menores de 5 años para los años 2015, 2016 y 2017.

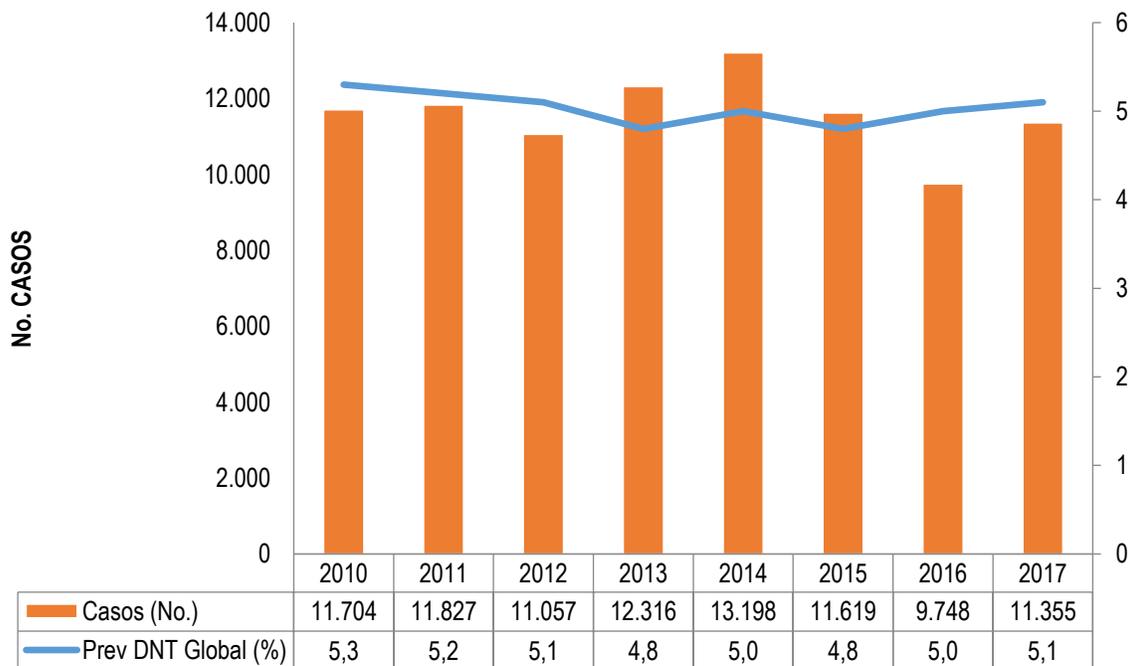
Indicador prevalencia de desnutrición global: Número de niños/as menores de 5 años que presentan retardo en el crecimiento (peso para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de los Patrones de

Crecimiento Infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

a. Total Bogotá

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición global, presenta una tendencia discreta a la reducción, pasando del 5,3% en 2010 al 5,1% en 2017; situación que evidencia la persistencia de factores que afectan la seguridad alimentaria y nutricional en poblaciones de alta vulnerabilidad.

Gráfico 3. Tendencia de la desnutrición global en menores de 5 años captados por SISVAN. Bogotá 2010 – 2017.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2010 – 2017.

b. Desagregado por localidades.

Para las localidades de Bogotá, la desnutrición global presenta variaciones en el periodo; en la localidad de San Cristóbal, la prevalencia cambió de 6,3% en 2015 al 7,6% en 2017; seguido por las

localidades de Santafé en donde la prevalencia pasó del 4,9% en 2015 al 6,1% en 2017, y en la localidad de Rafael Uribe del 5,8% en 2015 al 6,3% en 2017.

Este comportamiento puede estar relacionado con la dinámica de movilidad interna y migración de población a la ciudad capital, en busca de mejores oportunidades y/o condiciones asequible a sus limitadas posibilidades de ingresos económicos destinados a la vivienda y la alimentación.

Tabla 36. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por localidad de residencia. Bogotá, 2015 -2017

Localidad De Residencia	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Usaquén	643	4,6	14.129	555	4,7	11.739	465	4,2	11.163
Chapinero	200	5,0	3.973	168	4,6	3.685	226	4,7	4.802
Santafé	358	4,9	7.321	245	5,0	4.860	360	6,1	5.876
San Cristóbal	1076	6,3	17.060	972	6,9	14.033	1.386	7,6	18.208
Usme	789	5,8	13.700	760	5,5	13.896	1.090	5,6	19.503
Tunjuelito	439	5,6	7.844	545	7,4	7.381	749	6,0	12.518
Bosa	1388	4,8	29.184	912	4,4	20.805	1.099	5,1	21.736
Kennedy	1167	4,4	26.383	806	4,6	17.609	1.098	4,7	23.583
Fontibón	437	3,8	11.556	402	4,2	9.509	359	3,6	10.011
Engativá	980	3,9	25.182	914	4,1	22.457	793	3,6	22.145
Suba	1023	3,9	26.218	782	4,2	18.754	708	4,2	16.847
Barrios Unidos	128	3,8	3.355	105	3,4	3.069	98	3,6	2.760
Teusaquillo	116	4,2	2.778	110	3,9	2.831	131	4,0	3.267
Los Mártires	178	5,4	3.284	108	4,8	2.254	178	5,3	3.332
Antonio Nariño	131	6,3	2.089	94	5,0	1.893	180	6,5	2.780
Puente Aranda	252	4,0	6.272	188	4,2	4.477	260	4,1	6.415
La Candelaria	87	5,5	1.584	62	5,0	1.243	88	5,0	1.747
Rafael Uribe	565	5,8	9.787	498	5,7	8.721	772	6,3	12.210
Ciudad Bolívar	1090	5,4	20.212	1.259	6,8	18.467	1.125	5,6	20.029
Sumapaz	3	2,2	139	14	6,8	207	13	8,1	160
Sin Dato Local	569	5,4	10.632	249	5,5	4.523	177	5,3	3.313

Total Bogotá	11.619	4,8	242.682	9.748	5,1	192.413	11.355	5,1	222.405
---------------------	---------------	------------	----------------	--------------	------------	----------------	---------------	------------	----------------

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 – 2017.

c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años desagregada por sexo, no presenta diferencias significativas.

Tabla 37. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por sexo y localidad de residencia. Bogotá, años 2015-2016

Localidad de Residencia	Año 2015							AÑO 2016						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados		Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	296	4,3	6.938	347	4,8	7.191	14.129	241	4,3	5.545	314	5,1	6.194	11.739
Chapinero	104	5,3	1.953	96	4,8	2.020	3.973	69	3,9	1.780	99	5,2	1.905	3.685
Santafé	172	4,8	3.607	186	5,0	3.714	7.321	110	4,7	2.361	135	5,4	2.499	4.860
San Cristóbal	519	6,3	8.206	557	6,3	8.854	17.060	453	6,7	6.740	519	7,1	7.293	14.033
Usme	351	5,3	6.648	438	6,2	7.052	13.700	367	5,3	6.939	393	5,6	6.957	13.896
Tunjuelito	213	5,7	3.717	226	5,5	4.127	7.844	275	7,6	3.595	270	7,1	3.786	7.381
Bosa	686	4,8	14.240	702	4,7	14.944	29.184	404	4,1	9.892	508	4,7	10.913	20.805
Kennedy	520	4,1	12.794	647	4,8	13.589	26.383	348	4,1	8.492	458	5,0	9.117	17.609
Fontibón	199	3,6	5.557	238	4,0	5.999	11.556	184	4,2	4.421	218	4,3	5.088	9.509
Engativá	456	3,7	12.267	524	4,1	12.915	25.182	448	4,1	10.962	466	4,1	11.495	22.457
Suba	502	3,9	12.915	521	3,9	13.303	26.218	397	4,3	9.175	385	4,0	9.579	18.754
Barrios Unidos	51	3,2	1.618	77	4,4	1.737	3.355	50	3,4	1.465	55	3,4	1.604	3.069
Teusaquillo	52	3,9	1.347	64	4,5	1.431	2.778	52	3,8	1.357	58	3,9	1.474	2.831
Los Mártires	98	6,1	1.613	80	4,8	1.671	3.284	49	4,3	1.145	59	5,3	1.109	2.254
Antonio Nariño	56	5,7	977	75	6,7	1.112	2.089	38	4,1	919	56	5,7	974	1.893
Puente Aranda	117	3,8	3.091	135	4,2	3.181	6.272	93	4,3	2.182	95	4,1	2.295	4.477
La Candelaria	48	6,3	761	39	4,7	823	1.584	29	5,0	578	33	5,0	665	1.243
Rafael Uribe	237	5,2	4.581	328	6,3	5.206	9.787	228	5,5	4.174	270	5,9	4.547	8.721

Localidad de Residencia	Año 2015							AÑO 2016						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados		Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Ciudad Bolívar	533	5,4	9.879	557	5,4	10.333	20.212	573	6,4	8.953	686	7,2	9.514	18.467
Sumapaz		0,0	64	3	4,0	75	139	6	6,0	100	8	7,5	107	207
Sin Dato Local	261	4,9	5.304	308	5,8	5.328	10.632	97	4,4	2.185	152	6,5	2.338	4.523
Total Bogotá	5.471	4,6	118.077	6.148	4,9	124.605	242.682	4.511	4,9	92.960	5.237	5,3	99.453	192.413

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 – 2016.

Tabla 38. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, por sexo y localidad de residencia. Bogotá, año 2017.

Localidad de Residencia	Año 2017						Total Captados por SISVAN
	Femenino			Masculino			
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Usaquén	193	3,6	5.318	272	4,7	5.845	11.163
Chapinero	98	4,2	2.327	128	5,2	2.475	4.802
Santafé	146	5,4	2.724	214	6,8	3.152	5.876
San Cristóbal	629	7,2	8.692	757	8,0	9.516	18.208
Usme	506	5,3	9.490	584	5,8	10.013	19.503
Tunjuelito	352	5,7	6.159	397	6,2	6.359	12.518
Bosa	511	5,0	10.275	588	5,1	11.461	21.736
Kennedy	436	3,9	11.293	662	5,4	12.290	23.583
Fontibón	158	3,3	4.754	201	3,8	5.257	10.011
Engativá	368	3,4	10.787	425	3,7	11.358	22.145
Suba	345	4,2	8.177	363	4,2	8.670	16.847
Barrios Unidos	45	3,5	1.276	53	3,6	1.484	2.760
Teusaquillo	59	3,6	1.619	72	4,4	1.648	3.267
Los Mártires	82	5,1	1.617	96	5,6	1.715	3.332

Localidad de Residencia	Año 2017						
	Femenino			Masculino			Total Captados por SISVAN
	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niñas Captadas	Casos DNT Aguda (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captados	
Antonio Nariño	82	6,0	1.359	98	6,9	1.421	2.780
Puente Aranda	108	3,6	3.042	152	4,5	3.373	6.415
La Candelaria	28	3,3	846	60	6,7	901	1.747
Rafael Uribe	338	5,7	5.969	434	7,0	6.241	12.210
Ciudad Bolívar	528	5,4	9.717	597	5,8	10.312	20.029
Sumapaz	9	10,6	85	4	5,3	75	160
Sin Dato Local	76	4,7	1.605	101	5,9	1.708	3.313
Total Bogotá	5.097	4,8	107.131	6.258	5,4	115.274	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2017.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La desnutrición global presenta mayor magnitud en menores de 5 años del régimen Subsidiado (2015: 5,8%; 2016: 6,6% y 2017:6,7%) y en los No Asegurados o Vinculados (2015: 5,3%; 2016: 7,3% y 2017:6,7%).

Tabla 39. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN por Régimen de Aseguramiento. Bogotá. Años 2015 -2017

Régimen de Aseguramiento	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados por SISVAN	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN	Casos DNT Global (N°)	Prevalencia (%)	Total Captados Por SISVAN
Subsidiado	4.821	5,8	83.745	4.326	6,6	65.732	5.086	6,7	75.450
Vinculado	302	5,3	5.666	175	7,3	2.408	82	6,7	1.224
Contributivo	6.443	4,2	152.320	5.220	4,2	123.597	6.183	4,2	145.698
Sin Dato	53	5,6	951	27	4,0	676	4	12,1	33
Total	11.619	4,8	242.682	9.748	5,1	192.413	11.355	5,1	222.405

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 - 2017

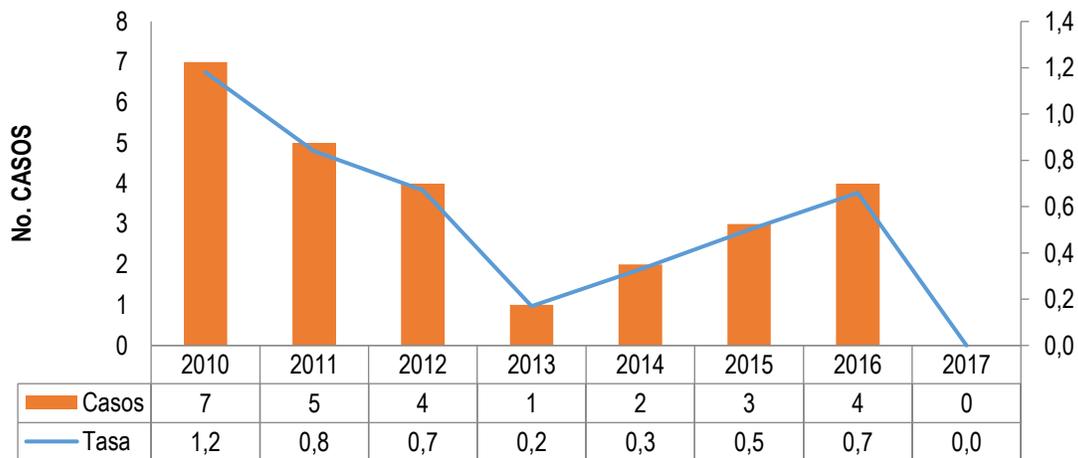
13. Casos y tasa mortalidad por desnutrición en menores de 5 años para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Esta problemática tiene un origen social por lo que se hace imperante realizar acciones intersectoriales sostenibles. Sin embargo, la identificación oportuna de los menores de 5 años en riesgo y con desnutrición y la activación de la Ruta Distrital de Atención Integral a la Desnutrición a nivel sectorial ha permitido la reducción de riesgos para la mortalidad por desnutrición.

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá, tiene una tendencia a la reducción, pasando de una tasa del 1,7 por cien mil menores de 5 años en 2010, a una tasa del 0,0 en 2017.

Gráfico 4. Casos y tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años. Bogotá años 2010 – 2017.



Fuente: 2015: Base de datos y aplicativo Web RUAF –SDS, datos preliminares (corte 17/04/2017) / 2016: Base de datos y aplicativo Web RUAF –SDS, datos preliminares (corte 17/01/2018)

b. Desagregado por localidades

Durante los años de observación se evidencia que los casos durante el año 2015 y 2016 no son repetitivos, pero si se han concentrado en 6 localidades de las 20 del Distrito.

Tabla 40. Casos y tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años, por localidad de residencia. Bogotá 2015, 2016 y 2017.

Localidad De Residencia	2015		2016		2017	
	No.	Tasa x 100.000 menores de 5 años	No.	Tasa x 100.000 menores de 5 años	No.	Tasa x 100.000 menores de 5 años
Usme	1	2,4	0	0,0	0	0,0
Tunjuelito	1	6,6	0	0,0	0	0,0
Bosa	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Kennedy	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Rafael Uribe	0	0,0	1	3,5	0	0,0
Ciudad Bolívar	0	0,0	2	2,8	0	0,0

Fuente: 2015: Base de datos y aplicativo Web RUAF –SDS, datos preliminares (corte 17/04/2017) / 2016: Base de datos y aplicativo Web RUAF –SDS, datos preliminares (corte 17/01/2018)

- c. Desagregado por sexo
- d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La mayoría de los casos de mortalidad por desnutrición corresponden a menores alrededor del año de edad, de sexo masculino, residentes en localidades de alta vulnerabilidad socioeconómica y afiliada al régimen Subsidiado.

Tabla 41. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por edad, sexo, localidad de residencia y aseguramiento. Bogotá D.C. Años 2015 Vs. 2016.*

Año	Caso	Edad	Sexo	Localidad Residencia	Barrio	Aseguradora
2015	1 (Enero)	4 meses	Masculino	Tunjuelito	Venecia	Asmesalud-Cali
	2 (junio)	17 meses	Masculino	Kennedy	Class Roma	Sin información
	3 (Diciembre)	21 meses	Masculino	Usme	El Jordán	Caprecom
2016	1 (Enero)	6 meses	Femenino	Bosa	El Porvenir	Capital Salud Subsidiado
	2 (Febrero)	13 meses	Masculino	Rafael Uribe	Quiroga	Capital Salud Subsidiado
	3 (Abril)	13 meses	Masculino	Ciudad Bolívar	Lucero	Fondo Financiero Distrital
	4 (Abril)	16 meses	Masculino	Ciudad Bolívar	Lucero	Capital Salud Subsidiado

Fuente: Bases de datos notificación SIVIGILA- SISVAN-SVSP-SDS- 2015 – 2016.

e. Caracterización de los casos.

Al realizar las unidades de análisis para cada uno de los casos en donde se relacionan los aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud, se identifican factores de riesgo asociados como la pertenencia a familias extensas, familias dedicadas al trabajo informal y residentes en zonas de alta vulnerabilidad. Adicionalmente deficiencias en el autocuidado aunado a déficit de acceso a controles prenatales o asistencia insuficiente a los mismos, lo que genera falta de reconocimiento de signos de desnutrición en los menores.

Cuadro 2. Factores de riesgo asociados a mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Bogotá 2015 y 2016

Antecedentes Médicos	Aspectos socioeconómicos	Alimentación	Demoras en la atención en salud
Peso adecuado al nacer	Edad de la madre: entre 20 y 35 años	Terminación precoz de lactancia materna (hasta los 2 meses)	No identificación del riesgo
Esquema de vacunación completo	Ocupación: Hogar	Inicio de fórmula infantil incorrectamente diluída	Deficiente demanda inducida al seguimiento del recién nacido, consulta de crecimiento y desarrollo
Control prenatal ausente o incompleto	Familias extensas	Inicio temprano de alimentación complementaria de pobre aporte nutricional	Falta de captación a programas de promoción y prevención
Sin Control por Crecimiento y Desarrollo	Ingresos económicos producto del trabajo informal	Déficientes patrones de autocuidado y pautas de crianza	Debilidad en AIEPI integral
Patología infecciosa agregada	Identificación de maltrato	Falta de identificación del riesgo	Deficientes estrategias de demanda inducida al control prenatal

Fuente: Elaboración propia a partir de las Unidades de Análisis Individual de caso – SISVAN-SVSP-SDS 2015 - 2016

En 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 y pertenece al régimen subsidiado, 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 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 y canalizaciones efectivas.



En este contexto, y desde el sector salud es prioritario el reconocimiento de la desnutrición como patología, el fortalecimiento de las acciones de identificación y tratamiento oportuno de los niños y niñas con desnutrición en todos los niveles de atención en salud, la garantía del acceso y seguimiento por los programas de prevención y detección en salud y empoderamiento de las organizaciones de apoyo comunitario en territorios de alta vulnerabilidad social.

14. Casos y tasa de bajo peso al nacer para los años 2015, 2016 y 2017.

Indicador proporción de bajo peso al nacer: Número de recién nacidos con peso inferior a 2.499 gramos, expresado como porcentaje del número total de nacidos vivos en el periodo.

a. Total Bogotá

La proporción de bajo peso al nacer en Bogotá presenta una tendencia estacionaria en el periodo 2010-2015, afectando a cerca del 12% de recién nacidos; a partir de 2016, se ha incrementado, la proporción pasando del 12.1% en 2015, al 12,6 % en 2016 y al 13,2% en 2017; si bien el indicador puede estar afectado por la reducción sostenida y con un buen ajuste R^2 0.95 en el número de nacimientos por año (2015: 102.225 NV; 2016: 98.112 NV y 2017: 91.672).

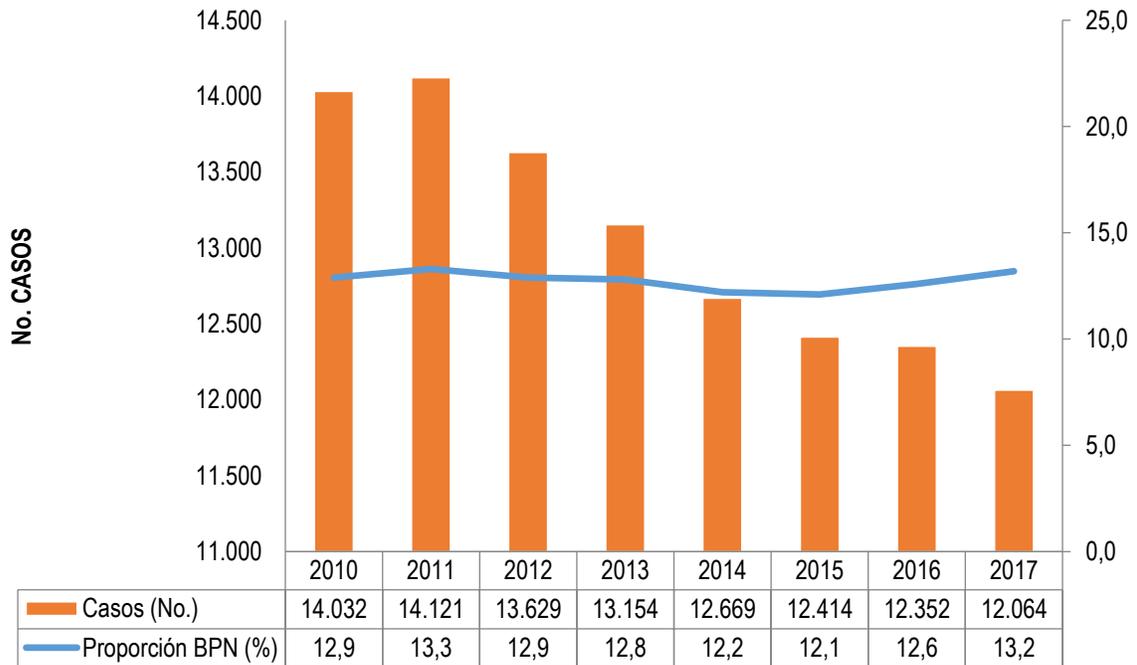
Se están realizando acciones de fortalecimiento en la calidad del control prenatal para la prevención y detección oportuna de complicaciones durante la gestación, la vigilancia de la adecuada ganancia de peso y la suplementación con micronutrientes que favorecen el adecuado el crecimiento intrauterino y la prevención de las complicaciones durante la gestación que pueden afectar el aporte de calorías y nutrientes en la vida fetal.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Gráfico 5. Casos y razón. Bajo peso al nacer. Bogotá años 2010 – 2017.



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2015 – 2017 (* Información preliminar)

b. Desagregado por localidades

El comportamiento para el periodo, en general se presenta un incremento en la proporción de BPN, excepto para las localidades de La Candelaria, Antonio Nariño y Usme, las cuales presentan cifras inferiores en 2017, comparadas con las prevalencias 2015. Por localidad de residencia, la proporción de bajo peso al nacer (BPN) se presenta en mayor magnitud en las localidades de Sumapaz (2017: 16,75), seguida por la localidad de San Cristóbal que pasó del 13,5 en 2015 al 14,7% en 2017.

Tabla 42. Casos y proporción de bajo peso al nacer, por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad de Residencia	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso Al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)
Usaquén	6.318	735	11,6	6.209	779	12,5	5.875	723	12,3
Chapinero	1.906	240	12,6	2.022	250	12,4	1.949	285	14,6
Santafé	1.527	165	10,8	1.353	144	10,6	1.547	222	14,4
San Cristóbal	6.005	813	13,5	5.771	727	12,6	5.194	765	14,7
Usme	5.455	768	14,1	5.514	792	14,4	5.195	678	13,1
Tunjuelito	2.704	327	12,1	2.603	330	12,7	2.410	294	12,2
Bosa	10.429	1.214	11,6	10.041	1.181	11,8	9.401	1.189	12,6
Kennedy	14.980	1.741	11,6	14.067	1.778	12,6	13.321	1.767	13,3
Fontibón	4.230	468	11,1	4.181	529	12,7	3.752	472	12,6
Engativá	9.330	1.125	12,1	8.752	1.059	12,1	8.095	1.026	12,7
Suba	14.730	1.782	12,1	13.626	1.694	12,4	13.158	1.754	13,3
Barrios Unidos	1.561	180	11,5	1.549	199	12,8	1.445	199	13,8
Teusaquillo	1.276	159	12,5	1.230	168	13,7	1.163	125	10,7
Los Mártires	1.172	143	12,2	1.078	133	12,3	1.032	148	14,3
Antonio Nariño	1.178	144	12,2	1.203	159	13,2	1.036	105	10,1
Puente Aranda	3.056	362	11,8	2.825	352	12,5	2.404	294	12,2
La Candelaria	338	50	14,8	252	37	14,7	289	42	14,5
Rafael Uribe	5.365	648	12,1	5.359	677	12,6	4.671	611	13,1
Ciudad Bolívar	10.300	1.289	12,5	9.774	1.270	13,0	9.409	1.310	13,9
Sumapaz	34	4	11,8	26	0	0,0	30	5	16,7
Sin Localidad	331	57	17,2	677	94	13,9	296	50	16,9
Total Bogotá	102.225	12.414	12,1	98.112	12.352	12,6	91.672	12.064	13,2

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2015 – 2017 (* Información preliminar)

c. Desagregado por sexo

Se presenta mayor prevalencia de bajo peso en las niñas, en comparación con los niños. En 2015 la prevalencia de bajo peso al nacer en las recién nacidas fue del 13%, mientras que en 2017 se

incrementó al 14,5%. Para los recién nacidos del sexo masculino, no se presentó variación importante en el indicador para Bogotá.

Tabla 43. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y sexo. Bogotá., 2015-2017

Localidad de Residencia	Año 2015			Año 2016			Año 2017		
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)
Usaquén	6.318	735	11,6	6.209	779	12,5	5.875	723	12,3
Chapinero	1.906	240	12,6	2.022	250	12,4	1.949	285	14,6
Santafé	1.527	165	10,8	1.353	144	10,6	1.547	222	14,4
San Cristóbal	6.005	813	13,5	5.771	727	12,6	5.194	765	14,7
Usme	5.455	768	14,1	5.514	792	14,4	5.195	678	13,1
Tunjuelito	2.704	327	12,1	2.603	330	12,7	2.410	294	12,2
Bosa	10.429	1.214	11,6	10.041	1.181	11,8	9.401	1.189	12,6
Kennedy	14.980	1.741	11,6	14.067	1.778	12,6	13.321	1.767	13,3
Fontibón	4.230	468	11,1	4.181	529	12,7	3.752	472	12,6
Engativa	9.330	1.125	12,1	8.752	1.059	12,1	8.095	1.026	12,7
Suba	14.730	1.782	12,1	13.626	1.694	12,4	13.158	1.754	13,3
Barrios Unidos	1.561	180	11,5	1.549	199	12,8	1.445	199	13,8
Teusaquillo	1.276	159	12,5	1.230	168	13,7	1.163	125	10,7
Los Mártires	1.172	143	12,2	1.078	133	12,3	1.032	148	14,3
Antonio Nariño	1.178	144	12,2	1.203	159	13,2	1.036	105	10,1
Puente Aranda	3.056	362	11,8	2.825	352	12,5	2.404	294	12,2
La Candelaria	338	50	14,8	252	37	14,7	289	42	14,5
Rafael Uribe	5.365	648	12,1	5.359	677	12,6	4.671	611	13,1
Ciudad Bolívar	10.300	1.289	12,5	9.774	1.270	13	9.409	1.310	13,9
Sumapaz	34	4	11,8	26	0	0	30	5	16,7
Sin Dato Local	331	57	17,2	677	94	13,9	296	50	16,9

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2015 – 2017 (* Información preliminar)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La mayor proporción de bajo peso al nacer se presenta en los recién nacidos No Asegurados, con un incremento en este periodo de tiempo, pasando del 13,2% en 2015, al 15,0% en 2017. Entre los asegurados a los regímenes contributivo y subsidiado no se presen diferencias en el periodo, sin embargo, la tendencia del indicador es al aumento.

Tabla 44. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y tipo de afiliación. Bogotá D.C., 2015-2016

Localidad De Residencia	Año 2015							Año 2016						
	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)		Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	
Usaquén	3.069	404	13,2	3.249	331	10,2	6.318	3.071	411	13,4	3.137	367	11,7	6.209
Chapinero	944	124	13,1	962	116	12,1	1.906	965	140	14,5	1.057	110	10,4	2.022
Santafé	753	87	11,6	774	78	10,1	1.527	652	77	11,8	701	67	9,6	1.353
San Cristóbal	2.905	428	14,7	3.100	385	12,4	6.005	2.821	387	13,7	2.950	340	11,5	5.771
Usme	2.646	399	15,1	2.809	369	13,1	5.455	2.713	420	15,5	2.801	372	13,3	5.514
Tunjuelito	1.298	174	13,4	1.406	153	10,9	2.704	1.305	179	13,7	1.298	151	11,6	2.603
Bosa	5.047	608	12,0	5.382	606	11,3	10.429	4.862	632	13,0	5.179	549	10,6	10.041
Kennedy	7.270	926	12,7	7.710	815	10,6	14.980	6.846	922	13,5	7.218	855	11,8	14.067
Fontibón	2.056	234	11,4	2.174	234	10,8	4.230	2.088	297	14,2	2.093	232	11,1	4.181
Engativa	4.514	567	12,6	4.816	558	11,6	9.330	4.171	549	13,2	4.580	509	11,1	8.752
Suba	7.189	936	13,0	7.541	846	11,2	14.730	6.638	874	13,2	6.987	820	11,7	13.626
Barrios Unidos	737	100	13,6	824	80	9,7	1.561	783	120	15,3	766	79	10,3	1.549
Teusaquillo	632	80	12,7	644	79	12,3	1.276	593	96	16,2	637	72	11,3	1.230
Los Mártires	561	79	14,1	611	64	10,5	1.172	554	71	12,8	523	62	11,9	1.078
Antonio Nariño	547	76	13,9	631	68	10,8	1.178	603	96	15,9	600	63	10,5	1.203
Puente Aranda	1.528	186	12,2	1.528	176	11,5	3.056	1.381	187	13,5	1.444	165	11,4	2.825
La Candelaria	160	24	15,0	178	26	14,6	338	118	20	16,9	134	17	12,7	252

Localidad De Residencia	Año 2015							Año 2016						
	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)		Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	
Rafael Uribe	2.643	344	13,0	2.722	304	11,2	5.365	2.566	358	14,0	2.793	319	11,4	5.359
Ciudad Bolívar	5.086	681	13,4	5.214	608	11,7	10.300	4.730	719	15,2	5.043	551	10,9	9.774
Sumapaz	11	1	9,1	23	3	13,0	34	10	0	0,0	16	0	0,0	26
Sin Dato Local	178	33	18,5	153	24	15,7	331	315	54	17,1	362	40	11,0	677
Total Bogotá	49.773	6.491	13,0	52.451	5.923	11,3	102.225	47.785	6.609	13,8	50.319	5740	11,4	98.112

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2015 – 2016 (* Información preliminar)

Tabla 45. Proporción de bajo peso al nacer por localidad de residencia y tipo de afiliación. Bogotá D.C., 2017.

Localidad De Residencia	Año 2017						
	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	
Usaquén	2.835	395	13,9	3.060	332	10,8	5.895
Chapinero	923	156	16,9	1.042	132	12,7	1.965
Santafé	733	112	15,3	820	113	13,8	1.553
San Cristóbal	2.494	398	16,0	2.698	363	13,5	5.192
Usme	2.491	350	14,1	2.623	314	12,0	5.114
Tunjuelito	1.155	158	13,7	1.247	128	10,3	2.402
Bosa	4.556	611	13,4	4.812	570	11,8	9.368
Kennedy	6.408	912	14,2	6.887	848	12,3	13.295
Fontibón	1.812	257	14,2	1.944	218	11,2	3.756
Engativa	3.928	567	14,4	4.183	458	11,0	8.111
Suba	6.357	932	14,7	6.783	824	12,1	13.141
Barrios Unidos	721	106	14,7	726	94	12,9	1.447
Teusaquillo	576	74	12,8	590	51	8,6	1.166

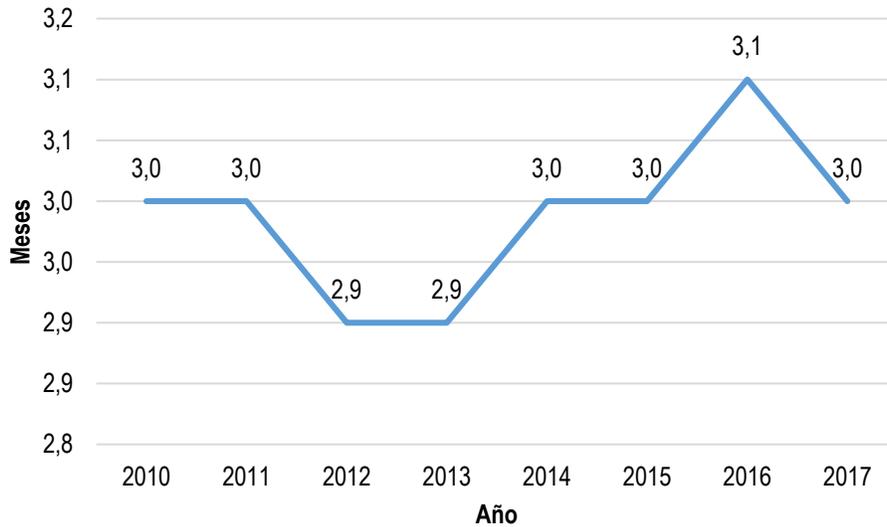
Localidad De Residencia	Año 2017						
	Femenino			Masculino			Total Nacidos Vivos (No.)
	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	Total Nacidos Vivos (No.)	Casos Bajo Peso al Nacer (No.)	Proporción Bajo Peso al Nacer (%)	
Los Mártires	509	84	16,5	520	62	11,9	1.029
Antonio Nariño	482	52	10,8	545	53	9,7	1.027
Puente Aranda	1.120	155	13,8	1.286	140	10,9	2.406
La Candelaria	155	18	11,6	172	30	17,4	327
Rafael Uribe	2.287	323	14,1	2.373	284	12,0	4.660
Ciudad Bolívar	4.531	707	15,6	4.772	582	12,2	9.303
Sumapaz	0	0	0,0	0	0	0,0	0
Sin Dato Local	208	39	18,8	271	45	16,6	479
Total Bogotá	44.281	6.406	14,5	47.355	5641	11,9	91.636

Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2017 (* Información preliminar)

15. Mediana de la lactancia materna (en meses) para los años 2015, 2016 y 2017.

La tendencia de la duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses permanece estacionaria en los últimos años, con una duración de 3 meses.

Gráfico 5. Tendencia de la mediana de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses captados por el SISVAN. Bogotá 2010 – 2017.



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015 – 2017.

b. Desagregado por localidad

El comportamiento del indicador duración de lactancia materna exclusiva por localidad de residencia, presenta cifras homogéneas, similares a la mediana para el Distrito. Las localidades de Usaquén y Engativá presentan una mediana de duración de la lactancia materna levemente superior, en comparación con las demás localidades.

Tabla 46. Mediana en meses de la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad de Residencia	2015	2016	2017
Usaquén	3,0	3,0	3,3
Chapinero	3,0	3,2	3,1
Santafé	3,2	3,0	3,0
San Cristóbal	3,0	2,7	3,1
Usme	3,0	3,3	2,8
Tunjuelito	2,8	2,8	2,9
Bosa	3,1	3,3	3,0
Kennedy	3,0	3,0	2,7

Localidad de Residencia	2015	2016	2017
Fontibón	3,3	3,2	3,1
Engativá	3,2	3,2	3,3
Suba	2,9	3,1	3,2
Barrios Unidos	3,0	3,2	3,0
Teusaquillo	3,0	3,4	3,0
Los Mártires	3,2	3,4	2,8
Antonio Nariño	2,9	2,7	3,1
Puente Aranda	3,1	3,0	2,6
La Candelaria	2,5	3,0	2,7
Rafael Uribe Uribe	2,5	2,8	2,8
Ciudad Bolívar	3,3	3,2	2,4
Sumapaz	2,6	3,5	3,0
Sin Información	2,9	3,2	2,9
Total Bogotá	3,0	3,1	3,0

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2015- 2017.

Es necesario fortalecer la consejería en lactancia materna en los diferentes escenarios de la atención en salud: salud sexual y reproductiva, control prenatal, atención de partos, programa canguro, seguimiento al recién nacido, consulta de crecimiento y desarrollo, así como, la cualificación del talento humano en la técnica y promoción de la lactancia de materna en todos los niveles de atención en salud. Por otro lado, la implementación de las estrategias IAMI y AIEPI Integral y a nivel intersectorial, es importante retomar las iniciativas para facilitar la lactancia en la mujer trabajadora.

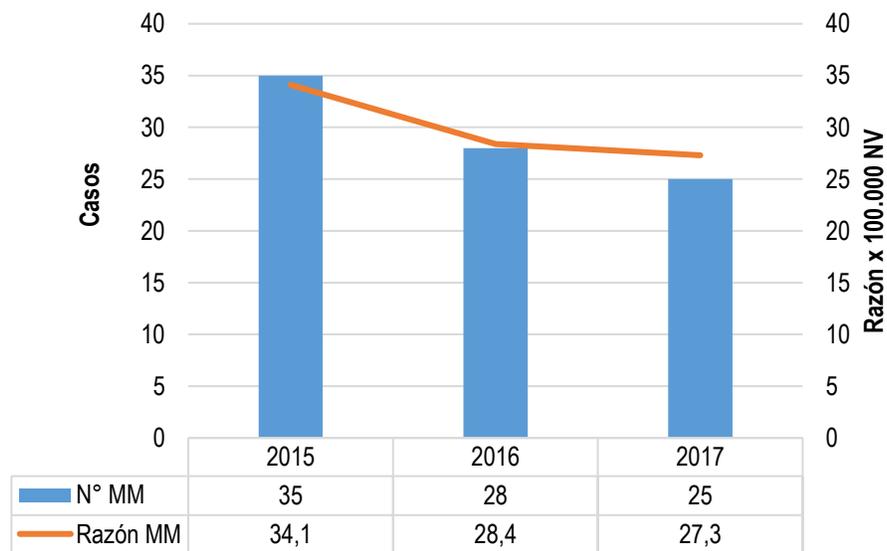
Sexualidad derechos sexuales y reproductivos:

16. Casos y razón de mortalidad materna para los años 2015, 2016 y 2017

a. Total Bogotá

El comportamiento de la mortalidad materna muestra una reducción del 20% para el periodo 2015 a 2017, pasando de una razón de 34,1 por 100.000 nacidos vivos (n=35 casos) al primer año a 27,3 por 100.000 nacidos vivos durante el año 2017 (n=25 casos), en cuanto a la frecuencia se presenta una reducción de 10 casos para el periodo estudiado lo que corresponde a un porcentaje de variación del 28,6 %.

Gráfico 6. Tendencia de la Mortalidad Materna. Bogotá años 2015 – 2017.



Fuente: Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017).

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

b. Desagregado por localidades

Para los años 2015 a 2017 se presenta una reducción en relación al número de defunciones maternas en nueve localidades del Distrito, Usme, Usaquén, Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe, Suba, San Cristóbal, Santafé, Antonio Nariño y Puente Aranda; así mismo ocurre un aumento en el número de casos para las localidades de Bosa, Fontibón, Candelaria y Ciudad Bolívar, Las 7 localidades restantes mantienen igual frecuencia.

Tabla 47. Casos y razón de mortalidad materna por localidad. Bogotá 2014 – 2017

LOCALIDAD	2014			2015			2016			2017		
	Número muertes	Nacidos Vivos	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Nacidos Vivos	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Nacidos Vivos	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Nacidos Vivos	Razón por 100.000 NV
USAQUEN	2	6.046	33,1	3	6.366	47,1	2	6.225	32,1	0	5.875	0,0
CHAPINERO	0	1.937	0,0	0	1.927	0,0	0	2.044	0,0	0	1.949	0,0
SANTAFE	0	1.641	0,0	1	1.540	64,9	2	1.368	146,2	0	1.547	0,0
SAN CRISTOBAL	1	6.296	15,9	1	6.028	16,6	0	5.785	0,0	0	5.194	0,0
USME	0	5.334	0,0	4	5.471	73,1	1	5.522	18,1	0	5.195	0,0
TUNJUELITO	1	2.783	35,9	2	2.709	73,8	1	2.617	38,2	0	2.410	0,0
BOSA	5	9.886	50,6	2	10.436	19,2	3	10.069	29,8	5	9.401	53,2
KENNEDY	4	15.065	26,6	3	15.009	20,0	3	14.145	21,2	3	13.321	22,5
FONTIBON	1	4.395	22,8	0	4.262	0,0	1	4.210	23,8	1	3.752	26,7
ENGATIVA	3	10.061	29,8	2	9.381	21,3	2	8.809	22,7	2	8.095	24,7
SUBA	5	14.833	33,7	7	14.825	47,2	3	13.759	21,8	4	13.158	30,4
BARRIOS UNIDOS	1	1.634	61,2	1	1.572	63,6	1	1.555	64,3	1	1.445	69,2
TEUSAQUILLO	1	1.487	67,2	0	1.302	0,0	0	1.248	0,0	0	1.163	0,0
MARTIRES	0	1.281	0,0	0	1.171	0,0	1	1.093	91,5	0	1.032	0,0
ANTONIO NARINO	0	1.280	0,0	1	1.195	83,7	0	1.225	0,0	0	1.036	0,0
PUENTE ARANDA	1	3.183	31,4	1	3.084	32,4	0	2.849	0,0	0	2.404	0,0
CANDELARIA	0	414	0,0	0	344	0,0	0	258	0,0	1	289	346,0
RAFAEL URIBE	0	5.504	0,0	2	5.379	37,2	3	5.379	55,8	0	4.671	0,0
CIUDAD BOLIVAR	3	10.563	28,4	4	10.321	38,8	4	9.792	40,8	7	9.409	74,4
SUMAPAZ	0	35	0,0	0	37	0,0	0	34	0,0	0	30	0,0
Sin Localidad	3	184	1630,4	1	419	238,7	0	703	0,0	1	296	337,8
TOTAL	31	103.842	29,9	35	102.778	34,1	27	98.689	27,4	25	91.672	27,3

Fuente: Fuente 2014: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2015 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND- Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

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

Para el año 2015 y 2016, la mayor la razón de mortalidad materna se observó en el grupo de mujeres mayores de 35 años de edad; en el año 2017 en el grupo de mujeres de 30 a 34 años. Por grupo de edad se observa un incremento respecto al año 2015, excepto para los grupo de 20 a 24 años y 25 a 29. En el grupo de 15 a 19 años se observa un incremento del 41,6 %.

Tabla 48. Mortalidad materna según grupo de edad. Bogotá 2015 – 2017.

Edad	2015			2016			2017		
	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón
De 15 a 19	3	15379	19,5	4	13762	29,1	4	11980	33,4
De 20 a 24	4	27614	14,5	9	26509	34,0	1	24473	4,1
De 25 a 29	12	25002	48,0	3	24382	12,3	8	22949	34,9
De 30 a 34	5	20601	24,3	4	19879	20,1	9	18432	48,8
De 35 y más	11	13815	79,6	7	13842	50,6	3	13534	22,2
Total	35	102778	34,1	27	98689	27,4	25	91672	27,3

Fuente: Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017).

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

- d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Por régimen de afiliación para el periodo 2015 a 2017, la mayor proporción se observa en el régimen contributivo con el 62,8%, 53,5% y 56% respectivamente, sin embargo la mayor razón de mortalidad se observa en población no asegurada, seguido de la población afiliada al régimen subsidiado para los años 2016 y 2017.

Tabla 49. Casos de mortalidad materna por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 - 2017.

Régimen	2015		2016		2017	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Contributivo	22	29,6	15	20,3	14	20,5
Subsidiado	6	29,2	9	49,3	8	44,5
Excepción	1	33,9	1	36,4	0	0,0
No Asegurado	6	123,1	3	75,9	3	105,4
Total	35	34,1	28	28,4	25	27,3

Fuente: 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017).

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

La razón de mortalidad materna según EAPB, muestra la mayor afectación en aquellos casos de aseguradoras procedentes de otras entidades territoriales, por lo que los nacimientos en el Distrito son muy pocos, tal es el caso de COMFAMILIAR- Huila año 2016 y COMFABOY durante el año 2017. Para el primer año analizado la RMM más alta se muestra para la población pobre no asegurada.

Tabla 50. Casos de mortalidad materna por entidad aseguradora. Bogotá 2015 - 2017

EAPB	2015			2016			2017		
	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón
CAFESALUD	2	4726	42,3	3	11647	25,8	3	6081	49,3
CAPITAL SALUD	5	14925	33,5	4	14106	28,4	5	13332	37,5
CAPRECOM	1	3135	31,9	0	-	-	0	-	-
COMFABOY	0	-	-	0	-	-	1	13	7692,3
COMFAMILIAR HUILA-CM	0	-	-	1	59	1694,9	0	-	-
COMPENSAR E.P.S.	4	12783	31,3	2	13100	15,3	1	12703	7,9
COOMEVA S.A.	1	2250	44,4	0	-	-	2	1809	110,6
CONVIDA	0	-	-	1	250	400,0	0	-	-
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	4373	22,9	0	-	-	0	-	-
E.P.S. SANITAS S.A.	1	8823	11,3	0	-	-	0	-	-
EPS SURA	3	3339	89,8	0	-	-	0	-	-
FAMISANAR LTDA. E.P.S.	2	15227	13,1	3	15527	19,3	3	15115	19,8
FFD	0	-	-	0	-	-	1	-	-
NO ASEGURADOS	6	4873	123,1	3	3951	75,9	1	2847	35,1

EAPB	2015			2016			2017		
	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón	Casos	NV	Razón
NUEVA EPS	3	3782	79,3	3	4196	71,5	2	4175	47,9
POLICIA NACIONAL	1	1109	90,2	1	1065	93,9	0	-	-
SALUD TOTAL S.A.	3	9420	31,8	2	9747	20,5	2	9270	21,6
SALUDCOOP	1	8008	12,5	0	-	-	0	-	-
SALUDVIDA	0	-	-	0	-	-	1	200	500,0
SANITAS	0	-	-	3	9375	32,0	2	10361	19,3
SURA	0	-	-	1	3521	28,4	1	3413	29,3
SIN INFORMACION	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	35	102778	34,1	27	98689	27,4	25	91672	27,3

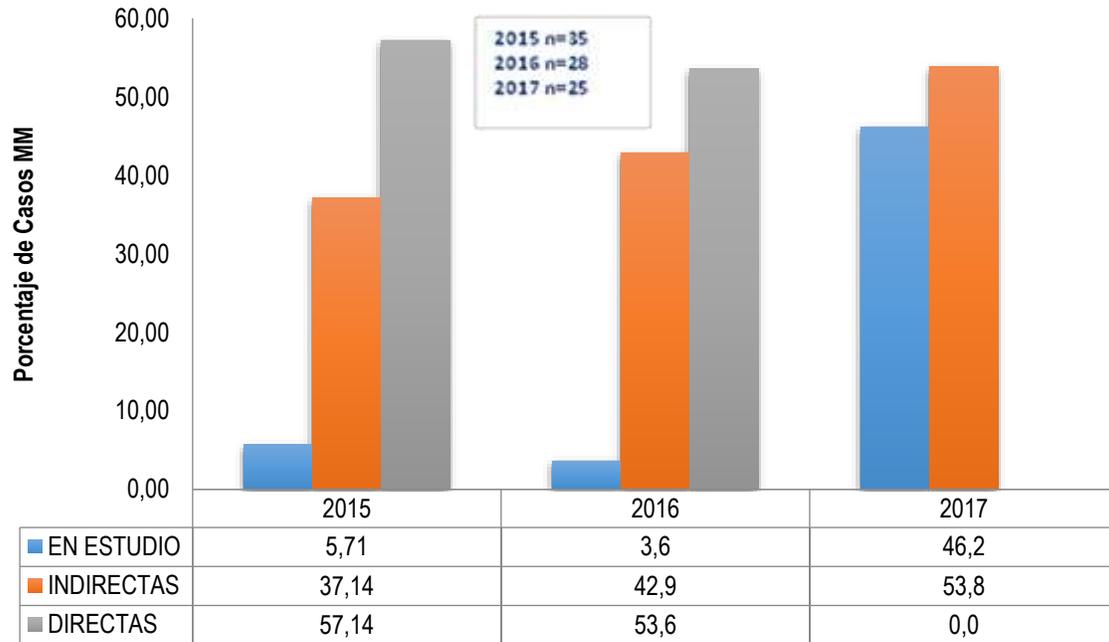
Fuente: 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

e. Caracterización de los casos.

Para el periodo 2015 a 2017 la principal causa de mortalidad se relaciona a causas obstétricas directas. En el año 2015 el 57% (n=20), corresponde a causas directas: hemorragias (40%), trombo embolismo pulmonar (25%), trastornos hipertensivos (20) y sepsis el 15% restante y en el año 2016 el 53,6% (n=15), hemorragias (40%), trombo embolismos pulmonar (26,6%), trastornos hipertensivos (20%) y sepsis (13%).

En el año 2017 se observa que un número importante de casos se encuentra en estudio por parte del Instituto de Medicina Legal (24% de los casos notificados). Las causas directas tienen una participación del 48%, mostrando de manera preliminar una reducción en el número de casos por hemorragia en relación a los años anteriores (16%), la sepsis ocupa el primer puesto con 33,3%, el trombo embolismo pulmonar y trastornos hipertensivos aportan el 25% cada causa. Las muertes Indirectas aportan el 37%, 43% y 28% de los casos para 2015, 2016 y 2017 respectivamente. Las causas están asociadas a patologías preexistentes como tumores (coriocarcinoma, mama, lengua, leucemia), VIH, cardiopatías y hemorragias intracerebral/subaracnoidea.

Gráfico 7. Porcentaje de casos según clasificación preliminar de las causas de mortalidad materna. Bogotá 2015 – 2017.



Fuente: 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017).

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

Base de datos Unidades de Análisis caso Mortalidad Materna, años 2015 a 2017

Tabla 51. Proporción de Mortalidad materna por causas obstétricas directas, Bogotá 2015 - 2017.

CAUSA	2015	2016	2017
SEPSÍS	15,0	21,4	21,4
HTA	20,0	28,6	35,7
TEP	25	28,6	21,4
HEMORRAGIAS	40	21,4	21,4
TOTAL PORCENTAJE	100,0	100,0	100,0
TOTAL CASOS	20	14	14

Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS Unidad de Análisis Distritales 2015 a 2017

Tabla 5. Proporción de Mortalidad materna por causas No obstétricas Indirectas, Bogotá 2016 - 2017.

2016	2017
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA- EMBOLISMO PULMONAR	CHOQUE HEMORRAGICO - METASTASIS CANCER DE LENGUA
SINDROME NEFROTICO-GLOMERULOESCLEROSIS	SEPTISEMIA NO ESPECIFICADA ABCESO CEREBRAL
INSUFICIENCIA RENAL-SINDROME DE LISIS TUMORAL	TIRATOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO
ARRITMIA CARDIACA- CORONARIOPATIA TROMBOTICA ARTERIA	EDEMA CEREBRAL- TROMBOSIS SENOS VENOSOS
ASPERGILOSIS PULMONAR-VIH	CHOQUE NEUROGENICO - METASTASIS CEREBRAL
INSUFICIENCIA VALVULAR MITRAL - CARDIOPATIA REUMATICA	
CRISIS ASMATICA SEVERA- ASMA CRONICA	
CHOQUE HIPOVOLEMICO - HEMANGIOMA HEPATICO	
FALLA VENTILATORIA AGUDA- METASTASIS PULMONAR-	
CHOQUE SEPTICO- NEFRITIS LUPICA	

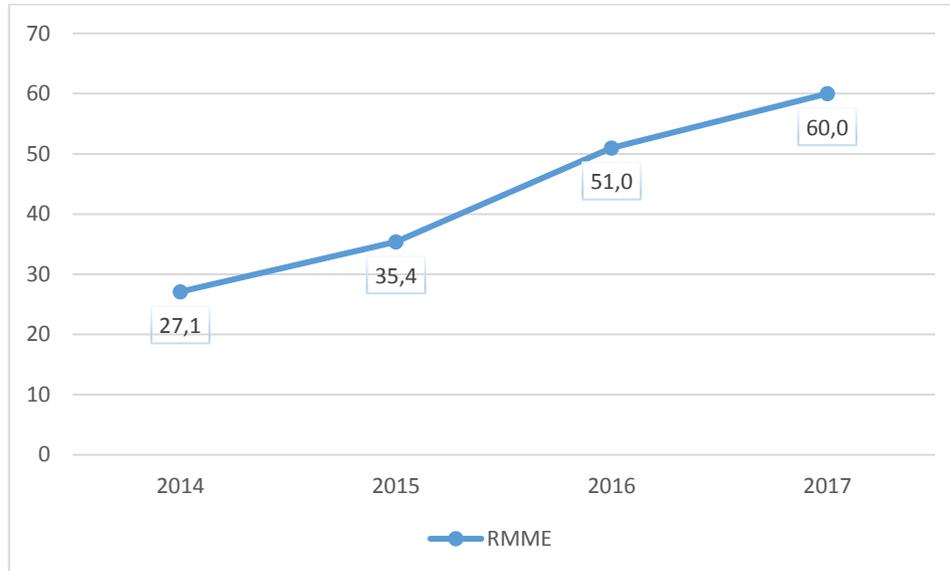
Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS Unidad de Análisis Distritales 2016 a 2017

Para el periodo 2015 a 2017 se presentaron un total de 87 defunciones maternas. Según el nivel educativo de las mujeres fallecidas se observa que 63,2% (n=55), de los casos no tenía estudios superiores, es decir, cursaban primaria y/o bachillerato básico, el 26,4% (n=23), tenía estudios técnicos o universitarios y no se cuenta con información en el 10,3% (n=9).

17. Casos y razón de morbilidad materna extrema MME para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Gráfico 2. Tendencia de la Morbilidad Materna Extrema. Bogotá años 2014 – 2017.



Fuente: Base de datos SIVIGILA evento 549, años 2014 a 2017.

La evolución de la morbilidad materna extrema, presenta un comportamiento hacia el aumento, con una ganancia del 121% en relación a la razón de morbilidad materna extrema por 1.000 nacidos vivos (2014: 27,1 * 1.000 nv - 2017: 60,0 * 1.000 nv) y del 95% en cuanto a número de casos (2014 n=2816 - 2017 n= 5498). Comportamiento propio de la adopción y adherencia a la vigilancia del evento dentro desde reciente implementación, en el año 2012, así como a los cambios dentro de los criterios de inclusión.

b. Desagregado por localidades

La razón de morbilidad materna extrema (MME) pasó de 35 por mil nacidos vivos en el año 2015 a 60 por mil nacidos vivos en el año 2017. Las localidades donde se presenta la mayor RMME son

Candelaria, Sumapaz y Mártires, donde se observa una relación directa con el menor número de nacimientos.

Tabla 52. Casos y razón de morbilidad materna extrema según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	2015		2016		2017	
	Número MME	Razón por 1.000 NV	Número MME	Razón por 1.000 NV	Número MME	Razón por 1.000 NV
Usaquén	192	30,2	293	47,2	255	43,4
Chapinero	73	37,9	95	46,5	106	54,4
Santafé	78	50,6	80	58,5	96	62,1
San Cristóbal	254	42,1	305	52,7	335	64,5
Usme	189	34,5	275	50,3	321	61,8
Tunjuelito	98	36,2	161	61,9	167	69,3
Bosa	312	29,9	487	48,5	498	53,0
Kennedy	493	32,8	724	51,2	790	59,3
Fontibón	153	35,9	212	50,4	256	68,2
Engativá	340	36,2	478	54,6	499	61,6
Suba	456	30,8	593	43,2	703	53,4
Barrios Unidos	62	39,4	79	50,8	98	67,8
Teusaquillo	61	46,9	84	68,1	93	80,0
Mártires	51	43,6	75	68,6	103	99,8
Antonio Nariño	54	45,2	63	51,4	78	75,3
Puente Aranda	115	37,3	149	52,3	141	58,7
Candelaria	27	78,5	53	205,4	44	152,2
Rafael Uribe	230	42,8	295	54,8	328	70,2
Ciudad Bolívar	333	32,3	432	44,1	556	59,1
Sumapaz	2	54,1	3	88,2	1	33,3
Sin Localidad	16	38,2	96	NA	30	101,4
Tota Bogotá	3589	34,9	5032	51	5498	60,0

Fuente 2015: Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018).

Base de datos SIVIGILA, Evento 549, semana epidemiológica 52, años 2015 a 2017.

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

La morbilidad materna es un evento que afecta principalmente a los grupos de edad extremos, en Bogotá se observa que el mayor número de casos se presentan en las mujeres menores de 15 y las mayores de 35 años. De manera general para todos los grupos de edad se observa un aumento tanto en el número de casos como en la razón en el año 2017 respecto al año 2015, lo cual puede estar relacionado con una mejor captación de casos a través del sistema de vigilancia epidemiológico.

Tabla 53. Casos y razón de morbilidad materna extrema, según grupo de edad. Bogotá 2015 – 2017.

Edad	2015		2016		2017	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
De 10 a 14	17	46,3	25	79,4	26	85,5
De 15 a 19	499	32,4	588	42,7	646	53,9
De 20 a 24	812	29,4	1167	44,0	1318	53,9
De 25 a 29	813	32,5	1184	48,6	1264	55,1
De 30 a 34	754	36,6	1078	54,2	1169	63,4
De 35 y Mas	694	50,2	990	71,5	1075	79,4
Total	3589	34,9	5032	51,0	5498	60,0

Fuente 2015: Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018).

Base de datos SIVIGILA, Evento 549, semana epidemiológica 52, años 2015 a 2017.

- d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En relación al régimen de afiliación al sistema de salud, el régimen contributivo aporta en promedio un 75% de la notificación de casos de morbilidad materna extrema para los tres años analizados, sin embargo al realizar el análisis de la afectación según la RMME, el régimen excepción presenta el indicador más negativo para el periodo con 40,7 año 2015, 83 año 2016 y 87,8 casos de MME por 1.000 NV a 2017. La población pobre no asegurada presenta para los últimos dos años el segundo puesto entre los régimen de afiliación con RMME mas alta.

Tabla 54. Casos y razón de morbilidad materna extrema por tipo de afiliación en salud. Bogotá 2015 – 2017.

Tipo de afiliación	2015	2016	2017
--------------------	------	------	------

	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Contributivo	2751	37,0	3804	51,6	4164	60,9
Subsidiado	583	28,4	796	43,6	895	49,7
Excepción	120	40,7	228	83,0	214	87,8
No Asegurado	135	27,7	204	51,6	225	79,0
Total	3589	34,9	5032	51,0	5498	60,0

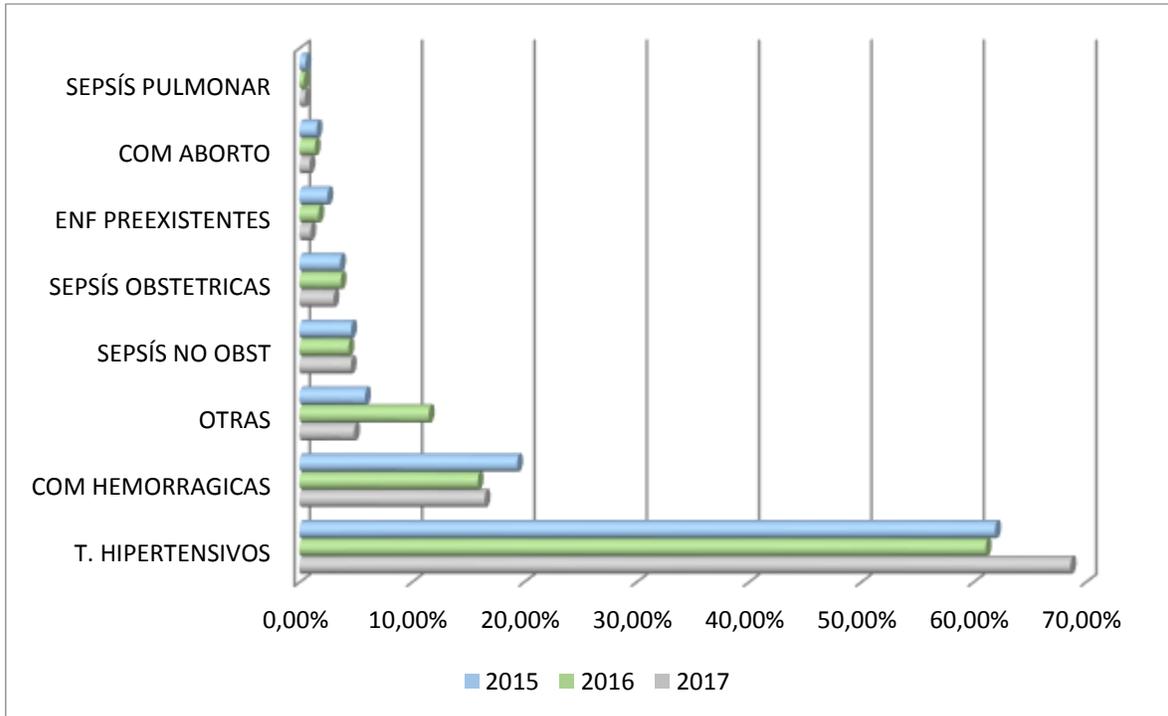
Fuente 2015: Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018). Base de datos SIVIGILA, Evento 549, semana epidemiológica 52, años 2015 a 2017.

Tabla 55. Casos y razón de morbilidad materna extrema por entidad aseguradora. Bogotá 2015 – 2017.

EAPB	2015				2016				2017			
	CASOS	PORCENTAJE	NV	RMME	CASOS	PORCENTAJE	NV	RMME	CASOS	PORCENTAJE	NV	RMME
COMPENSAR EPS.	557	15,29%	12783	43,6	694	13,76%	13100	53,0	798	14,36%	12703	62,8
FAMISANAR EPS. LTDA.	465	12,77%	15523	30,0	613	12,15%	15527	39,5	822	14,79%	15115	54,4
CAPITAL SALUD EPS-SSAS	391	10,74%	14925	26,2	578	11,46%	14106	41,0	577	10,38%	13332	43,3
SALUD TOTAL SA. EPS.	356	9,77%	9217	38,6	587	11,64%	9747	60,2	651	11,71%	9270	70,2
SALUDCOOEPS.	291	7,99%	8008	36,3								
SANTASEPS SA.	203	5,57%	8823	23,0	241	4,78%	9375	25,7	326	5,86%	10361	31,5
CAFESALUD EPS.SA.	185	5,08%	4726	39,1	695	13,78%	11647	59,7	438	7,88%	6081	72,0
NUEVA EPS	174	4,78%	3818	45,6	238	4,72%	4196	56,7	248	4,46%	4175	59,4
CRUZ BLANCA EPSSA.	159	4,37%	4373	36,4	186	3,69%	3943	47,2	220	3,96%	3121	70,5
NO ASEGURADO	138	3,79%	4873	28,3	204	4,04%	3951	51,6	233	4,19%	2847	81,8
MEDIMAS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	85592		183	3,29%	1848	99,0
OTRASEAPB	723	19,85%	15709	46,0	1009	20,00%	13097	77,0	1063	19,12%	12819	82,9
Total general	3642	100,00%	102778	35,4	5045	100,00%	98689	51,1	5559	100,00%	91672	60,6

Fuente 2015: Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018). Base de datos SIVIGILA, Evento 549, semana epidemiológica 52, años 2015 a 2017.

Gráfico 3. Morbilidad Materna Extrema, según Causa Agrupada Bogotá años 2015– 2017.



Base de datos SIVIGILA, Evento 549, semana epidemiológica 52, años 2015 a 2017.

Los casos de morbilidad materna extrema para el Distrito Capital han mantenido la mayor proporción, por complicaciones del grupo de trastornos hipertensivos en promedio en un 63,8% para el periodo de los tres años. Las complicaciones hemorrágicas del segundo y tercer trimestre ocupan el segundo lugar con un promedio de 17,2%.

La realización de las unidades de análisis se realiza al 100% de los casos con residencia en el Distrito sin incluir por causas externas, exceptuando suicidio consumado. Dichos análisis son realizados según la metodología de Ruta de la Vida, Camino a la Supervivencia de Deborah Maine y el aplicativo del Instituto Nacional de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna basada en la Web (SVEMMBW).

A continuación, se mencionan los hallazgos más relevantes según grupo de demoras:

1. **RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA:** Señaladas principalmente hacia las acciones de promoción y detección oportuna y articulación entre aseguradoras y su red de prestadores. Los hallazgos más relevantes son:

a. Deficiencia en las estrategias de educación, información y comunicación a la gestante

- b. No se realizó seguimiento a la gestante y/o mujer en edad fértil de alto riesgo.
- c. Fallas en la canalización y seguimiento efectivo a planificación familiar pos evento obstétrico.
- 2. OPORTUNIDAD DE LA DECISIÓN Y DE LA ACCIÓN: Establecida a la subvaloración del riesgo por parte de la usuario y/o su familia principalmente.
 - a. Falta de adherencia al programa de control prenatal
- 3. ACCESO A LA ATENCIÓN/LOGÍSTICA DE REFERENCIA: Son encontrados inconvenientes en la oportunidad de la remisión dadas por falta de articulación entre EAPB - IPS – ESE identificando fallas al momento de solicitar la remisión. Así como inconvenientes en casos de multifiliación o sin aseguramiento especialmente visualizado para la atención a mujeres con criterios de severidad para morbilidad materna extrema.
 - a. Revisión del procedimiento de referencia y contrarreferencia,
 - b. Dificultad en el acceso a los servicios de salud por barreras dadas por problemas en el aseguramiento (multifiliación, cambio del régimen de afiliación)
- 4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Se identifican fallas en la adopción y adherencia a protocolos y guías de manejo clínico principalmente relacionados con regulación de la fecundidad, control prenatal, trastornos hipertensivos, protocolo MME en relación al seguimiento efectivo durante la gestación y pos egreso a la paciente con alto riesgo.

18. Cobertura de control prenatal para los años 2015, 2016 y 2017

El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, no capta de manera obligatoria las variables relacionados con el número de controles prenatales ni la relación de mujeres con un nacido vivo que tuvieron más de cuatro controles prenatales. Sin embargo se realiza el análisis a partir de la base de nacidos vivos para los años correspondientes, los datos se adjuntan en el Excel p17.

19. Porcentaje de captación temprana (primer trimestre) para los años 2015, 2016 y 2017

La información sobre captación temprana a partir de la fuente de datos SISPRO (Resolución 4505 del año 2012 del Ministerio de salud), no puede ser desagregarla, por localidad, ni por grupo de edad. La consulta por tipo de vinculación no se tiene consolidada sino desagregada por EAPB, pero no para todos los años en todos los aseguradores, lo que no hace posible consolidar la información por tipo de vinculación.

Tabla 56. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal.

Municipio	2015	2016	2017 - 06
Bogotá	31,06	31,12	34,93

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD)

20. Casos y tasa de mortalidad perinatal para los años 2015, 2016 y 2017.

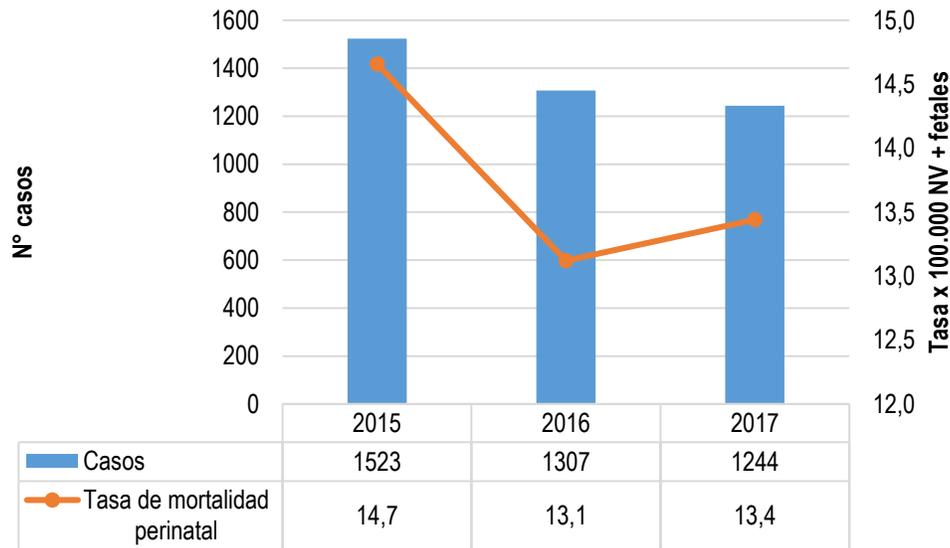
La definición de caso de la muerte perinatal de conformidad a lo establecido en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (Sivigila) incluye la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento y las Muertes neonatales tempranas son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días).

a. Total Bogotá

El comportamiento de la muerte perinatal en Bogotá muestra una tendencia hacia la disminución. Del año 2015 al año 2017 se evidencia un decremento de 216 muertes, lo que permitió registrar la tasa más baja durante el periodo analizado con 13,1 casos por 1000 nacidos vivos más fetales.

En el año 2017 se presentaron con un total de 1 244 casos registrando así la cifra más baja durante los últimos tres años, que corresponde a una tasa de 13,4 casos por 1000 nacidos vivos más fetales.

Gráfico 8. Tendencia de la mortalidad perinatal, Bogotá Años 2015 – 2017.



Fuente 2013-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017).
Fuente 2016: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico ajustada agosto 2017 preliminar.
Fuente E 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018)

b. Desagregado por localidades

Según localidad de residencia en el Distrito Capital, las localidades que presentan el mayor número de muertes perinatales son Bosa, Kennedy, Engativá, Suba y Ciudad Bolívar; este comportamiento es similar durante los últimos tres años.

Entre las localidades que registraron para el 2017 un aumento en la tasa de muerte perinatal respecto al año 2016 se encuentran Santafé, San Cristóbal, Mártires y Candelaria en esta última localidad se presenta una tasa de 46,7 por 1000 nacidos vivos; revisando la tendencia de esta localidad en los últimos cuatro años, se observa para el 2016 un comportamiento atípico con 0 casos, respecto a los años anteriores ya que entre 2014 y 2015 esta localidad registro 15 muertes; cabe aclarar que de los 14 casos del año 2017, cuatro corresponden a interrupciones voluntarias del embarazo, las cuales se registran en la base por cumplir con 22 semanas de gestación o 500 gr de peso; adicionalmente esta es la segunda localidad del Distrito con menor número de nacidos vivos (n=300) en el año 2017.

Tabla 57. Casos y Tasas Muerte Perinatal según localidad de residencia 2015-2017

Localidad	2015		2016		2017	
	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales	Número	Tasa x 1000 NV más Fetales
Usaquén	70	10,9	69	11	53	9
Chapinero	20	10,3	9	4,4	17	8,7
Santafé	18	11,6	23	16,6	29	18,5
San Cristóbal	106	17,4	58	10	66	12,6
Usme	90	16,2	73	13,1	73	13,9
Tunjuelito	39	14,2	43	16,3	36	14,8
Bosa	146	13,8	118	11,6	110	11,6
Kennedy	230	15,2	174	12,2	185	13,8
Fontibón	54	12,6	55	12,9	61	16,1
Engativá	132	13,9	104	11,7	117	14,3
Suba	205	13,7	186	13,4	170	12,8
Barrios Unidos	17	10,8	23	14,6	15	10,3
Teusaquillo	20	15,2	17	13,5	14	11,9
Mártires	15	12,7	15	13,6	15	14,4
Antonio Nariño	12	10	18	14,6	13	12,4
Puente Aranda	46	14,8	35	12,2	27	11,2
Candelaria	5	14,4	0	0	14	46,7
Rafael Uribe	72	13,3	77	14,2	61	12,9
Ciudad Bolívar	177	16,9	159	16	110	11,6
Sumapaz	2	51,3	0	0	0	0
Sin Localidad	47		51		58	
Total Bogotá	1523	14,7	1307	13,1	1244	13,4

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017)
Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Según tipo de afiliación, las muertes perinatales se presentan con mayor frecuencia en el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. Durante los años 2015-2017 el comportamiento frente a

régimen de afiliación fue similar, sin embargo el número de casos observados en población no asegurada han ido aumentando progresivamente; de 121 muertes perinatales en el año 2015 se tuvo incremento de seis casos más para el año 2016 y en 2017 se registraron 137 casos lo que corresponde a la mayor tasa en los últimos tres años con 46,4 muertes por 1000 nacidos vivos más fetales, esto se relaciona igualmente con el decremento en el número de nacidos vivos en la población no asegurada con una disminución entre 2015 a 2017 de 2.016 nacimientos.

Tabla 58. Comportamiento de la mortalidad perinatal según tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 – 2017.

Régimen Seguridad Social	2015		2016		2017	
	Casos	Tasa x 1000 NV más Fetales	Casos	Tasa x 1000 NV más Fetales	Casos	Tasa por 1000 NV más fetales
Contributivo	1015	13,5	838	11,3	783	11,4
Subsidiado	323	15,5	308	16,7	299	16,4
Excepción/Especial	32	10,8	34	12,3	25	10,2
No Asegurado	121	24,4	127	31,4	137	46,4
Sin Información	32	1454,5	0	0	0	0
Total	1523	14,7	1307	13,1	1244	13,4

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017)
Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

21. Casos y proporción de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal para los años 2015, 2016 y 2017.

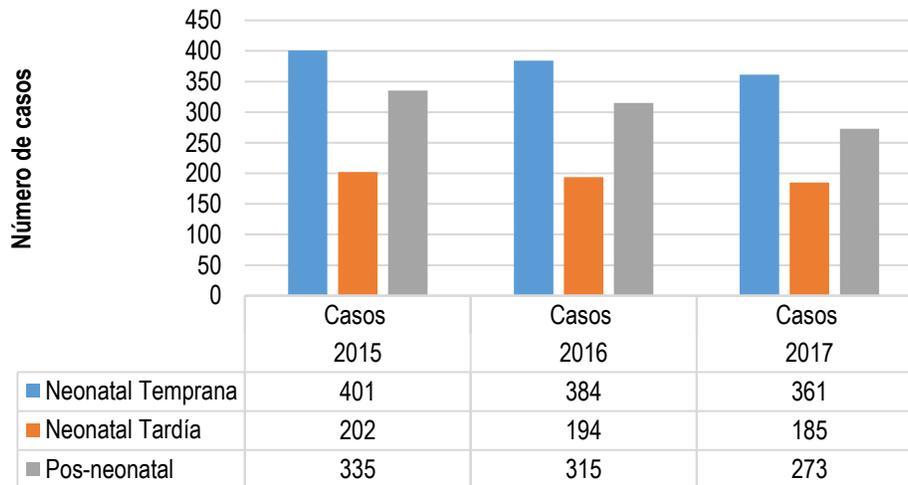
a. Total Bogotá

De acuerdo a la clasificación de la muerte la mayor proporción para los tres años analizados se encuentra en las muertes neonatales tempranas (muerte que ocurre desde el nacimiento hasta los seis días de vida); en el año 2015 la muertes tempranas representan el 42,8% (n=401) de los casos de muertes en menores de un año, en el 2016 el 43% (n=384) y en 2017 el 44,1% (n=361).

Respecto a las mortalidad tardía (desde los 7 hasta los 27 días de vida), su porcentaje es el menor en relación a las muertes infantiles en cada año, entre 21,5% y 22,6 % del total de casos observados en este periodo.

Respecto a las muertes pos-neonatales (entre los 28 y los 364 días de vida), para el año 2015 representaron el 35,7% y se observa un decremento cada año llegando a 2017 con un 33,3%.

Gráfico 8. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos neonatal. Bogotá 2015 – 2017.



Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018.

b. Desagregado por localidades

Según localidad de residencia, las localidades que presentan la mayor proporción de muertes en menores de un año son Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar, Engativá y Bosa; para el año 2015 estas localidades concentran el 57,1% (n=536) de los casos; en el año 2016 el 59,8% (n=534) y para 2017 el 55,1% (n=451). En estas localidades se observa un decremento en los últimos dos años; se resalta la disminución de muertes en la localidad Ciudad Bolívar en donde se observa una disminución de 42 casos para el año 2017 respecto al año inmediatamente anterior.

Tabla 59. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	Casos											
	2015				2016				2017			
	Neonatal Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonatal Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonatal Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general
Usaquén	26	8	21	55	24	9	9	42	13	13	10	36
Chapinero	7	4	2	13	2	3	1	6	1	2	4	7
Santafé	6	1	7	14	7	1	3	11	9	2	6	17
San Cristóbal	29	16	21	66	21	7	25	53	19	12	22	53
Usme	13	14	22	49	17	14	23	54	15	14	17	46
Tunjuelito	8	5	8	21	20	3	8	31	10	7	10	27
Bosa	34	16	26	76	37	15	34	86	32	11	27	70
Kennedy	59	36	48	143	52	24	47	123	63	24	33	120
Fontibón	20	12	10	42	16	6	4	26	25	4	13	42
Engativá	32	22	30	84	32	27	20	79	38	18	17	73
Suba	64	24	39	127	53	36	46	135	55	26	38	119
Barrios Unidos	8	1	2	11	5	3	6	14	6	2	2	10
Teusaquillo	4	2	3	9	5	0	1	6	5	4	2	11
Mártires	6	1	3	10	5	0	4	9	4	6	2	12
Antonio Nariño	2	4	3	9	8	4	3	15	3	3	1	7
Puente Aranda	13	3	3	19	8	3	9	20	10	7	2	19
Candelaria	2	1	0	3	0	1	0	1	3	0	2	5
Rafael Uribe	19	8	19	46	20	10	9	39	14	13	14	41
Ciudad Bolívar	43	19	44	106	40	25	46	111	25	15	29	69
Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Localidad	6	5	24	35	12	3	17	32	11	2	22	35
Total Bogotá	401	202	335	938	384	194	315	893	361	185	273	819

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Según régimen de afiliación y clasificación de la mortalidad infantil durante los años 2015 a 2017 mayor número de casos se presenta en el régimen contributivo, subsidiado y excepción; en el año 2015 el 62,7% (n=588) de las muertes se presentó en el régimen contributivo; para el año 2016 el 86,8% (n=776) correspondieron a régimen contributivo y subsidiado y en el año 2017 de las 819 muertes que se presentaron 520 pertenecían al régimen contributivo lo que corresponde a un 63,5%, cada año la población pobre no asegurada aporta entre el 7,5% y el 11,4 de la totalidad de los casos.

Tabla 60. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, según tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017.

Año	Tipo De Afiliación	Contributivo		Subsidiado		Excepción		Especial		No Asegurado		Sin Información		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
2015	Neonatal Temprana	276	29,4	76	8,1	6	0,6	1	0,1	31	3,3	11	1,2	401	42,8
	Neonatal Tardía	132	14,1	43	4,6	5	0,5	0	0,0	13	1,4	9	1,0	202	21,5
	Pos-neonatal	180	19,2	74	7,9	3	0,3	0	0,0	26	2,8	52	5,5	335	35,7
	Total 2015	588	62,7	193	20,6	14	1,5	1	0,1	70	7,5	72	7,7	938	100
2016	Neonatal Temprana	269	30,1	77	8,6	8	0,9	0	0,0	30	3,4	0	0	384	43,0
	Neonatal Tardía	148	16,6	35	3,9	3	0,3	1	0,1	7	0,8	0	0	194	21,7
	Pos-neonatal	163	18,3	84	9,4	4	0,4	0	0,0	64	7,2	0	0	315	35,3
	Total 2016	580	64,9	196	21,9	15	1,7	1	0,1	101	11,3	0	0	893	100
2017	Neonatal Temprana	251	30,6	72	8,8	8	1,0	0	0	30	3,7	0	0	361	44,1
	Neonatal Tardía	124	15,1	35	4,3	10	1,2	0	0	16	2,0	0	0	185	22,6
	Pos-neonatal	145	17,7	75	9,2	6	0,7	0	0	47	5,7	0	0	273	33,3
	Total 2017	520	63,5	182	22,2	24	2,9	0	0	93	11,4	0	0	819	100

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

22. Casos y tasa de sífilis congénita para los años 2015, 2016 y 2017.
 - a. Total Bogotá
 - b. Desagregado por localidades

La incidencia de Sífilis congénita por 1.000 Nacidos Vivos para el año 2017 es de 1,6 por 1.000 NV (datos preliminares). Las localidades que ocupan los primeros puestos con mayor incidencia por 1.000

NV son: Candelaria, Mártires, Santafé y Tunjuelito. El comportamiento del indicador para este año presenta un aumento el cual coincide con el comportamiento del el país; esto puede estar relacionado con mayor adherencia a la notificación, sin embargo es importante tener en cuenta que la ciudad ha tenido un avance en la razón sífilis gestacional vs sífilis congénita pasando de 0,39 en el 2013 a 0,2 en el 2017 (dato preliminar).

Para el cumplimiento de la meta se han intensificado acciones relacionadas con el diagnóstico oportuno con prueba rápida e inicio inmediato de tratamiento, estudio y tratamiento de contactos, asistencia técnica y capacitación en el marco del Modelo Integral de salud a IPS del componente primario y complementario con énfasis en guías y en el plan de eliminación, búsqueda activa de casos de ITS en laboratorios para generación de alertas tempranas.

Tabla 61. Número de casos e Incidencia de sífilis congénita, según localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	2015		2016		*2017	
	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV
Antonio Nariño	5	1,6	0	0,0	2	1,9
Barrios Unidos	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Bosa	10	0,7	15	1,5	10	1,1
Candelaria	5	0,9	5	19,8	2	6,9
Chapinero	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Ciudad Bolívar	13	1,3	15	1,5	18	1,9
Engativá	6	0,4	9	1,0	14	1,7
Fontibón	1	0,1	3	0,7	2	0,5
Kennedy	8	1,9	14	1,0	20	1,5
Los Mártires	12	10,2	12	11,1	8	7,8
Puente Aranda	1	3,0	3	1,1	2	0,8
Rafael Uribe Uribe	14	1,4	10	1,9	7	1,5
San Cristóbal	12	2,2	12	2,1	8	1,5
Santafé	6	1,0	6	4,4	12	7,8
Sin Dato	2	0,3	2	3,0	1	3,4
Suba	9	5,8	5	0,4	19	1,4
Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Teusaquillo	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Tunjuelito	4	0,4	4	1,5	6	2,5
Usaquén	3	1,6	2	0,3	1	0,2
Usme	7	2,6	12	2,2	10	1,9
Total Bogotá	119	1,2	130	1,3	144	1,6

Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2015-*2017 Datos preliminares

Fuente 2015- 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

Datos Preliminares 2017: Ajustado 15-01-2018 (Corte 12-01-2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Para el año 2017 se observa que la distribución de casos entre el régimen contributivo y subsidiado aportaron el 81% del total de los casos, en comparación con el mismo periodo de 2016 que aportaron el 89,2 % de los casos.

Respecto a la incidencia de sífilis congénita de acuerdo al régimen de afiliación para el año 2017, el régimen especial, la población no afiliada y el régimen subsidiado, muestran mayor incidencia por 1000 NV.

Tabla 62. Número de casos, porcentaje e incidencia de sífilis congénita por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 – 2017.

Tipo de Aseguramiento	N. Casos 2015	%	Incidencia X 1000NV	N. Casos 2016	%	Incidencia X 1000NV	N. Casos *2017	%	Incidencia X 1000NV
Contributivo	29	24	0,4	61	46,9	0,8	50	35	0,7
Subsidiado	70	55	3,4	55	42,3	3	67	47	3,7
No Afiliado	20	17	0	13	10	33,3	25	17	90,9
Especial	0	0	4,1	1	0,8	3,3	2	1	8,8
Total	119	100	1,2	130	100	1,3	144	100	1,6

Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2015-*2017 Datos preliminares

Fuente 2015- 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

Datos Preliminares 2017: Ajustado 15-01-2018 (Corte 12-01-2018)

Es necesario continuar la intensificación de las estrategias en el régimen subsidiado y los no afiliados en relación con el diagnóstico oportuno, la adherencia a protocolos y guías de atención, el seguimiento al tratamiento a la pareja durante el periodo de la gestación y generar estrategias de impacto de comunicación y educación que permitan aportar al mejoramiento del comportamiento del evento en población general.

d. Desagregado por país de origen.

Es importante tener en cuenta que para el año 2017 se notificaron 3 casos con procedencia de Venezuela, los cuales no se incluyen en la medición del indicador, dado que llegaron al momento del parto y llevaban menos de 6 meses en Bogotá. Por lo anterior no es posible atribuir el comportamiento del indicador a la población venezolana para este año.



e. Avances en la implementación de la Estrategia de Eliminación de Transmisión Materno Infantil (TMI) de ITS.

Dando continuidad a la intensificación de las acciones de la ETMI en el Distrito, se ha realizado un seguimiento de los indicadores y revisión de las estrategias en el marco del plan de acción de intensificación para sífilis congénita en los componente de: monitoreo y evaluación, Plan de Intervenciones Colectivas y aseguramiento y prestación de servicios de salud. En este seguimiento se involucran las Subredes de atención, EAPB e IPS.

Dentro del seguimiento se realiza evaluación de los indicadores de estas ITS en gestantes y menores, seguimiento a las unidades de análisis institucionales de los casos de sífilis congénita para revisar la definición de casos y correcta notificación de los mismos; con este insumo se ha solicitado al área de calidad de las subredes realizar acciones de seguimiento respecto a los hallazgos encontrados relacionados con la atención y adherencia a guías. Lo anterior como parte del monitoreo y evaluación, adicionalmente se han realizado reuniones periódicas de seguimiento con las EAPB, en aras de mejorar el comportamiento de los indicadores por parte de las mismas y garantizar la atención integral por parte de los prestadores sin barreras de acceso.

En el Plan de Intervenciones Colectivas se cuenta con un componente de Salud Sexual y reproductiva donde se garantizó un referente para el seguimiento de los casos reportados a la estrategia de transmisión materno infantil, se priorizaron los casos de gestantes con ITS para seguimiento desde el espacio Vivienda independientemente del régimen de afiliación de tal manera que se abordan de manera integral y se realiza la entrega de preservativos gratuitos para la usuarias y su pareja.

Desde el equipo interdirecciones Distrital, se realiza mensualmente el acompañamiento al equipo de las Subredes donde participan: el área de gestión el riesgo, referentes de protección específica y detección temprana, referente cohorte de gestantes, área de calidad, salud pública, vigilancia epidemiológica con el fin de realimentar los avances y revisar las acciones relacionadas con demanda inducida a control prenatal, la implementación de pruebas rápidas en los puntos de Control Prenatal y garantía del tratamiento sin barreras de acceso para la mujer gestante y la pareja.

Dentro de la estrategia distrital se cuenta con un componente de fortalecimiento técnico donde se realiza capacitación en conjunto con el Laboratorio de Salud Pública para asesoría en prueba

voluntaria e interpretación de pruebas rápidas para sífilis y VIH, además de espacios de capacitación en la guía de práctica clínica.

15. Programa maternidad y paternidad temprana

En el marco de disminuir barreras de acceso a servicios de salud como parte del Programa de Prevención de la Paternidad y Maternidad Temprana, se ha llevado a cabo un acompañamiento de 16 horas en 13 puntos de prestación de la Red Pública y a 9 EAPB (8 horas de duración) de Bogotá en los cuales abordamos los siguientes temas:

- Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (incluyendo IVE y acceso a métodos aún siendo menor de 14 años sin autorización de acudiente)
- Consulta Diferencial para Niños, Niñas, Jóvenes y Adolescentes
- Lineamientos de Anticoncepción de la OMS
- Plataforma Sexperto.co

Adicionalmente se ha realizado una línea base que permite observar los servicios de la red pública (usando los instrumentos de calificación de servicios amigables de Min. Salud) y un seguimiento de cómo estos han mejorado después del acompañamiento que se ha realizado por parte de los equipos de la SDS bajo el Liderazgo de Provisión de Servicios y Aseguramiento con el acompañamiento de Salud Pública.

Todos estos puntos cuentan con agendamiento digital directo para usuarios de Capital Salud a citas/asesorías de anticoncepción desde Sexperto.co.

A la fecha hemos agendado más de 400 citas de anticoncepción desde la plataforma Sexperto.co. Esperamos vincular al régimen contributivo en las próximas semanas. Ya tenemos acuerdos con Sanitas y Compensar y esperamos concretar acuerdos con Famisarnar, Medimas y Salud Total en el próximo mes.



En términos de servicios a amigables de la red pública, tenemos consulta diferencial para joven bajo el modelo de Servicios Integrales en Salud para Adolescentes y Jóvenes (SISAJ) en 13 puntos y hemos sensibilizado a 9 EAPB.

1. Subred Norte: San Cristóbal, La Española, Suba
2. Subred Centro Oriente: Primero de Mayo, Olaya, Chircales
3. Subred Sur: Jerusalén, Betania, Vista Hermosa
4. Subred Sur Occidente: Laureles, Asunción Bochica, Centro Día, Zona Franca (en proceso de acompañamiento)
5. EAPB: Cruz Blanca, Policía Nacional, Famisanar, Salud Total, Compensar, Sanitas, Medimas, Sura, Esimed

En estos puntos atienden consultas con enfoque diferencial a niños, niñas, jóvenes y adolescentes entre los 10 y 29 años en consulta o asesoría de anticoncepción por jefe de enfermería o médico general o ginecólogo capacitado por la SDS para tener una intervención en el marco de los derechos que se adhiera a la política nacional vigente.

Adicional a todo esto, y a partir de julio, empezamos 8 ferias al mes en espacios vivienda y escolar. Estas ferias son Intersectoriales (Participan S. Mujer, S. Gobierno, S. Integración, S. Educación y S. Salud) y se ejecutan mediante una metodología lúdica y participativa que busca informar a jóvenes en derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, nuevas masculinidades, mitos de anticoncepción y corresponsabilidad. En estas ferias los jóvenes que estén interesados, pueden agendar su cita a través de sexperto.co o a través del SIRC.

Es importante mencionar que se tienden a confundir los Servicios Amigables para la Mujer (lo que existía en Suba) con los Servicios Amigables para Jóvenes. El primero lo inventó la administración pasada como adaptación del segundo. El Ministerio de Salud se opuso a esto ya que no estaba de acuerdo con crear punto de atención para mujeres cuando somos más del 50% de la población y deberíamos poder acceder a cualquier punto y recibir un tratamiento digno e integral donde sea. Es la visión de esta administración que el enfoque diferencial se debe dar de puertas para adentro para garantizar la privacidad de la/el usuario y para lograr universalidad en calidad e integralidad. Es por esto que hemos trabajado para garantizar el acceso a la IVE (el foco central del CAPS Suba cuando funcionaba el Servicio Amigable de la Mujer) en todas las subredes públicas y en el régimen contributivo. Hemos trabajado de la mano con distintos prestadores para disminuir barreras de acceso a este derecho. En todos

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

los escenarios en los que hablamos de derechos sexuales y derechos reproductivos, hablamos de IVE. Finalmente, y tal como lo sustentan los RIPS, el número de IVEs en Bogotá se ha mantenido durante estos años, es decir, no ha habido ninguna disminución.

23. Casos y tasa de VIH-sida para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Desde el año 2013 se ha presentado un aumento en el número de casos de VIH/Sida notificados al Siviigila; gracias a diferentes acciones, entre ellas facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas a las poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad frente a la infección. De esta forma alcanzar a la mayoría de personas para que conozcan su estado serológico frente a la infección y se pueda brindar un tratamiento oportuno y mantener la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Tabla 63. Número de casos y tasa de VIH/ Sida. Bogotá 2015 – 2017.

	2015	2016	2017
Casos	2147	2779	3143
Población	7878783	7980001	8080734
Tasa x 100.000 hab	27,3	34,8	38,9

Fuente: Siviigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017
Fuente: Proyecciones de población DANE

b. Desagregado por localidades

Las localidades de residencia con las tasas más altas de VIH/Sida por 100.000 habitantes son Chapinero, Santafé, La Candelaria, Teusaquillo y Los Mártires; localidades en donde históricamente residen las poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad frente a la infección.

Tabla 64. Casos y tasas de VIH por localidad de residencia. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Casos	Pob 2015	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2016	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2017	Tasa por 100.000 habitantes
Usaquén	116	494066	23,5	158	472908	33,4	190	474186	40,1

Localidad	2015			2016			2017		
	Casos	Pob 2015	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2016	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2017	Tasa por 100.000 habitantes
Chapinero	129	137870	93,6	175	126951	137,8	156	126591	123,2
Santafé	81	110053	73,6	93	96534	96,3	92	95201	96,6
San Cristóbal	98	406025	24,1	115	396383	29,0	167	394358	42,3
Usme	61	432724	14,1	83	337152	24,6	86	340101	25,3
Tunjuelito	40	200048	20,0	73	189522	38,5	69	187971	36,7
Bosa	112	646833	17,3	158	709039	22,3	194	731047	26,5
Kennedy	235	1069469	22,0	332	1187315	28,0	414	1208980	34,2
Fontibón	67	380453	17,6	119	403519	29,5	140	413734	33,8
Engativá	238	874755	27,2	277	873243	31,7	306	878434	34,8
Suba	281	1174736	23,9	335	1250734	26,8	444	1282978	34,6
Barrios Unidos	78	240960	32,4	85	263883	32,2	84	267106	31,4
Teusaquillo	75	151092	49,6	117	140767	83,1	112	140473	79,7
Los Mártires	45	98758	45,6	75	94130	79,7	77	93716	82,2
Antonio Nariño	51	108941	46,8	48	109277	43,9	67	109254	61,3
Puente Aranda	67	258414	25,9	107	225220	47,5	111	221906	50,0
La Candelaria	14	24096	58,1	25	22633	110,5	24	22438	107,0
Rafael Uribe Uribe	98	375107	26,1	131	353761	37,0	120	350944	34,2
Ciudad Bolívar	99	687923	14,4	177	719700	24,6	220	733859	30,0
Sumapaz	0	6460	0,0	1	7330	13,6	0	7457	0,0
Sin dato	162	NA	NA	95	NA	NA	70	NA	NA
Total Bogotá	2147	7878783	27,3	2779	7980001	34,8	3143	8080734	38,9

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017
Fuente: Proyecciones de población DANE

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Así como se aumenta la tasa de incidencia de VIH en el distrito, por localidades y por grupo de edad, la incidencia de VIH/Sida según el aseguramiento debe aumentar. Aumento esperado, puesto que en el Distrito a través de las acciones que facilitan el acceso a las pruebas diagnósticas de VIH del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC y del proyecto del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, que se vienen adelantando en la ciudad permitirán cumplir la meta Distrital

que establece: "A 2020 el 80% de las personas que vive con VIH cuenta con tamizaje, el 80% conoce el diagnóstico y el 80% tiene una carga viral indetectable.

Tabla 65. Casos y tasa de VIH/Sida por tipo de afiliación al SGSSS.

Tipo de afiliación al SGSSS	2015			2016			2017		
	Casos	Afiliados	Tasa	Casos	Afiliados	Tasa	Casos	Afiliados	Tasa
Contributivo	1555	5.439.752	28,6	2089	6.181.534	34	2359	6.221.681	37,9
Subsidiado	370	1.290.065	28,7	408	1.166.823	35	452	1.163.475	38,8
Excepción	34	274.789	12,4	43	207.739	21	43	210.294	20,4
Especial	28	ND	ND	57	ND	ND	67	ND	ND
No afiliado	160	410.485	39,0	174	49.409	352	211	38.002	555,2
Indeterminado				8	ND	ND	11	ND	ND
Total	2147	7.415.091	29,0	2779	7.605.505	36,5	3143	7.633.452	41,2

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017

- d. Desagregado por etapas del ciclo vital: perinatal, 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).

Por quinquenio de edad se observa que las tasas más altas en los tres años de observación son para el grupo de edad de los 25 a los 29 años, seguido de los de 20 a 24 años de edad. Por número de casos se observa que el mayor número se encuentra en las etapas del curso de vida juventud y la adultez es donde se concentra el mayor número de casos, este comportamiento es similar a lo reportado en la literatura, ya que es en esos momentos vitales donde se realiza diagnóstico de la enfermedad.

Tabla 66. Casos de VIH/Sida por curso de vida. Bogotá 2015 – 2017.

Etapas del curso de vida	2015	2016	2017
	Casos	Casos	Casos
Primera infancia	2	2	2
Infancia	2	0	0
Adolescencia	25	30	44

Juventud	885	1200	1402
Adulthood	1153	1439	1577
Vejez	80	108	118
Total	2147	2779	3143

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017
Fuente: Proyecciones de población DANE

Tabla 67. Casos y tasas de VIH-Sida desagregado por quinquenios. Bogotá 2015-2017.

Edad en quinquenios	2015			2016			2017		
	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población
Menor de 1 año	1	0,8	121.437	0	0,0	121.692	0	0,0	122.008
1 a 4 años	2	0,4	481.793	2	0,4	483.758	2	0,4	485.385
5 a 9 años	1	0,2	598.182	0	0,0	600.078	0	0,0	601.915
10 a 14 años	2	0,3	605.068	0	0,0	603.336	1	0,2	602.967
15 a 19 años	89	13,9	642.476	125	19,6	637.600	146	23,1	632.370
20 a 24 años	412	61,5	669.960	606	90,0	673.222	666	99,0	672.747
25 a 29 años	505	79,4	635.633	603	94,1	640.632	763	117,2	650.902
30 a 34 años	328	49,9	657.874	454	69,1	656.789	490	75,2	651.441
35 a 39 años	247	40,2	614.779	291	46,3	628.185	337	52,7	640.060
40 a 44 años	180	33,6	536.343	212	38,7	547.958	193	34,3	563.389
45 a 49 años	138	26,7	516.837	186	35,9	518.352	202	38,9	519.261
50 a 54 años	94	19,2	489.703	125	25,1	497.879	126	25,0	503.389
55 a 59 años	68	16,7	406.084	67	15,8	423.052	99	22,5	439.872
60 a 64 años	44	14,2	309.925	47	14,4	325.516	66	19,3	341.916
65 años y más	36	6,1	592.689	61	9,8	621.952	52	8,0	653.112
Total	2147	27,3	7.878.783	2779	34,8	7.980.001	3143	38,9	8.080.734

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017
Fuente: Proyecciones de población DANE

e. Desagregado por país de origen.

El mayor número de casos que son notificados en Bogotá que provienen del exterior son de Venezuela, entre el año 2016 y 2017 el aumento en el número de casos fue del 420%.

Tabla 68. Casos de VIH-Sida, población procedente exterior, Bogotá 2005 - 2017

País de origen	2015	2016	2017	Total
Antillas Neerlandesas	1			1
Alemania		1		1
Argentina	1		1	2
Belice		1		1
Brasil		1	2	3
Colombia	2142	2771	3104	8017
España			1	1
Estados Unidos	1		4	5
Filipinas			1	1
Irlanda			1	1
Italia			1	1
México	1		2	3
Venezuela	1	5	26	32
Total	2147	2779	3143	8069

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2015, 2016, base preliminar 2017

24. Casos de nacidos vivos, abortos, mortinatos registrados en mujeres de 10 a 14 años para los años 2015, 2016 y 2017.

La información relacionada al número de nacidos vivos desde los años 2015 a 2017 se encuentra disponible, mientras que con a abortos y mortinatos para el año 2017 solamente se dispone desde enero a junio.

a. Total Bogotá

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Los nacidos vivos de mujeres entre 10 a 14 años han presentado una reducción del 17,16% desde el año 2015 a 2017, pasando de 367 nacimientos a 304 en el año 2017.

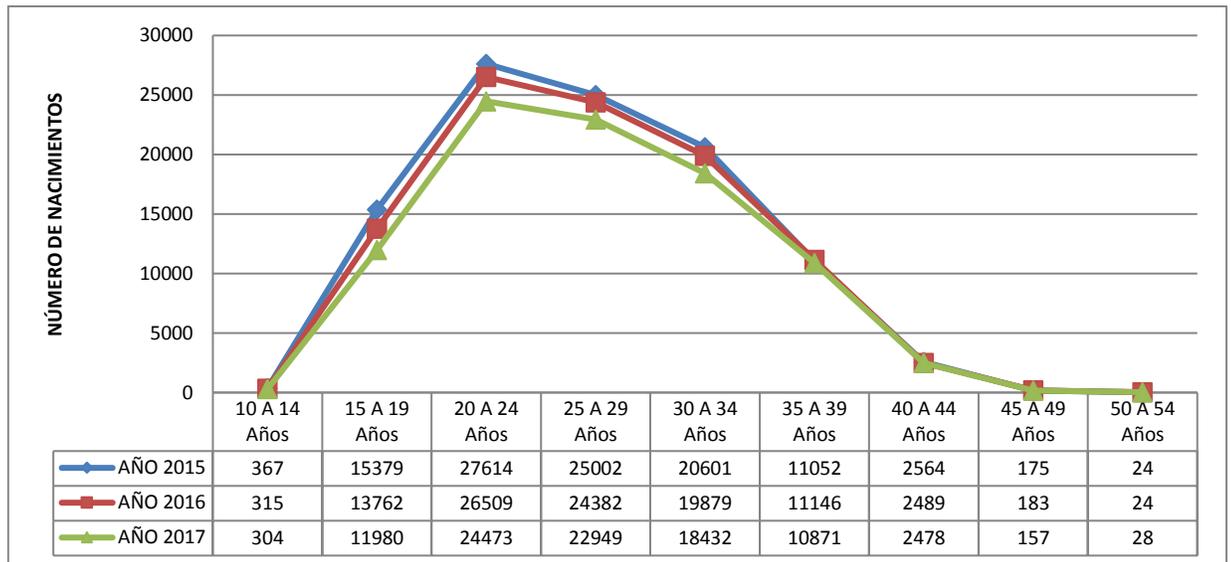
Tabla 69. Nacidos vivos registrados por grupo etareo durante el año 2017. Datos preliminares.

LOCALIDADES	10 A 14 Años	15 A 19 Años	20 A 24 Años	25 A 29 Años	30 A 34 Años	35 A 39 Años	40 A 44 Años	45 A 49 Años	50 A 54 Años	Total general
01- USAQUEN	15	455	1030	1279	1626	1200	255	14	1	5875
02-CHAPINERO	5	88	283	409	623	436	95	9	1	1949
03-SANTAFE	4	236	418	391	295	160	39	2	2	1547
04-SAN CRISTOBAL	21	931	1655	1256	845	387	91	8		5194
05-USME	33	984	1690	1242	780	384	74	8		5195
06-TUNJUELITO	8	344	696	598	462	244	55	3		2410
07-BOSA	49	1526	2942	2363	1525	782	201	11	2	9401
08-KENNEDY	32	1706	3572	3486	2634	1538	328	19	6	13321
09-FONTIBON	8	331	840	964	907	560	135	4	3	3752
10-ENGATIVA	13	717	1920	2245	1861	1060	266	11	2	8095
11-SUBA	24	1314	3148	3397	2963	1847	432	27	6	13158
12-BARRIOS UNIDOS		115	297	354	344	268	66	1		1445
13-TEUSAQUILLO	7	64	167	234	341	293	51	6		1163
14-MARTIRES	5	152	292	239	193	120	26	4	1	1032
15-ANTONIO NARIÑO	1	97	272	297	217	119	31	1	1	1036
16-PUENTE ARANDA	2	209	617	645	533	325	69	4		2404
17-CANDELARIA	3	36	70	65	71	34	9		1	289
18-RAFAEL URIBE	24	808	1441	1149	777	373	92	6	1	4671
19-CIUDAD BOLIVAR	50	1804	3023	2271	1371	716	154	19	1	9409
20-SUMAPAZ		8	8	4	7	1	2			30
SIN DATO DE LOCALIDAD		55	92	61	57	24	7			296
TOTAL GENERAL	304	11980	24473	22949	18432	10871	2478	157	28	91672

Fuente 2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 10-01-2018.

En cuanto a los nacimientos se ha evidenciado una disminución en general en el año 2017; del 11 % en comparación con el año 2015 y 7% en comparación con el año 2016, el grupo de edad en donde más se ha presentado la disminución de nacimientos ha sido entre los 20 y 34 años.

Gráfico 4. Nacidos vivos, por grupo de edad. Bogotá D.C. años 2015 - 2017.



Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017) Fuente 2016: Bases de datos DANE- RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2017 con ajuste a marzo 2018)

Los nacidos vivos de mujeres entre 10 a 14 años han presentado una reducción del 17% desde el año 2015 a 2017, pasando de 367 nacimientos en 2015 a 304 en el año 2017.

El 82% de los nacimientos en mujeres entre 10 a 14 años ocurridos en 2017 se concentraron en las siguientes localidades: 16% en Ciudad Bolívar (n=50) y Bosa (n=49), 11% en Usme (n=33) y Kennedy (n=32), en Suba (n=24) y Rafael Uribe (n=24) con el 8% respectivamente, el 7% en San Cristóbal (n=21) y el 5% en Usaquén (n=15).

En el año 2017, el 50% (n=152) de las madres de los nacidos vivos pertenecían al régimen subsidiado, el 44% (n=134) al contributivo y el 6% (n=18) a la población pobre no asegurada.

Con respecto a los abortos, definidos como la terminación del embarazo, con la expulsión o extracción de un embrión o feto muerto, es decir que no respira ni da otra señal de vida, antes de las 22 semanas de gestación o que pese menos de 500 gramos (OMS) , durante el año 2017, el 50% de los abortos se concentraron en las siguientes localidades: 13,2% en Kennedy (n=5); Bosa (n=5), Suba (n=5) y Ciudad Bolívar (n=4). En los tres años no se han presentado abortos en La Candelaria.

b. Desagregado por localidades

El 82% de los nacimientos en mujeres entre 10 a 14 años ocurridos en 2017 se concentraron en las siguientes localidades: 16% en Ciudad Bolívar (n=50) y Bosa (n=49), 11% en Usme (n=33) y Kennedy (n=32), Suba (n=24) y Rafael Uribe (n=24) con el 8% respectivamente, el 7% en San Cristóbal (n=21) y el 5% en Usaquén (n=15).

Durante el año 2016, el 89% de los abortos se concentraron en las siguientes localidades: 22% en Kennedy (n=12); 11% en las localidades de Bosa (n=6), Engativá (n=6) y Rafael Uribe (n=6); 9% en San Cristóbal (n=5); 7% en Suba (n=4); y 6% en Chapinero (n=3), Santafé (n=3), y Ciudad Bolívar (n=3).

El 50% de los mortinatos durante el año 2016 se presentaron en la localidad de Suba (n=2), el 50% restante se distribuyó en Bosa y Rafael Uribe, con un caso en cada una de ellas.

Tabla 70. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por localidad. Bogotá 2015, 2016 y 2017*

Localidad	Nacimientos			Abortos (Menores de 22 semanas de gestación y 500 g)			Mortinatos (Mayores de 22 semanas de gestación y 500 g)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017 Enero a junio	2015	2016	2017 Enero a junio
Usaquén	17	21	15	0	0	0	0	0	0
Chapinero	2	2	5	1	3	2	0	0	0
Santafé	7	6	4	2	3	1	0	0	0
San Cristóbal	30	23	21	3	5	1	0	0	0
Usme	28	34	33	1	2	0	0	0	0
Tunjuelito	10	11	8	2	0	0	1	0	1
Bosa	49	40	49	5	6	3	0	1	0
Kennedy	54	33	32	3	12	1	2	0	0
Fontibón	9	6	8	1	0	0	1	0	1
Engativá	17	19	13	2	6	1	0	0	1
Suba	29	27	24	2	4	2	0	2	1
Barrios Unidos	3	0	0	1	0	0	0	0	0
Teusaquillo	1	3	7	1	0	0	0	0	0
Mártires	20	2	5	1	0	0	0	0	0
Antonio Nariño	4	4	1	0	1	0	0	0	0
Puente Aranda	4	4	2	1	1	0	1	0	0
Candelaria	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Rafael Uribe	23	22	24	4	6	1	0	1	0
Ciudad Bolívar	56	55	50	6	3	0	0	0	1

Localidad	Nacimientos			Abortos (Menores de 22 semanas de gestación y 500 g)			Mortinatos (Mayores de 22 semanas de gestación y 500 g)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017 Enero a junio	2015	2016	2017 Enero a junio
Sumapaz	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sin Dato De Localidad	1	2	0	1	2	0	0	0	0
Total Bogotá	367	315	304	37	54	12	5	4	5

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016: Bases de datos DANE- RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 de enero a junio).

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En el año 2017, el 50% (n=152) de las madres de los nacidos vivos pertenecían al régimen subsidiado, el 44% (n=134) al contributivo y el 6% (n=18) a la población pobre no asegurada.

Con respecto al aseguramiento, las mujeres entre 10 a 14 años que tuvieron un aborto entre 2015 a 2017, el 40% pertenecían al régimen contributivo, 37% al subsidiado y 23% a la población pobre no asegurada.

En cuanto a los mortinatos con relación al aseguramiento, el 57% de estas mujeres pertenecían al régimen subsidiado, y el 21% al régimen contributivo y a la población no asegurada respectivamente.

Tabla 71. Casos de Nacimientos, mortinatos y abortos, según tipo de afiliación al sistema. Bogotá 2015 – 2017*

Tipo de afiliación	2015			2016			2017*		
	Nacimientos	Mortinatos	Abortos	Nacimientos	Mortinatos	Abortos	Nacimientos	Mortinatos	Abortos
Contributivo	174	1	15	149	1	23	134	1	3
Subsidiado	170	3	13	148	3	18	152	2	7
Excepción	3			3					
No asegurado	20	1	9	15		13	18	2	2
Total	367	5	37	315	4	54	304	5	12



Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS ADE -publicación 30 de junio del 2017 (ajustado 18-10-2017). Fuente 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos DANE- RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares ; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 de enero a junio).

25. Casos de nacidos vivos, abortos, mortinatos registrados en mujeres de 15 a 19 años para los años 2015, 2016 y 2017.

Para el presente informe, se encuentra disponible la información relacionada al número de nacidos vivos correspondiente a los años 2015 a 2017, mientras que en relación a los abortos y mortinatos solamente se dispone para el año 2017 desde enero a junio.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

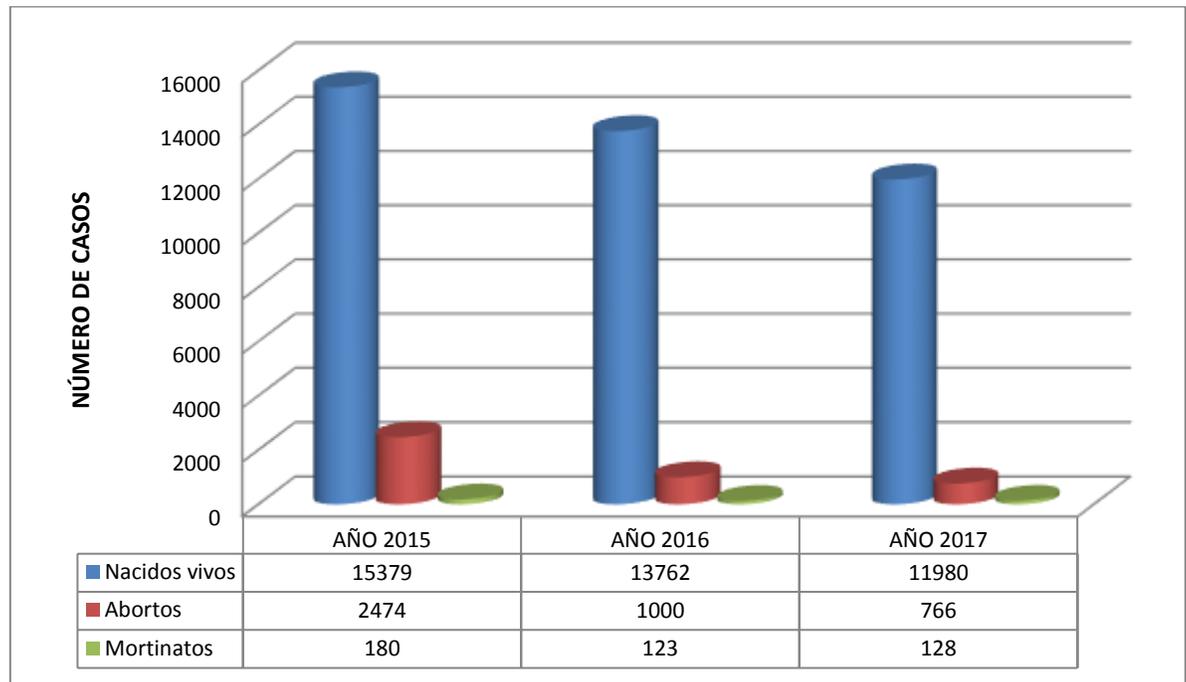
Los nacidos vivos de mujeres entre 15 a 19 años han presentado una reducción del 22% desde el año 2015 a 2017, pasando de 15379 nacimientos a 13762 en el año anterior.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Gráfico 5. Nacidos vivos, abortos y mortinatos en mujeres de 15 a 19 años. Bogotá D.C. años 2015, 2016 y 2017.



Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017) Fuente 2016: Bases de datos DANE- RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2017 ajustado marzo 2018)

El 82% de los nacimientos en mujeres entre 15 a 19 años ocurridos en 2017 se concentraron en las siguientes localidades: 15% en Ciudad Bolívar (n=1804), 14% en Kennedy (n=1706), 13% en Bosa (n=1526), 11% en Suba (n=1314), 8% en San Cristóbal (n=931) y Usme (n=984) respectivamente, 7% en Rafael Uribe (n=806), y 6% en Engativá (n=717).

Con respecto a los abortos, el 83% de los abortos durante el año 2016, se concentraron en las localidades de: 16% en Kennedy (n=46), 11% en Suba (n=32), 10% en San Cristóbal (n=29) y Ciudad Bolívar (n=30) respectivamente; 8% en las localidades de Usme (n=23) y Bosa (n=24); 6% en Fontibón (n=17); 5% en Puente Aranda (n=14) y Rafael Uribe (n=15) y 4% en Usaquén (n=13).

Tabla 72. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por localidad. Bogotá 2015 – 2017*

Localidades	Nacimientos			Abortos (Menores De 22 Semanas De Gestación Y 500 G)			Mortinatos (Mayores De 22 Semanas De Gestación Y 500 G)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017 Enero A Junio	2015	2016	2017 Enero A Junio
Usaquén	546	480	455	15	13	9	7	5	2
Chapinero	113	115	88	8	3	1			2
Santafé	269	247	236	16	7	8	1		1
San Cristóbal	1219	1079	931	53	29	33	11	3	9
Usme	1244	1176	984	46	23	10	13	11	8
Tunjuelito	441	394	344	15	5	7	4	5	1
Bosa	1925	1809	1526	58	24	18	14	8	6
Kennedy	2137	1902	1706	78	46	35	23	10	10
Fontibón	430	407	331	22	17	4	1	4	2
Engativá	1011	854	717	60	3	19	4	8	1
Suba	1705	1436	1314	37	32	46	13	15	11
Barrios Unidos	134	111	115	5	5	2	1	1	2
Teusaquillo	61	70	64	4	1	3	3		
Mártires	196	143	152	11	3	2	1	2	
Antonio Nariño	153	164	97	12	5	1	1	2	1
Puente Aranda	304	264	209	11	14	4	3	1	1
Candelaria	54	43	36	2	1				
Rafael Uribe	1032	865	808	53	15	11	6	6	4
Ciudad Bolívar	2298	2046	1804	88	30	29	17	14	

Localidades	Nacimientos			Abortos (Menores De 22 Semanas De Gestación Y 500 G)			Mortinatos (Mayores De 22 Semanas De Gestación Y 500 G)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017 Enero A Junio	2015	2016	2017 Enero A Junio
Sumapaz	4	6	8				1		6
Sin Dato De Localidad	103	151	55	3	19	11	11	3	1
Total Bogotá	15379	13762	11980	597	295	253	135	98	68

Fuente 2015: Certificado de defunción,. Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos DANE- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares ; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 de enero a junio)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Con respecto al aseguramiento, las mujeres entre 15 a 19 años que tuvieron un aborto entre 2015 a 2017, el 43% pertenecían al régimen contributivo, 44% al subsidiado, 12% a la población pobre no asegurada y el 1% al régimen de excepción.

Tabla 73. Casos de nacimientos, abortos y mortinatos por tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017

Tipo de afiliación	2015			2016			2017*		
	Nacimientos	Mortinatos	Abortos	Nacimientos	Mortinatos	Abortos	Nacimientos	Mortinatos	Abortos
Contributivo	8062	66	287	7495	43	108	6430	31	102
Subsidiado	6014	43	245	5267	40	138	4958	32	116
Excepción	207	3	3	192		1	161	0	2
Especial	4	0	0	0	0	0	0	0	0
No asegurado	1092	19	61	808	13	48	431	5	33
Sin información	0	4	1	0	2	0	0	0	0
Total	15379	135	597	13762	98	295	11980	68	253

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS ADE -publicación 30 de junio del 2017 (ajustado 18-10-2017). Fuente 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF -ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos DANE- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares ; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 de enero a junio)

26. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 10 a 14 años para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Las tasas de fecundidad específica de mujeres entre 10 a 14 años más altas se ubican principalmente en las localidades de Candelaria (5,0 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años), Usme (2,2 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años) y Teusaquillo (2,0 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años); mientras que las más bajas se encuentran en Sumapaz y Barrios Unidos (0,0 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años, en cada una), en Antonio Nariño y Puente Aranda (0,3 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años, en cada una).

Tabla 74. Tasa de fecundidad específica de mujeres de 10 a 14 años. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Usaquén	1,1	1,4	1
Chapinero	0,7	0,6	1,5
Santafé	1,8	1,5	1,2
San Cristóbal	1,7	1,4	1,3
Usme	1,4	2,3	2,2
Tunjuelito	1,3	1,6	1,2
Bosa	1,7	1,4	1,6
Kennedy	1,3	0,7	0,7
Fontibón	0,7	0,4	0,6
Engativá	0,6	0,6	0,4
Suba	0,7	0,6	0,5
Barrios Unidos	0,5	0	0
Teusaquillo	0,3	0,9	2
Mártires	6,9	0,7	1,7
Antonio Nariño	1	1	0,3
Puente Aranda	0,5	0,6	0,3
Candelaria	5,2	0	5
Rafael Uribe	1,6	1,6	1,8
Ciudad Bolívar	1,7	1,7	1,6

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Sumapaz	0	3,5	0
Total Bogotá	1,2	1,1	1

Fuente Defunciones 2015.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS –Finales. Fuente 2016 y 2017 Nacimientos y defunciones.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS - Preliminares publicación DANE 30-06-2017. Fuente 2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 10-01-2018 (Corte 06-01-2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La información relacionada con la tasa de fecundidad por tipo de vinculación no se encuentra disponible.

27. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 15 a 19 años para los años 2015, 2016 y 2017.
- Total Bogotá
 - Desagregado por localidades

Las tasas de fecundidad específica de mujeres entre 15 a 19 años más altas se ubican principalmente en las localidades de Santafé (68,8 nacimientos por 1.000 mujeres), Usme (64,8 nacimientos por 1.000 mujeres) y Rafael Uribe Uribe (58,6 nacimientos por 1.000 mujeres); mientras que las más bajas se ubican en Fontibón (21,2 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años), Engativá (22,5 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años), y Chapinero (24,0 nacimientos por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años),

Tabla 75. Tasa de fecundidad específica de mujeres de 15 – 19 años. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Usaquén	29,5	28,5	27,5
Chapinero	23,9	31,2	24
Santafé	62,6	57,5	68,8
San Cristóbal	68,1	64,8	57,5
Usme	60,7	76,2	64,8
Tunjuelito	52,2	53,9	48,5
Bosa	69	57,5	48,3
Kennedy	50,7	40,2	36,1

Localidad	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Fontibón	29,6	26,2	21,2
Engativá	31,1	26,4	22,5
Suba	36,7	29,3	26,7
Barrios Unidos	17	13,5	14,2
Teusaquillo	12,1	16,9	15,7
Mártires	55,9	46,5	50,3
Antonio Nariño	35,7	41,9	25,2
Puente Aranda	32,4	34,5	28,3
Candelaria	55,6	60,1	51,8
Rafael Uribe	65,7	60,8	58,6
Ciudad Bolívar	72,5	62,7	55,5
Sumapaz	0	21,6	29,3
Total Bogotá	48,6	43,8	38,5

Fuente Defunciones 2015.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS –Finales. Fuente 2016 y 2017 Nacimientos y defunciones.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS -Preliminares publicación DANE 30-06-2017. Fuente 2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 10-01-2018 (Corte 06-01-2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La información relacionada con la tasa de fecundidad por tipo de vinculación no se encuentra disponible.

28. Número de casos de interrupción del embarazo en cumplimiento a la sentencia C-355 para los años 2015, 2016 y 2017.

La fuente de información identificar los procedimientos de interrupción Voluntaria del embarazo son los RIPS (Registros Individuales De Prestación De Servicios De Salud). A la fecha se encuentra información disponible con corte a diciembre 2016 datos preliminares, dado aún se encuentra en proceso de validación para los últimos meses del año 2016 y por tanto no se tiene información del año 2017.

a. Total Bogotá

Tabla 76. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Causal Bogotá D.C Años 2015-2016

Red de servicios	Causal Principal	2015	2016	Total general
Red 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	26	9	58
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida	35	15	68
	Peligro para la vida o la salud de la mujer	359	87	759
Total Red Adscrita		420	111	885
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	8	6	20
	Grave malformación del feto que haga inviable su vida	9	2	16
	Peligro para la vida o la salud de la mujer	10.539	9.898	29.499
Total Red no Adscrita		10.556	9.906	29.535
Total general		10.976	10.017	30.420

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2014 - 2017 (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 Pro familia. Validado por la SDS y con corte de recepción 31 de diciembre de 2017).

b. Desagregado por localidades

Tabla 77. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Localidad de residencia. Bogotá D.C Años 2015-2016.

Localidad de residencia	2015	2016	Total general
Usaquén	675	2.783	4.258
Chapinero	491	334	1.315
Santa Fe	150	97	388
San Cristóbal	379	316	1.017
Usme	309	215	756
Tunjuelito	263	197	636
Bosa	604	428	1.550
Kennedy	1.200	790	2.972
Fontibón	451	325	1.179
Engativá	1.018	705	2.631
Suba	1.308	871	3.396
Barrios Unidos	202	129	506
Teusaquillo	2.048	1.667	5.122
Los Mártires	116	65	290
Antonio Nariño	129	76	486
Puente Aranda	378	227	894
Candelaria	79	32	207
Rafael Uribe	374	252	933
Ciudad Bolívar	516	352	1.288
Sumapaz	1	1	2
Otra	285	155	594
Total Bogotá	10.976	10.017	30.420

Fuente Defunciones 2015.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS –Finales. Fuente 2016 y 2017 Nacimientos y defunciones.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS -"Preliminares publicación DANE 30-06-2017. Fuente 2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 10-01-2018 (Corte 06-01-201

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Tabla 78. Casos de interrupción voluntaria del embarazo, según Régimen. Bogotá, 2015-2016

Red de servicios	Tipo de afiliación	2015	2016	Total general
Red Adscrita	Contributivo	76	9	154
	Otro			1
	Particular	14		42
	Subsidiado	146	100	419
	Vinculado	184	2	269
Total Red Adscrita		420	111	885
Red no Adscrita	Contributivo	563	744	1.405
	Otro	1		2
	Particular	9.063	9.156	26.763
	Subsidiado	4	4	9
	Vinculado	925	2	1.356
Total Red no Adscrita		10.556	9.906	29.535
Total general		10.976	10.017	30.420

Fuente Defunciones 2015.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS –Finales. Fuente 2016 y 2017 Nacimientos y defunciones.-Bases de datos DANE - RUAF ND.-Sistema de estadísticas Vitales SDS -Preliminares publicación DANE 30-06-2017. Fuente 2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado 10-01-2018 (Corte 06-01-2018)

Mortalidad General

29. Tasa de mortalidad general para los años 2015, 2016 y 2017.

La información para el cálculo de la mortalidad general se encuentra disponible solamente para los años 2015 y 2016, adicionalmente, no se dispone de la información por país de origen.

a. Total Bogotá

La mortalidad general para entre los años 2015 y 2016 presentó un incremento del 3%, pasando de 30852 muertes en 2015 a 31719 en 2016. De estos, 52,1% fueron hombres y 47,9% mujeres para ambos años.

b. Desagregado por localidades

El 75% de la mortalidad general se concentró en las siguientes localidades: 13% en Suba (n=3924), 12% en Kennedy (n=3557), 11% en Engativá (n=3321), 7% en las localidades de Usaquén (n=2191) y Ciudad Bolívar (n=2194); 6% en las localidades de San Cristóbal (n=1769) y Bosa (1944); 5% en Rafael Uribe Uribe (n=1655); 4% en las localidades de Usme (n=1150) y Puente Aranda (n=1311).

Tabla 79. Número de muertes y tasa de mortalidad general, por localidad. Bogotá 2015 y 2016

Localidad	2015		2016	
	Número	Tasa	Número	Tasa
Usaquén	2191	443,5	2377	502,6
Chapinero	733	531,7	738	581,3
Santa Fe	567	515,2	616	638,1
San Cristóbal	1769	435,7	1880	474,3
Usme	1150	265,8	1238	367,2
Tunjuelito	800	399,9	934	492,8
Bosa	1944	300,5	2199	310,1
Kennedy	3557	332,6	3889	327,5
Fontibón	1292	339,6	1324	328,1
Engativá	3321	379,6	3456	395,8
Suba	3924	334,0	3875	309,8
Barrios Unidos	829	344,0	908	344,1
Teusaquillo	799	528,8	762	541,3
Los Mártires	591	598,4	567	602,4
Antonio Nariño	526	482,8	547	500,6
Puente Aranda	1311	507,3	1305	579,4
Candelaria	132	547,8	144	636,2

Rafael Uribe	1655	441,2	1823	515,3
Ciudad Bolívar	2194	318,9	2293	318,6
Sumapaz	2	31,0	11	150,1
Sin Localidad	1565		833	
Total Bogotá	30852	391,6	31719	397,5

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (2015 publicación junio 30 del 2017 -2016 publicación 30 de diciembre 2017). TASA POR 100000 Habitantes

c. Desagregado por sexo

Por sexo para los años 2015 y 2016 no se observan diferencias para la mortalidad general en Bogotá.

Tabla 80. Mortalidad general por sexo. Bogotá 2015 y 2016.

Localidad	2015				2016			
	Hombres	Mujeres	Indeter- minado	Total general	Hombres	Mujeres	Indeter- minado	Total general
Usaquén	1043	1148		2191	1130	1247		2377
Chapinero	344	389		733	349	389		738
Santa Fe	323	244		567	333	283		616
San Cristóbal	946	823		1769	992	888		1880
Usme	639	511		1150	705	533		1238
Tunjuelito	395	405		800	503	431		934
Bosa	1058	886		1944	1154	1045		2199
Kennedy	1830	1727		3557	2060	1829		3889
Fontibón	629	663		1292	654	670		1324
Engativá	1619	1702		3321	1761	1695		3456
Suba	1859	2065		3924	1867	2008		3875
Barrios Unidos	390	439		829	426	482		908
Teusaquillo	353	446		799	346	416		762
Los Mártires	319	272		591	291	276		567
Antonio Nariño	289	237		526	271	276		547
Puente Aranda	672	639		1311	679	626		1305
Candelaria	72	60		132	77	67		144

Rafael Uribe	874	781		1655	968	855		1823
Ciudad Bolívar	1190	1004		2194	1333	959	1	2293
Sumapaz	2			2	7	4		11
Sin Localidad	1252	312	1	1565	641	192		833
Total Bogotá	16098	14753	1	30852	16547	15171	1	31719

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (2015 publicación junio 30 del 2017 -2016 publicación 30 de diciembre 2017)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2015, el 58% de las personas fallecidas pertenecieron al régimen contributivo, el 25% al régimen subsidiado, el 5% al régimen de excepción, el 5% a población pobre no asegurada y el restante 6% sin información.

En 2016, el 58% de las personas fallecidas pertenecieron al régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado, el 5% al régimen de excepción, el 3% a población pobre no asegurada y el restante 6% sin información.

Tabla 81. Mortalidad general por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2015 y 2016

Tipo de afiliación	2015	2016
Contributivo	17844	18398
Subsidiado	7852	8381
Excepción	1642	1673
Especial	107	115
No asegurado	1495	1108
Sin información	1912	2044
Total	30852	31719

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (2015 publicación junio 30 del 2017 -2016 publicación 30 de diciembre 2017)

Mortalidad evitable

30. Casos y tasa de mortalidad en menores de 1 año para los años 2015, 2016 y 2017.

La muerte evitable se define como aquella muerte que dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento.⁶

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

En los últimos tres años, la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha disminuido 0,2 puntos, pasando de 9,1 en 2015 a 8,9 en 2017, lo cual representa una disminución del 2,1% en la TMI y del 12,6% (n=119) en el número de casos.

El 62% (n=504) de las muertes en 2017 ocurrieron en Suba y Kennedy 15% cada uno, Engativá y Bosa 9% cada uno, Ciudad Bolívar 8% y San Cristóbal 6%. Ciudad Bolívar tuvo el mejor resultado con una reducción del 29,1% en la TMI y 34% (n=37) en el número muertes en el trienio. Sumapaz no registró fallecidos.

El 80% de la mortalidad se concentró en 46 UPZ, en el siguiente orden: 4,3% (n=35) en El Rincón (Suba), 4,2% (n=34) en Tibabuyes (Suba), 3,1% (n=25), en Patio Bonito (Kennedy), 3,1%(n=25) en Lucero (Ciudad Bolívar) y 2,9% (n=24) en La Gloria (San Cristóbal).

Tabla 82. Casos y tasa de mortalidad en menores de 1 año por localidad. Bogotá 2015 – 2017

Localidad	2015		2016		2017	
	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV
Usaquén	55	8,6	42	6,7	36	6,1
Chapinero	13	6,7	6	2,9	7	3,6
Santafé	14	9,1	11	8	17	11
San Cristóbal	66	10,9	53	9,2	53	10,2
Usme	49	9	54	9,8	46	8,9
Tunjuelito	21	7,8	31	11,8	27	11,2

⁶ Informe 3. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>

Localidad	2015		2016		2017	
	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV
Bosa	76	7,3	86	8,5	70	7,4
Kennedy	143	9,5	123	8,7	120	9
Fontibón	42	9,9	26	6,2	42	11,2
Engativá	84	9	79	9	73	9
Suba	127	8,6	135	9,8	119	9
Barrios Unidos	11	7	14	9	10	6,9
Teusaquillo	9	6,9	6	4,8	11	9,5
Mártires	10	8,5	9	8,2	12	11,6
Antonio Nariño	9	7,5	15	12,2	7	6,8
Puente Aranda	19	6,2	20	7	19	7,9
Candelaria	3	8,7	1	3,9	5	17,3
Rafael Uribe	46	8,6	39	7,3	41	8,8
Ciudad Bolívar	106	10,3	111	11,3	69	7,3
Sumapaz	0	0	0	0	0	0
Sin Localidad	35		32		35	
Total Bogotá	938	9,1	893	9	819	8,9

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

c. Desagregado por sexo

La distribución por sexo no varió en el trienio, siendo niños el 58% y niñas el 42%. La razón niña/niño fue de 0,7 para todos los años. En el trimestre abril-junio se presentó el mayor número de defunciones, 32% (n=261) en 2017 y 31% (n=278 en 2016).

Tabla 83. Casos de mortalidad en menores de 1 año por localidad y sexo. Bogotá 2015 - 2017

Localidad	2015			2016			2017			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Indeter- Minado	Total
Usaquén	31	24	55	25	17	42	19	17	0	36
Chapinero	9	4	13	3	3	6	4	3	0	7
Santafé	9	5	14	6	5	11	6	11	0	17
San Cristóbal	36	30	66	29	24	53	30	23	0	53
Usme	32	17	49	29	25	54	28	18	0	46
Tunjuelito	11	10	21	15	16	31	17	10	0	27
Bosa	46	30	76	49	37	86	47	23	0	70
Kennedy	77	66	143	73	50	123	72	48	0	120
Fontibón	25	17	42	9	17	26	27	15	0	42
Engativá	51	33	84	48	31	79	43	30	0	73
Suba	76	51	127	82	53	135	69	50	0	119
Barrios Unidos	5	6	11	9	5	14	7	3	0	10
Teusaquillo	4	5	9	3	3	6	4	7	0	11
Mártires	7	3	10	2	7	9	4	8	0	12
Antonio Nariño	7	2	9	8	7	15	4	3	0	7
Puente Aranda	10	9	19	12	8	20	11	8	0	19
Candelaria	2	1	3	0	1	1	2	3	0	5
Rafael Uribe	30	16	46	27	12	39	21	19	1	41
Ciudad Bolívar	55	51	106	60	51	111	41	28	0	69
Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Localidad	24	11	35	17	15	32	18	17	0	35
Total Bogotá	547	391	938	506	387	893	474	344	1	819

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

No se observan cambios según etapa en este periodo. La neonatal temprana representó el mayor porcentaje que fluctuó entre el 42,8% (n=401) en 2015, el 43,1% (n=384) en 2016 y el 44% (n=361) en 2017; le siguió la post neonatal que varió de 35,7% (n=335) en 2015, al 35,2% (n=315) en 2016 y al 33,3% (n=273) en 2017; por último, la neonatal tardía tuvo el menor porcentaje con 21,5% (n=202) en 2015, 21,7% (n=194) en 2016 y 22,5% (n=185) en 2017.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2017 el 64% (n=520) de los fallecidos eran afiliados contributivo, el 22% (n=181) al subsidiado, el 11% (n=93) no asegurado y el 3%(n=24) al de excepción; el 69% (n=668) de las defunciones se concentró en 8 EAPB así: Capital Salud 16% (n=134), Famisanar 12% (n=100), Compensar 11% (n=91), Salud Total 9% (n=71), Sanitas 6% (n=52), Medimás 6% (n=50), Nueva EPS 5% (n=41) y Cruz Blanca 4% (n=36), que con el 11 % (n=93) de No asegurado se completa el 80%.

En 2016, el 65% (n=580) de los fallecidos pertenecía al contributivo, el 22% (n=196) al subsidiado, el 11% (n=101) era No asegurado y el 2% (n=15) al de excepción. Seis EAPB acumulaban el 69% (n=706) de las defunciones así: Capital Salud 16% (n=147), Famisanar 14% (n=122), Salud Total 12% (n=103), Compensar 11% (n=97), Medimás 10% (n=90), Sanitas 5% (n=46) para completar el 80% con los no asegurado 11% (n=101).

Tabla 84. Número de casos de mortalidad infantil en Bogotá D.C por afiliación al SGSSS, Años 2015- 2017.

Año	2015	2016	2017
Contributivo	677	677	605
Subsidiado	228	232	206
Excepción	18	22	32
Especial	1	1	
No Asegurado	74	130	129
Sin Información	90		
Total	1088	1062	972

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 18-01-2018)

e. Caracterización de los casos.

Las principales causas de mortalidad infantil según la clasificación 6/67 de la OPS/OMS, sin tener en cuenta los síntomas y diagnósticos mal definidos, se concentra en cinco grupos de causas 77,6% (n=636). La mediana de la edad de la madre se mantuvo en 26 años en 2015, 2016 y 2017, con un rango entre 13 y 47 años, entre 14 y 51 años y entre 13 y 45 años respectivamente; la mediana de peso al nacer fue de 1680 gramos con un rango entre 500 y 4500 gramos en el año 2015, mediana de 1455 gramos, con un rango entre 260 y 4910 gramos en el año 2016 y mediana de 1440 gramos con un rango entre 390 y 4500 gramos en 2017. Se anota que los "Signos, síntomas y afecciones mal definidas" representaron entre un 7,2% en 2016 y un 5,7 en 2017.

Es importante mencionar que las causas de mortalidad debidas a todas infecciones respiratorias abarca los códigos CIE-10 de J00 a J22, mientras que para la clasificación de la mortalidad por neumonía se refiere a los códigos CIE-10 de J12 a J18 y para mortalidad por IRA se utilizan los códigos de J20 a J22.

Tabla 85. Principales causas de mortalidad infantil agrupadas 6/67. Bogotá 2015 – 2017

Causas 667	2015	%	2016	%	2017	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	268	28,6%	229	25,6%	249	30,4%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	152	16,2%	134	15,0%	114	13,9%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	139	14,8%	119	13,3%	115	14,0%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	69	7,4%	89	10,0%	86	10,5%
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	64	6,8%	64	7,2%	47	5,7%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	60	6,4%	86	9,6%	72	8,8%

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

31. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Durante el trienio, la razón de mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en 10,6 por mil NV, sin embargo en los últimos dos años las defunciones disminuyeron en un 8% (n=90).

Las localidades Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar, Engativá, Bosa, San Cristóbal, Usaquén, Usme y Fontibón concentraron el 79,3% de las muertes en 2015, el 78,7% en 2016 y el 76,5% en 2017. En todas esas localidades disminuyeron las defunciones, principalmente en Ciudad Bolívar (29,8%), Usaquén (31,1%) y Kennedy (18,9%). Sumapaz no registró fallecidos.

El 80% de las defunciones en 2017 se concentraron en 53 UPZ, en el siguiente orden: 4,4% (n=43) en Tibabuyes (Suba), 4,3% (n=42) en El Rincón (Suba), 3,1% (n=30) en Patio Bonito (Kennedy), 3% (n=29) en Lucero (Ciudad Bolívar) y 2,8% (n=27) en Bosa Central (Bosa) observándose mayores reducciones respecto a 2015 en Tibabuyes (n=53), El Rincón (n=46), Lucero (n=40) y, y Patio Bonito (n=36).

Tabla 86. Número de casos y razón de mortalidad en menores de 5 años. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	2015		2016		2017	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Usaquén	61	9,6	50	8	42	7,1
Chapinero	16	8,3	11	5,4	8	4,1
Santafé	17	11	13	9,5	21	13,6
San Cristóbal	72	11,9	65	11,2	65	12,5
Usme	59	10,8	64	11,6	55	10,6
Tunjuelito	26	9,6	36	13,8	29	12
Bosa	85	8,1	103	10,2	88	9,4
Kennedy	164	10,9	142	10	133	10
Fontibón	55	12,9	29	6,9	50	13,3
Engativá	97	10,3	95	10,8	87	10,7
Suba	149	10,1	155	11,3	139	10,6
Barrios Unidos	12	7,6	16	10,3	10	6,9

Localidad	2015		2016		2017	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Teusaquillo	10	7,7	9	7,2	12	10,3
Mártires	10	8,5	14	12,8	14	13,6
Antonio Nariño	11	9,2	17	13,9	8	7,7
Puente Aranda	22	7,1	24	8,4	22	9,2
Candelaria	3	8,7	1	3,9	7	24,2
Rafael Uribe	50	9,3	49	9,1	49	10,5
Ciudad Bolívar	121	11,7	133	13,6	85	9
Sumapaz	0	0	0	0	0	0
Sin Localidad	48	0	36	0	48	0
Total Bogotá	1088	10,6	1062	10,8	972	10,6

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

c. Desagregado por sexo

En 2017, el 59% (n=575) de la mortalidad en menores de cinco años se presentó en niños, más alto que el porcentaje de 57% (n=605) en 2016. La razón niña/niño permaneció estable en 0,7 para los tres años.

Tabla 87. Número de casos de mortalidad en menores de 5 años por sexo. Bogotá 2015 - 2017.

Localidad	2015			2016			2017			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado	Total
Usaquén	33	28	61	30	20	50	22	20		42
Chapinero	11	5	16	7	4	11	4	4		8

Localidad	2015			2016			2017			
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Masculino	Femenino	Indeterminado	Total
Santafé	11	6	17	7	6	13	7	14		21
San Cristóbal	38	34	72	37	28	65	38	27		65
Usme	40	19	59	35	29	64	33	22		55
Tunjuelito	15	11	26	18	18	36	19	10		29
Bosa	51	34	85	56	47	103	59	29		88
Kennedy	94	70	164	83	59	142	82	51		133
Fontibón	30	25	55	10	19	29	33	17		50
Engativá	59	38	97	55	40	95	50	37		87
Suba	91	58	149	93	62	155	87	52		139
Barrios Unidos	6	6	12	10	6	16	7	3		10
Teusaquillo	5	5	10	6	3	9	5	7		12
Mártires	7	3	10	6	8	14	4	10		14
Antonio Nariño	9	2	11	10	7	17	5	3		8
Puente Aranda	11	11	22	15	9	24	13	9		22
Candelaria	2	1	3		1	1	4	3		7
Rafael Uribe	34	16	50	32	17	49	25	23	1	49
Ciudad Bolívar	68	53	121	75	58	133	51	34		85
Sumapaz										
Sin Localidad	28	20	48	20	16	36	27	21		48
Total Bogotá	643	445	1088	605	457	1062	575	396	1	972

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Al comparar los datos 2017 y 2016, el 62% (n=605) y 64% (n=677) de los fallecidos eran afiliados al contributivo respectivamente, el 21% (n=206) y 22% (n=232) al subsidiado respectivamente, el 13% (n=129) y 12% (n=130) eran pobres no asegurados respectivamente y el 3% (n=32) y 2% (n=22) restante al de excepción.

Tabla 88. Número de casos de mortalidad en menores de 5 años por tipo de afiliación a salud, Bogotá 2015 - 2017.

Localidad	2015							2016						2017				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Sin Información	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Usaquén	52	4	1		3	1	61	42	5	1		2	50	29	6	2	5	42
Chapinero	11	4			1		16	8	3				11	3	2		3	8
Santafé	5	9				3	17	6	6			1	13	10	9		2	21
San Cristóbal	38	26	2		5	1	72	34	23	1		7	65	39	17	1	8	65
Usme	33	15			9	2	59	41	18			5	64	32	17		6	55
Tunjuelito	16	7	2		1		26	28	6	1		1	36	15	8	2	4	29
Bosa	52	22	1		6	4	85	59	27	2		15	103	63	18	2	5	88
Kennedy	102	29	5		14	14	164	89	29	6		18	142	97	22	3	11	133
Fontibón	42	11	1			1	55	26	3				29	39	6	4	1	50
Engativá	72	16	2		3	4	97	73	15	3		4	95	66	9	5	7	87
Suba	111	16	1		12	9	149	110	25	2	1	17	155	100	21	4	14	139
Barrios Unidos	7	2			3		12	14	1			1	16	7	1	1	1	10
Teusaquillo	7	1		1		1	10	6	3				9	7	1	3	1	12
Mártires	6	3	1				10	8	4			2	14	4	5	1	4	14
Antonio Nariño	6	4			1		11	11	3	1		2	17	6	1		1	8
Puente Aranda	15	5			1	1	22	18	3	1		2	24	19	1	1	1	22
Candelaria	3						3	1					1	2	5			7
Rafael Uribe	27	16	1		4	2	50	28	13	2		6	49	23	21	2	3	49
Ciudad Bolívar	65	35	1		10	10	121	72	40	1		20	133	39	33	1	12	85
Sumapaz																		
Sin Localidad	7	3			1	37	48	3	5	1		27	36	5	3		40	48

Localidad	2015							2016						2017				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Sin Información	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Especial	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Total Bogotá	677	228	18	1	74	90	1088	677	232	22	1	130	1062	605	206	32	129	972

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

En 2017, ocho EAPB concentraron el 67% (n=665) de las defunciones en menores de 5 años, en este orden: Capital Salud 16% (n=152), Famisanar 12% (n=117), Compensar 11% (n=105), Salud Total 9% (n=86), Sanitas 7% (n=64), Medimás 6% (n=56), Nueva EPS 5% (n=45) y Cruz Blanca 4% (n=40), que al sumar el 13% (n=129), no asegurado completa el 80% de las defunciones.

e. Caracterización de los casos.

Seis categorías que agrupan 44 causas explican el 74% (n=798) de las defunciones en la primera infancia con un 7% (n=71) de "signos, síntomas y afecciones mal definidas" que en 2015 y 2016 representó el 8%.

La mediana de la edad de la madre fue de 26 años en todo el trienio con rango de 13 a 47 en 2015, de 14 a 51 años en 2016 y de 13 a 45 años en 2017. Las mediana del peso al nacer fue de 2005 gr (rango=500 - 4500 gr) en 2015, de 1455 gr (rango=260 - 4910 gr) en 2016 y de 1440 gr (rango=390 - 4500 gr) en 2017.

Tabla 89. Casos y distribución porcentual de las causas de mortalidad en menores de 5 años. Bogotá 2015 - 2017

Causas 667	2015	%	2016	%	2017	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	294	27	265	25	274	28
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	154	14	135	13	116	12
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	142	13	119	11	115	12
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	83	8	87	8	71	7

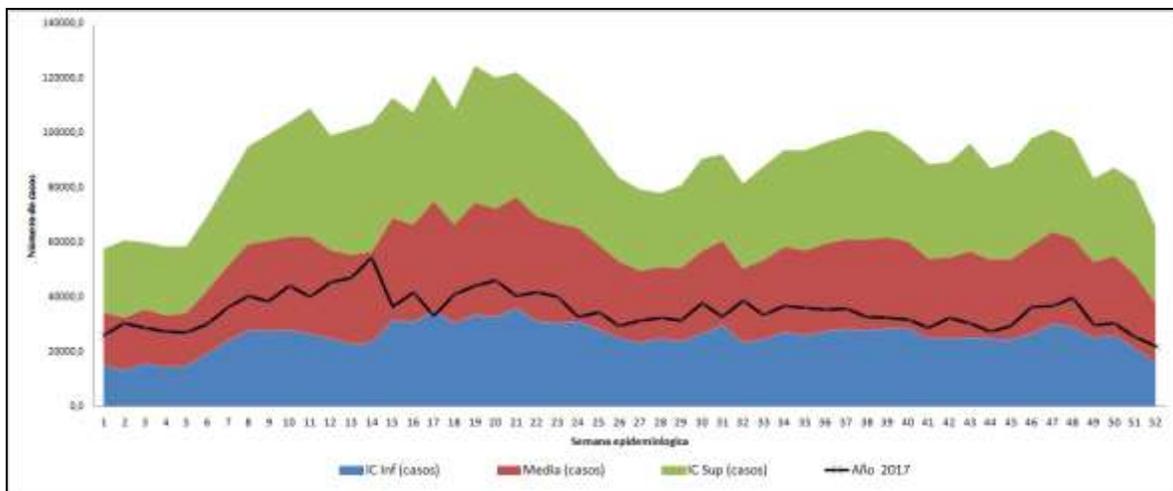
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	69	6	89	8	86	9
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	60	6	86	8	72	7
1,08 Infecciones respiratorias agudas	54	5	82	8	64	7

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF_ND. Subsistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS-RUAF_ND. Subsistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 18-01-2018)

32. Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda

La gripe se contagia de una persona a otra, fundamentalmente por gotas provenientes de las vías respiratorias emitidas al toser o estornudar; el contacto con superficies contaminadas con gotas de las vías respiratorias es otro posible modo de transmisión. La gripe es sumamente contagiosa en especial entre poblaciones institucionalizadas y confinadas y otras reuniones periódicas de grupos como salones de clase.

Gráfico 6. Canal endémico de la Infección Respiratoria Aguda en población general. Bogotá D.C, años 2012 a 2016. Línea de tendencia Año 2017.

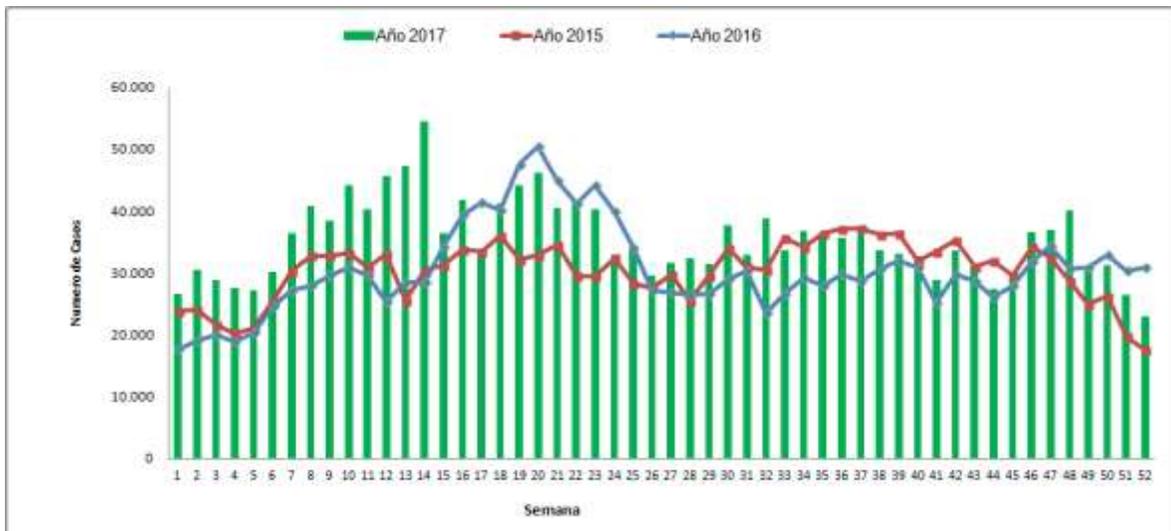


Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia de la morbilidad por IRA años 2012 a 2017.

Se evidencia que el incremento en las consultas para la morbilidad por IRA en la ciudad de Bogotá, para el primer pico epidémico de IRA se presenta aproximadamente a partir de la

semana epidemiológica (SE) 10 (segunda semana del mes de marzo), con un comportamiento sostenido en la notificación de casos aproximadamente hasta la semana epidemiológica 24 (finales de junio); sin embargo para 2017 (Gráfico 2) se presentaron incrementos en el número de casos incluso por encima de las 10 mil consultas semanales entre las semanas 7 y 14, y por el contrario las semanas posteriores el promedio de casos por semana fue de 37 mil, mientras que para 2016 se notificaron en promedio 42 mil casos por semana durante el pico epidémico del I semestre. En relación al segundo pico epidemiológico de IRA, el cual se ubica aproximadamente entre las SE 30 a la 44 (segunda de julio a finales de octubre aproximadamente) se notificaron en promedio por semana 35 mil consultas por IRA en todos los grupos de edad, siendo las SE 34 y 35 las de mayor número de consultas con 37 mil.

Gráfico 7. Comportamiento de la notificación de la Infección Respiratoria Aguda en población general. Bogotá D.C, años 2015- 2017*.

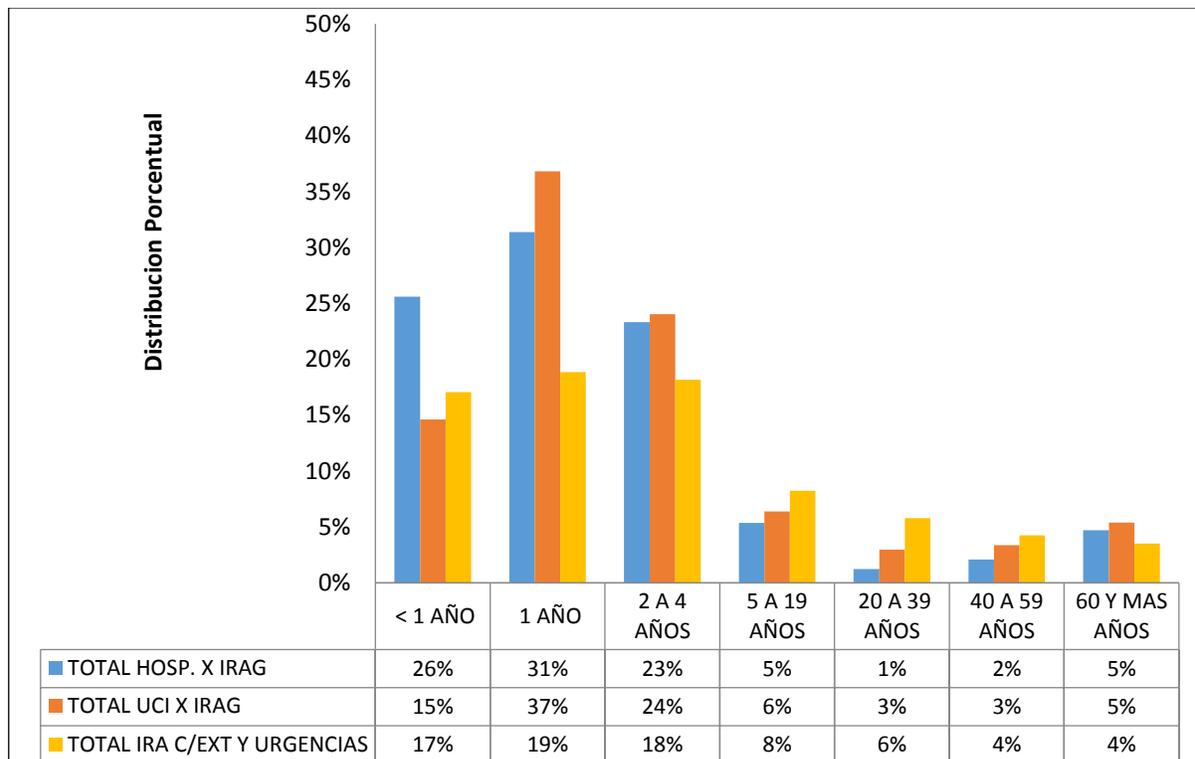


Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA años 2015 a 2017

En el año 2017 se notificaron 1.839.233 personas que consultaron por afecciones relacionadas con la infección respiratoria en 475 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) presentando un incremento de casos del 16%(248.872) respecto del año 2016 al mismo corte; es importante mencionar que el año anterior a la misma SE, 555 IPS habían notificado casos atendidos de morbilidad por IRA, por cuanto el incremento en el número de casos no está relacionado con el aumento de IPS caracterizadas en el Sistema de vigilancia.

Del total de casos atendidos, el 30%(556.828) eran menores de cinco años, el 18%(326.499) de 5 a 19 años, el 25%(460.665) de 20 a 39 años, el 15%(281.774) de 40 a 59 años y el 12%(213.467) mayores de 60 años; respecto a las consultas de morbilidad en los grupos de edad mencionados la distribución fue la siguiente: el 33%(517.570) eran menores de cinco años, el 17%(277.645) de 5 a 19 años, el 26%(408.04) de 20 a 39 años, el 15%(238.576) de 40 a 59 años y el 9%(148.529) mayores de 60 años. Lo anterior evidencia durante el año anterior leves incrementos en la morbilidad por IRA para los grupos de edad de riesgo: menor de 5 años y mayores de 60.

Gráfico 8. Distribución de la morbilidad por IRA en Bogotá D.C, según servicio que presta la atención del caso, año 2017.



Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA 2017

El 95,4%(1.753.888) de los casos se atendió en los servicios de consulta externa y urgencias de 475 instituciones prestadoras de salud notificadoras; el 4,2% (77.863) requirieron hospitalización por cuenta de la agudización del cuadro clínico y menos del 0,4%(7.482) requirieron Unidad de Cuidado Intensivo (UCI); del total de hospitalizados, el

63%(48.713) fueron menores de cinco años, 10%(8.112) de 5 a 19 años, 5%(3.954) de 20 a 39 años, 5%(4.233) de 40 a 59 años y el 17% (12.851) mayores de 60 años.

Tabla 90. Número de consultas por IRA durante el año 2017, según grupo de edad y servicio que presta la atención del caso, año 2017

SERVICIO QUE ATIENDE	< 1 A	1 A	2 - 4 A	5 - 19 A	20 - 39 A	40 - 59 A	60 Y MAS
HOSPITALIZACIONES X IRAG	22875	12501	13337	8112	3954	4233	12851
UCI X IRAG	3920	771	573	345	267	349	1257
IRA CON EXT Y URGENCIAS	131204	129239	242408	318042	456444	277192	199359
TOTAL	157999	142511	256318	326499	460665	281774	213467

Fuente: Base Sivigila distrital-Vigilancia IRA 2017

En relación a las atenciones por UCI, el 69%(5.264) eran menores de cinco años, el 5%(345) de 5 a 19 años, 4%(267) de 20 a 39 años, 5%(349) de 40 a 59 años y el 17%(1257) mayores de 60 años; haciendo evidente que los menores de 5 años y los mayores de 60 años son los grupos más afectados en relación a las infecciones respiratorias agudas.

Salas ERA

En relación a la morbilidad por las Salas ERA de la ciudad, durante el año 2017 se atendieron 49.990 casos en menores de 5 años en 86 Salas de la ciudad, cuya distribución se evidencia en la Tabla 2.

Tabla 91. Número de consultas en Salas ERA durante el año 2017, según localidad de notificación.

LOCALIDAD DE NOTIFICACION	< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	TOTAL
CHAPINERO	7601	5097	4445	2974	1765	21882
SUBA	1666	1199	732	461	228	4286
TEUSAQUILLO	1652	1096	737	484	278	4247
USAQUEN	1310	1012	850	498	277	3947
SAN CRISTOBAL	1171	755	389	256	125	2696
CIUDAD BOLIVAR	1081	756	341	189	103	2470
BARRIOS UNIDOS	834	667	374	226	110	2211

PUENTE ARANDA	501	544	353	240	176	1814
ENGATIVA	583	428	260	154	94	1519
KENNEDY	387	265	158	107	70	987
BOSA	372	261	176	86	44	939
USME	300	280	157	69	46	852
TUNJUELITO	260	246	140	57	39	742
FONTIBON	221	123	83	51	38	516
ANTONIO NARIÑO	185	115	67	33	15	415
RAFAEL URIBE	110	88	56	39	15	308
SANTA FE	44	45	19	13	9	130
MARTIRES	11	10	5	2	1	29
TOTAL	18289	12987	9342	5939	3433	49990

Fuente: Base distrital Sala ERA-Vigilancia IRA 2017

La disminución en el número de casos atendidos por las salas ERA del D.C, respecto del año 2016 es del 8%(n=4196).

El 37%(n=18289) de los casos atendidos correspondieron a menores de un año, el 26%(n=12987) de un año, el 19%(n=9342) de dos años, el 12%(5939) de tres años y el 7%(n=3433) de cuatro años; del total de casos atendidos, el 17%(n=8690) de los casos se atendieron en las Salas ERA de la Red pública.

El 43%(n=21641) de los menores fueron atendidos en las salas ERA con diagnóstico de Bronquiolitis, el 21%(n=10250) por Síndrome broncoobstructivo, el 19%(n=9364) por laringotraqueitis, el 14%(n=7144) por resfriado común y el 3%(n=1591) por neumonía.

33. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por IRA para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

En 2017 ocurrieron 18 muertes por IRA (dato preliminar) para una tasa de mortalidad de 2,96 por cada cien mil menores de cinco años frente a 24 en el año para una tasa de 3,98 en 2016, es decir, una

disminución del 25% (n=6) en el número de defunciones. El 72% (n=13) de los fallecidos tenían menos de un año.

La mitad de las localidades registraron al menos una defunción por IRA que, ordenadas en orden de frecuencia, fueron Kennedy 33% (n=6), Engativá 17% (n=3), Rafael Uribe 11% (n=2), mientras que Santa Fe, San Cristóbal, Bosa, Suba, Teusaquillo, Puente Aranda y Ciudad Bolívar aportaron 5.6% (n=1) cada una.

Tabla 92. Número de casos y razón de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá Años 2015-2017.

Localidad	2015		2016		2017	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Santafé		0		0	1	0,6
San Cristóbal	1	0,2	2	0,3	1	0,2
Usme	1	0,2	3	0,5	0	0
Tunjuelito	1	0,4	4	1,5	0	0
Bosa	3	0,3	4	0,4	1	0,1
Kennedy	5	0,3	1	0,1	6	0,5
Fontibón		0	0	0	0	0
Engativá		0	2	0,2	3	0,4
Suba	3	0,2	1	0,1	1	0,1
Barrios Unidos		0		0	0	0
Teusaquillo		0		0	1	0,9
Mártires		0	1	0,9	0	0
Puente Aranda		0	1	0,4	1	0,4
Rafael Uribe	3	0,6		0	2	0,4
Ciudad Bolívar	4	0,4	5	0,5	1	0,1
Total Bogotá	21	0,2	24	0,2	18	0,2

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

En el año 2015 hubo 21 defunciones por IRA en menores de cinco años, 85,7% de ellas en cinco localidades (23,8% Kennedy, 19,0% Ciudad Bolívar, 14,3% Bosa, Suba y Rafael Uribe cada una) con más de un caso; en 2016 se presentaron 24 muertes por IRA, el 83,3% en seis localidades (20,8% Ciudad Bolívar, 16,7% Bosa y Tunjuelito cada una, 12,5% Usme, 8,3% San Cristóbal y Engativá cada una) con más de un caso y en 2017 ocurrieron 18 muertes, el 61,1% de ellas en tres localidades (33,3% Kennedy, 16,7% Engativá y 11,1% Rafael Uribe).

En 2015 las UPZ con más de una defunción por IRA en menores de cinco años fueron: 12,5% (n=3) Venecia, 8,3% (n=2) en Bosa Central (Bosa), Comuneros (Usme) e Ismael Perdomo (Ciudad Bolívar) cada una; en 2016 las UPZ con más de una defunción fueron: 8,3% (n=2) en Bosa Central (Bosa), Ismael Perdomo (Ciudad Bolívar) y Comuneros (Usme) cada una; en 2017 las defunciones por IRA se presentaron en 12 UPZ así: 22% (n=4) en Patio Bonito (Kennedy), 11% (n=2) en Minuto de Dios (Engativá), 5,6% (n=1) en cada una de Bosa Central (Bosa), El Rincón (Suba), Timiza (Kennedy), Jerusalén (Ciudad Bolívar), Marco Fidel Suarez (Rafael Uribe), Kennedy Central (Kennedy), Muzú (Puente Aranda), La Esmeralda (Teusaquillo) y Quiroga (Rafael Uribe).

c. Desagregado por sexo

El 61% (n=11) de las defunciones correspondieron a hombres en 2017 y la razón niño/niña fue de 0,6, mientras que en el 2016 fue de 1.

Tabla 93. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por sexo. Bogotá Años 2015-2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Santafé							1		1
San Cristóbal	1		1	2		2		1	1
Usme	1		1	2	1	3			
Tunjuelito		1	1	1	3	4			
Bosa		3	3	1	3	4	1		1
Kennedy	3	2	5		1	1	3	3	6

Engativá				1	1	2	2	1	3
Suba	2	1	3	1		1	1		1
Teusaquillo								1	1
Martiries				1		1			
Puente Aranda				1		1	1		1
Rafael Uribe	2	1	3				2		2
Ciudad Bolívar	1	3	4	2	3	5		1	1
Total Bogotá	10	11	21	12	12	24	11	7	18

Fuente 2015: Certificado de defunción Bases de datos DANE-RUAF-ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017 : Bases de datos SDS- RUAF-ND- -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico.-Preliminares ; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2017, el 50% (n=9) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años afiliados al régimen contributivo, 39% (n=7) al subsidiado y 11% (n=2) eran pobres no asegurados. En ocho aseguradores se concentra el 80% (n=38) de las muertes por IRA, que en orden descendente son: Capital Salud 26% (n=12), Salud Total 13% (n=6), Famisanar 9% (n=4), Sanitas 9% (n=4), Compensar 9%(n=4), Cruz Blanca 9%(n=4), Sura 4%(n=2), Medimás 4%(n=2).

En 2016 el 50% (n=12) de los fallecidos eran del contributivo, el 46% del subsidiado y el 4% (n=1) no se encontraba afiliado al sistema; en 2015, el 78% (n=21) pertenecían al contributivo y el 22% (n=6) eran del subsidiado.

Tabla 94. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por tipo de afiliación. Bogotá Años 2015-2017

Localidad	2015				2016				2017			
	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total
Santafé										1		1
San Cristóbal	1			1		2		2		1		1
Usme	1			1	1	2		3				
Tunjuelito	1			1	3		1	4				
Bosa	3			3	3	1		4	1			1

Kennedy	4	1		5	1			1	2	3	1	6
Engativá					2			2	3			3
Suba	2	1		3	1			1	1			1
Teusaquillo										1		1
Martiries						1		1				
Puente Aranda						1		1	1			1
Rafael Uribe	3			3					1	1		2
Ciudad Bolívar	3		1	4	1	4		5			1	1
Total Bogotá	18	2	1	21	12	11	1	24	9	7	2	18

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

34. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por neumonía para los años 2015, 2016 y 2017.
- Total Bogotá
 - Desagregado por localidades

Los códigos para clasificar infecciones respiratorias abarca los códigos CIE-10 J00 a J22, mientras que para mortalidad por neumonía se utilizan los códigos CIE-10 J12 a J18 y para mortalidad por IRA se utilizan los códigos J20 a J22.

La mortalidad por neumonía para el año 2017 presenta 46 mortalidades por Neumonía en menores de cinco años, lo que representa una tasa de mortalidad de 7,57 por cien mil menores de cinco años frente a 54 muertes presentadas para el año 2016, con una tasa de 8,95, evidenciándose una disminución del 15%(n=8) en el número de casos.

La mortalidad se distribuyó en 11 localidades así: Bosa y Kennedy 15%(n=7), San Cristóbal y Suba 13%(n=6) cada una, Ciudad Bolívar 11%(n=5), Fontibón 9%(n=4), Usaquén y Usme 7%(n=3), Engativá 4%(n=2), Teusaquillo y Los Mártires 2%(n=1) cada una. Las nueve localidades restantes, no presentaron mortalidades por neumonía en el 2017. El 74%(n=34) de las mortalidades se presentaron en menores de un año. El 80%(n=37) de la mortalidad por neumonía se presenta en 22 de 30 UPZ así: Bosa Occidental (Bosa) 11%(n=5), Comuneros (Usme) 7%(n=3), La Gloria (San Cristóbal) 7%(n=3), Tibabuyes (Suba) 7%(n=3), San Blas (San Cristóbal) 4%(n=2), El Rincón (Suba) 4%(n=2), Calandaima (Kennedy) 4%(n=2), Carvajal (Kennedy) 4%(n=2) y Fontibón (Fontibón) 4%(n=2).

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 distribuyó 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. El incremento en la mortalidad por neumonía en 2016, se dio por cuenta de las localidades de Usaquén, Usme, Kennedy, Suba, Mártires y Ciudad Bolívar, las cuales presentan aumento en el número de casos respecto el año anterior. Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos fueron: 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.

En relación al año 2015, la distribución de la mortalidad se presentó en 13 localidades del Distrito así: 21%(n=7) en Ciudad Bolívar, 15%(n=5) en Usme y San Cristóbal; las demás localidades aportan menos del 10%. Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Ismael Perdomo (Ciudad Bolívar) con el 9%(n=3), La Gloria (San Cristóbal), San Francisco (Ciudad Bolívar), Bosa Central (Bosa), 20 de julio (San Cristóbal), Diana Turbay (Rafael Uribe), Lucero (Ciudad Bolívar), Fontibón (Fontibón), Venecia (Tunjuelito) y Garcés Navas (Engativá) aportan el 6%(n=2) de las mortalidades por neumonía cada una de ellas.

Tabla 95. Número de casos y razón de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2015- 2017

Localidades	2015		2016		2017	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Usaquén		0	1	0,2	3	0,5
Chapinero		0	0	0	0	0
Santafé		0	0	0	0	0
San Cristóbal	4	0,7	3	0,5	6	1,2

Usme	7	1,3	9	1,6	3	0,6
Tunjuelito		0	1	0,4	0	0
Bosa	2	0,2	2	0,2	7	0,7
Kennedy	2	0,1	5	0,4	6	0,5
Fontibón	2	0,5	2	0,5	4	1,1
Engativá	3	0,3	3	0,3	2	0,2
Suba	2	0,1	8	0,6	6	0,5
Barrios Unidos		0	1	0,6	0	0
Teusaquillo		0	1	0,8	0	0
Mártires		0	2	1,8	1	1
Antonio Nariño		0	1	0,8	0	0
Puente Aranda	2	0,6	0	0	0	0
Candelaria		0	0	0	0	0
Rafael Uribe	2	0,4	2	0,4	0	0
Ciudad Bolívar	5	0,5	13	1,3	5	0,5
Sumapaz		0	0	0	0	0
Sin Localidad	1	2,4	0	0	3	10,1
Total Bogotá	32	0,3	54	0,5	46	0,5

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 - 2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

c. Desagregado por sexo

El 57% de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años correspondió a hombres y, la razón niño/niña fue de 0,7 en 2017, mientras que en 2015 fue de 0,8.

Tabla 96. Número de casos de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años por sexo. Bogotá D.C. Años 2015- 2017

Localidad	2015			2016			2017		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Usaquén				1		1	1	2	3

San Cristóbal	2	2	4	2	1	3	4	2	6
Usme	3	4	7	6	3	9	1	2	3
Tunjuelito				1		1			
Bosa	1	1	2	2		2	3	4	7
Kennedy	1	1	2	3	2	5	3	3	6
Fontibón		2	2		2	2	4		4
Engativá	1	2	3	2	1	3	2		2
Suba	2		2	5	3	8	3	3	6
Barrios Unidos					1	1			
Teusaquillo				1		1			
Mártires					2	2		1	1
Antonio Nariño				1		1			
Puente Aranda		2	2						
Rafael Uribe	1	1	2		2	2			
Ciudad Bolívar	3	2	5	6	7	13	2	3	5
Sin Dato De Localidad		1	1				2	1	3
Total Bogotá	14	18	32	30	24	54	25	21	46

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016-2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2017, la distribución por régimen de afiliación se encuentra: 59% régimen contributivo (n=27), 22%(n=10) régimen subsidiado, 17%(n=8) no asegurados y 2%(n=1) de régimen de excepción. En 8 aseguradores se concentra el 80%(n=38) de la mortalidad por IRA en menores de 5 años en la ciudad así: Capital Salud 26%(n=12), Salud Total 13%(n=6), Famisanar 9%(n=4), Sanitas 9%(n=4), Compensar 9%(n=4), Cruz Blanca 9%(n=4), Sura 4%(n=2), Medimás 4%(n=2).

En 2016, de acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 69%(n=37) de los fallecidos se encontraba vinculado al Régimen contributivo, el 26%(n=14) al subsidiado, el 6%(n=3) no se encontraba afiliado al sistema; para el año 2015, la distribución por

vinculación al SGSSS es: 71%(n=24) afiliados al régimen contributivo y 29%(n=10) afiliados al régimen subsidiado.

Tabla 97. Número de casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años por tipo de afiliación. Bogotá 2015 – 2017.

Localidad	2015					2016				2017				
	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Sin Información	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Usaquén						1			1	2			1	3
San Cristóbal	2	1		1	4	3			3	1	3		2	6
Usme	5	2			7	5	4		9	3				3
Tunjuelito							1		1					
Bosa	1	1			2	1	1		2	4	3			7
Kennedy	1			1	2	4	1		5	6				6
Fontibón	1	1			2	2			2	3	1			4
Engativá	2	1			3	2	1		3	2				2
Suba	2				2	6	1	1	8	3	1		2	6
Barrios Unidos						1			1					
Teusaquillo						1			1					
Mártires						2			2			1		1
Antonio Nariño						1			1					
Puente Aranda	1			1	2									
Rafael Uribe		2			2	1		1	2					
Ciudad Bolívar	2	2	1		5	7	5	1	13	3	2			5
Sin Dato De Localidad	1				1								3	3
Total Bogotá	18	10	1	3	32	37	14	3	54	27	10	1	8	46

Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS-Análisis Demográfico.-Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado0-18-01-2018)

35. Casos razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por EDA para los años 2015, 2016 y 2017.
- a. Total Bogotá

b. Desagregado por localidades

Se presenta la serie 2015-2017 correspondiente a los casos y tasa de mortalidad debido a EDA por cien mil menores de 5 años, el cual tiene un comportamiento estable con tasas inferiores a 1 muerte (rango de 0,3 a 0,5) por cada 100.000 menores de 5 años. En cuanto a la razón por mil nacidos vivos, el comportamiento es similar con tasas inferiores a 0,1 por mil nacidos vivos.

En el trienio hubo siete (n=7) muertes en total en cinco localidades, observándose que solo Bosa y Suba presentan más de una defunción en el período, lo que indica que en éstas localidades se deben reforzar las acciones enfocadas a reconocimiento de signos de alarma, lactancia materna, autocuidado de la salud y saneamiento ambiental y desde provisión de servicios y aseguramiento, acciones enfocadas a la calidad de la atención en salud, adherencia a guías y protocolos de manejo.

Nota: De los casos presentados en el año 2016, está pendiente la conclusión sobre la causa de muerte de un caso en estudio por medicina legal, con lo cual serían 2 casos confirmados y uno en estudio.

Tabla 98. Número de muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Bogotá 2015 - 2017.

Localidades	2015		2016		2017	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
San Cristóbal			1	2,93	0	
Bosa	1	1,673			1	1,50
Kennedy			1	1,06	0	0
Suba	1	1,16	1	1,10	0	0
Ciudad Bolívar					1	1,4
Total Bogotá	2	0,33	3	0,50	2	0,33

Fuente 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF_ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS, Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF_ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS. Análisis Demográfico, Preliminares (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018). Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS AD&EV publicación 30 de junio del 2017 (ajustado 18-10-2017).

c. Desagregado por sexo

Dada la frecuencia tan baja, dos a tres casos al año, no es factible concluir sobre alguna diferencia en la tasa por cien mil menores de cinco años o la razón por mil nacidos vivos en la mortalidad por EDA según sexo, ni sobre la tendencia según sexo de las muertes por EDA. Para el trienio analizado hay siete defunciones en total, cinco de las siete defunciones (71,4%) correspondieron a niños y dos a niñas, o sea, que por cada mujer menor de 5 años murieron 2,5 hombres menores de 5 años.

Tabla 99. Muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA según sexo. Bogotá 2015 - 2017.

Sexo	2015		2016		2017		2015		2016		2017	
	N°	Tasa por 1000 NV	N°	Tasa por 1000 NV	N°	Tasa por 1000 NV	N°	Tasa por 100.000 <5a	N°	Tasa por 100.000 <5a	N°	Tasa por 100.000 <5a
Masculino	1	0,02	2	0,04	2	0,04	1	0,32	2	0,64	2	0,64
Femenino	1	0,02	1	0,04	0		1	0,34	1	0,34	0	
Total	2	0,02	3	0,03	2	0,02	2	0,3	3	0,5	2	0,3

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND-Subsistema de Estadísticas Vitales SDS AD&EV (publicación 30 de junio del 2017- ajustado 18-10-2017) Fuente 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF_ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017) Fuente 2016-2017: Bases de datos SDS- RUAF_ND.- Subsistema de Estadísticas Vitales SDS, Análisis Demográfico, Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

El 71,43 % (5/7) de las muertes por EDA en menor de 5 años en el trienio 2015 - 2017 pertenecían al régimen contributivo y el porcentaje restante eran afiliados al subsidiado y no asegurados. La tasa de 40,2 muertes por EDA por 100.000 menores de 5 años en pobres no asegurados en el año 2016, se explica por el denominador de 2487 menores de 5 años no asegurados respecto al total de menores de 5 años del distrito capital que se en 454.272 para ese año. Las demás tasas para el régimen contributivo y subsidiado son inferiores a 1 teniendo en cuenta que sus denominadores son más grandes.

Tabla 100. Muertes, razón y tasa de mortalidad por EDA, según régimen de aseguramiento. Bogotá 2015 – 2017.

Régimen	2015		2016		2017		2015		2016		2017	
	N°	Razón por 1000 NV	N°	Razón por 1000 NV	N°	Razón por 1000 NV	N°	Tasa por 100.000 <5a	N°	Tasa por 100.000 <5a	N°	Tasa por 100.000 <5 años
Contributivo	1	0,01	2	0,03	2	0,03	1	0,2	2	0,5	2	0,5

No Asegurado	0	0	1	32,3	0	0	0	0,0	1	40,2	0	0,0
Subsidiado	1	0,21	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0
Total	2	0,02	3	0,03	2	0,11	2	0,4	3	0,66	2	0,44

Fuente: Contributivo BDU - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. Subsidiado BDU - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2017. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2017 (vigente a 31 de diciembre de 2017). Proyección población DANE a 2016. Cruce RIPS SDS corte 2015 con SISBEN y BDU. Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015. Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2015. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2015 (vigente a 31 de diciembre de 2015). Fuente 2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF -ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Fuente 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF -ND, Subsistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE junio 30 del 2017). Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF_ND.-Subsistema de Estadísticas Vitales SDS - Análisis Demográfico, Preliminares (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado a 18-01-2018). Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND.-Subsistema de Estadísticas Vitales SDS AD&EV (publicación 30 de junio del 2017- ajustado 18-10-2017)

Morbilidad transmisible

36. Número de casos de tos ferina confirmados por laboratorio para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Según el Sistema de Vigilancia en Salud pública Nacional (Sivigila) en el año 2017 se notificaron 1726 casos residentes en el Distrito Capital de los cuales se confirmaron por laboratorio 45 casos, con un porcentaje de positividad del 2,6%. En el año 2016 se notificaron 2043 confirmándose por laboratorio 72 casos, en el año 2017 se observa una disminución en la confirmación de casos del 37,5% con respecto al año anterior.

Tabla 101. Casos confirmados de tos ferina. Bogotá 2015 – 2017.

Casos Confirmado Tos Ferina	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
-----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Confirmado Por Laboratorio	100	72	45
Total	100	72	45

Fuente: Base Sivigila evento 800 a semana 52 2015, 2016; 2017 datos preliminares.

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

Tabla 102. Casos tos ferina confirmados por laboratorio, nexa epidemiológico y por clínica total Bogotá 2015, 2016, 2017.

Casos Confirmado Tos Ferina	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
Confirmado Por Laboratorio	100	72	45
Confirmado Por Nexa Epidemiológico	0	1	1
Confirmados Por Clínica	6	0	0
Total	106	73	46

Fuente: Base Sivigila evento 800 a semana 52 2015, 2016; 2017 datos preliminares.

c. Desagregado por sexo

Frente a los sexos en el año 2017 el 65,2% de los casos se dio en el sexo femenino, mientras que en el año 2016 la mayor proporción de los casos se dio en el sexo masculino con un 54,7%

Tabla 103. Número de casos confirmados Tos ferina por Sexo a semana 52 2015, 2016 y 2017

Sexo	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
Femenino	52	33	30
Masculino	54	40	16
Total	106	73	46

Fuente: Base Sivigila evento 800 a semana 52 2015, 2016; 2017 datos preliminares.

d. Desagregado por localidades

Con relación a la distribución de los casos por localidades en el año 2017 el 58% de los casos se concentraron en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar, Suba y San Cristóbal, con relación al año anterior se identifica una disminución de casos en las localidades de Engativá, Suba y Bosa

Tabla 104. Número de casos confirmados Tos ferina por localidad de residencia. Bogotá 2015 - 2017.

Localidad	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
Usaquén	4	6	2
Chapinero	1	0	1
Santafé	2	2	0
San Cristóbal	4	5	4
Usme	7	7	1
Tunjuelito	2	3	3
Bosa	9	7	1
Kennedy	21	4	11
Fontibón	6	3	3
Engativá	7	10	2
Suba	15	9	4
Barrios Unidos	0	2	1
Teusaquillo	1	2	1
Los Mártires	2	3	0
Antonio Nariño	2	0	0
Puente Aranda	4	0	2
Rafael Uribe Uribe	6	2	2
Ciudad Bolívar	12	8	8
Bogotá Sin Dirección	1	1	0
Total Bogotá	106	73	46

Fuente: Base Sivigila evento 800 años 2015 y 2016; 2017 datos preliminares

e. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La proporción de casos por régimen de seguridad social en ambos los 3 años es similar presentándose en más del 70% de los casos en el régimen contributivo, seguido por el régimen subsidiado.

Tabla 105. Número de casos confirmados Tos ferina por régimen de Seguridad social. Bogotá 2015 a 2017

Régimen	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
Contributivo	76	54	37
Subsidiado	20	12	7
No Asegurado	7	6	1
Especial	2	1	1
Excepción	1	0	0
Total	106	73	46

Fuente: Base Sivigila evento 800 años 2015 y 2016; 2017 datos preliminares

- f. 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 presentación de la enfermedad en los ciclos vitales se ha dado como es habitual su comportamiento con una mayor carga en la primera infancia representando para los tres años entre el 80 y el 95% de los casos.

Tabla 106. Número de casos confirmados Tos ferina por ciclo vital. Bogotá, años 2015 - 2017

Ciclo Vital	Número De Casos 2015	Número De Casos 2016	Número De Casos 2017
0 a 5 Años -Primera Infancia	102	71	40
06 a 11 Años - Infancia	0	0	0
12 a 17 Años Adolescencia	4	0	2

18 a 28 Años - Juventud	0	1	2
29 a 59 Años - Adulto	0	1	2
Total	106	73	46

Fuente: Base Sivigila evento 800 años 2015 y 2016; 2017 datos preliminares

37. Número de casos de mortalidad por tos ferina

a. Total Bogotá

En el año 2016 y 2017 según el sistema de estadísticas vitales no se reportaron casos de mortalidad da causa básica o asociada a Tos ferina; en el año 2015 se reportaron 6 fallecimientos por esta causa.

b. Desagregado por sexo

No se observan diferencias por sexo, en el número de defunciones por Tos ferina en el año 2015.

Tabla 107. Número de casos de mortalidad por Tos ferina desagregado por sexo. Bogotá 2015.

Sexo	Número De Casos Fallecidos 2015
Masculino	3
Femenino	3
Total	6

Fuente: Base estadísticas vitales Secretaria Distrital de Salud; causa básica de muerte Tos ferina, año 2015 datos preliminares

c. Desagregado por localidades

El 50 % de los casos registrados eran menores residentes en la localidad de Kennedy.

Tabla 108. Número de casos de mortalidad por Tos ferina desagregado por localidades. Bogotá 2015.

Localidad	Número De Casos Fallecidos 2015
-----------	---------------------------------

Kennedy	4
Engativá	1
Santafé	1
Total	6

Fuente: Base estadísticas vitales Secretaría Distrital de Salud; causa básica de muerte Tos ferina, año 2015 datos preliminares.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

De los seis fallecidos 5 pertenecen al régimen contributivo y 1 al subsidiado.

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).

Todos los fallecidos para el año 2015 están el grupo de edad de los 0 a los 5 años (primera infancia), 1 caso corresponde a un lactante menor de 1 mes, los restantes 5 fueron menores de 5 meses.

38. Cinco primeras causas de morbilidad atendida en consulta externa red adscrita para los años 2015, 2016 y 2017.

Respecto a analizar las cinco primeras causas de morbilidad durante el periodo 2015 – 2017; se observa que la mayor proporción corresponde a enfermedades infecciosas con un 40%, seguido las crónicas con un 27%, odontológicas 20% y cita de control un 13%.

Tabla 109. Morbilidad consulta externa Red Adscrita, Bogotá 2015-2017.

Año	Categorías	Diagnostico	Atenciones	Individuos
2015	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	159.607	64.877
	Odontológicas	Caries De La Dentina	72.009	62.709
	Control	Examen Médico General	41.009	33.535
	Infecciosas	Rinofaringitis Aguda	37.204	30.494
	Infecciosas	Infección De Vías Urinarias	22.365	16.277
2016	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	74.271	39.804
	Odontológicas	Caries De La Dentina	43.823	39.575
	Control	Examen Médico General	27.282	20.324
	Infecciosas	Rinofaringitis Aguda	23.083	19.796
	Infecciosas	Infección De Vías Urinarias	17.005	11.241
2017	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	24.664	18.987

	Odontológicas	Caries De La Dentina	16.893	14.175
	Crónicas	Hipercolesterolemia Pura	14.028	10.844
	Infeciosas	Rinofaringitis Aguda	12.505	11.537
	Infeciosas	Infección De Vías Urinarias	7.275	4.387

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

39. Cinco primeras causas de morbilidad atendida en consulta externa red NO adscrita para los años 2015, 2016 y 2017.

Respecto a las cinco primeras causas de morbilidad en la red no adscrita durante el periodo 2015 – 2017; se observa que la mayor proporción corresponde a enfermedades con un 33%, seguido odontológicas 27%, las infecciosas con un 20%, oftalmológicas un 13% y laboral un 7%.

Tabla 110. Morbilidad consulta externa Red No Adscrita, Bogotá 2015-2017.

Año	Categorías	Diagnostico	Atenciones	Individuos
2015	Odontológicas	Caries De La Dentina	963.463	392.980
	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	652.883	260.071
	Odontológicas	Gingivitis Crónica	431.522	181.235
	Oftalmológicas	Astigmatismo	206.481	147.389
	Infeciosas	Rinofaringitis Aguda	185.346	138.220
2016	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	625.465	261.977
	Odontológicas	Caries De La Dentina	541.984	312.786
	Oftalmológicas	Astigmatismo	168.552	126.584
	Laboral	Lumbago No Especificado	165.548	108.559
	Crónicas	Hipotiroidismo; No Especificado	153.190	84.895
2017	Crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	558.818	278.122
	Odontológicas	Caries De La Dentina	416.147	254.075
	Infeciosas	Rinofaringitis Aguda	203.013	169.556
	Crónicas	Hipotiroidismo; No Especificado	139.318	91.453
	Infeciosas	Diarrea De Infeccioso	110.347	94.621

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

40. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): BCG. para los años 2015, 2016 y 2017.

La normatividad vigente obliga a las EAPB de garantizar la prestación total de las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica sin restricción alguna, para lo cual las administradoras, deben llevar a cabo las acciones de demanda inducida, y contratar con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, la prestación de los servicios de salud con una IPS debidamente habilitadas.

Por lo anterior el cumplimiento de coberturas son de responsabilidad compartida entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, quienes son las encargadas de garantizar la vacunación de su población afiliada; y el ente territorial, quien a través de la red pública garantiza la vacunación de la población pobre no asegurada y sin identificar, y genera además el seguimiento y monitoreo correspondiente al Plan de Acción del programa en el distrito.

Por otro lado, el descenso de los nacimientos en el Distrito en los últimos dos años, valores que han sido inferiores a la meta propuesta del Ministerio de Salud Y Protección Social, afectando de manera directa las coberturas, haciendo difícil lograr el cumplimiento deseado.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017 la cobertura de vacunación para BCG se ha mantenido por encima del 100% para total Bogotá.

Tabla 111. Coberturas de vacunación BCG, Bogotá 2015 - 2017

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	116484	108426	107,4
2016	112338	105191	106.8
2017	109138	104937	104.0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Como la vacunación de BCG se realiza por sitio de atención del parto y en Bogotá se atienden los nacimientos de los municipios aledaños a la ciudad, por lo tanto se observa que durante los años 2015,

2016 y 2017 las coberturas de vacunación con BCG al recién nacido son superiores al 100% de la meta programática para los niños y niñas menores de un año de edad.

Tabla 112. Cobertura de Vacunación con BCG, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015 - 2016 - 2017								
	Población Menor 1 Año - 2015	B.C.G - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	B.C.G - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	B.C.G - 2017	
		Vacuna-Dos	%		Vacuna-Dos	%		Vacuna-Dos	%
Usaquén	8876	11774	132,6	8454	10605	125,4	8500	8907	104,8
Chapinero	7700	11244	146	7603	11122	146,3	7000	10160	145,1
Santafé	960	32	3,3	850	13	1,5	780	3	0,4
San Cristóbal	4993	10732	214,9	4398	10996	250	3450	9804	284,2
Usme	5664	107	1,9	4676	88	1,9	4700	63	1,3
Tunjuelito	3047	3492	114,6	2629	3417	130	2700	3122	115,6
Bosa	10000	1836	18,4	9800	1567	16	9000	1598	17,8
Kennedy	12388	10660	86,1	11869	9034	76,1	12760	7407	58
Fontibón	5290	1039	19,6	6520	972	14,9	4068	758	18,6
Engativá	7663	2151	28,1	7352	2118	28,8	7000	1674	23,9
Suba	9800	6617	67,5	9771	6800	69,6	9560	8097	84,7
Barrios Unidos	3777	13132	347,7	3011	10504	348,9	3500	11852	338,6
Teusaquillo	2534	22295	879,8	2927	24175	825,9	4279	26523	619,8
Mártires	700	8565	1223,6	658	7809	1186,8	600	7517	1252,8
Antonio Nariño	3803	10	0,3	3691	7	0,2	5253	2	0
Puente Aranda	5077	4280	84,3	5611	4910	87,5	5882	3623	61,6
Candelaria	113	1	0,9	120	1	0,8	100	1	1
Rafael Uribe	6000	4413	73,6	5380	4446	82,6	6350	4594	72,3
Ciudad Bolívar	10000	4103	41	9826	3754	38,2	9420	3433	36,4
Sumapaz	40	1	2,5	45	0	0	35	0	0
Total Bogotá	108426	116484	107,4	105191	112338	106,8	104937	109138	104

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 113. Cobertura de Vacunación con BCG, según Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017

Régimen	2015		2016		2017	
	BCG	%	BCG	%	BCG	%
Contributivo	87.162	74,8	87.392	78	86219	79
Subsidiado	21.066	18,1	17.437	16	17462	16
Pobre No Asegurado	4.585	3,9	3.878	3	1091	1
Régimen Especial	3.671	3,2	3.631	3	4366	4
Total	116.484	107,4	112.338	106,8	109.138	104,0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

41. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Polio para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015, 2016 y 2017 la cobertura de vacunación tuvo una disminución del 2.09%. Las coberturas mejoraran en la medida que las EAPB realicen el seguimiento adecuado, actualmente la SDS está trabajando conjuntamente para que las EAPB reconozcan la importancia de éste proceso, específicamente el año 2017 se ve afectado por el cierre de puntos de vacunación, en total se evidenció un cierre de 34 IPS públicas y privadas en el año, de éstos un número importante hace parte de la EAPB Medimás que dado a su gran porcentaje de afiliación en la ciudad logra impactar en la cobertura; se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes con el fin de captar a esta población que ha quedado sin conocer su punto de vacunación.

Tabla 114. Coberturas de vacunación, Polio, Bogotá 2015 – 2017.

Año	Numerador	Denominador	Cobertura %
2015	98255	108426	90,6
2016	100435	105191	95.5
2017	93047	104937	88,7

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Tabla 115. Cobertura de Vacunación con Polio, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	Polio - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	Polio - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	Polio - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8876	8221	92,6	8454	8510	100,7	8500	7412	87,2
Chapinero	7700	6922	89,9	7603	7158	94,1	7000	6777	96,8
Santafé	960	824	85,8	850	761	89,5	780	752	96,4
San Cristóbal	4993	4222	84,6	4398	3955	89,9	3450	3543	102,7
Usme	5664	4476	79	4676	4618	98,8	4700	4579	97,4
Tunjuelito	3047	2536	83,2	2629	2682	102	2700	2734	101,3
Bosa	10000	9601	96	9800	9168	93,6	9000	8231	91,5
Kennedy	12388	11616	93,8	11869	12360	104,1	12760	12237	95,9
Fontibón	5290	5329	100,7	6520	5639	86,5	4068	3550	87,3
Engativá	7663	7088	92,5	7352	6934	94,3	7000	6317	90,2
Suba	9800	9583	97,8	9771	9794	100,2	9560	9384	98,2
Barrios Unidos	3777	2998	79,4	3011	2817	93,6	3500	2739	78,3
Teusaquillo	2534	2017	79,6	2927	2349	80,3	4279	3769	88,1
Mártires	700	650	92,9	658	587	89,2	600	572	95,3
Antonio Nariño	3803	3075	80,9	3691	3602	97,6	5253	3370	64,2
Puente Aranda	5077	4041	79,6	5611	4320	77	5882	3880	66
Candelaria	113	123	108,8	120	97	80,8	100	101	101
Rafael Uribe	6000	5269	87,8	5380	5698	105,9	6350	5291	83,3
Ciudad Bolívar	10000	9621	96,2	9826	9351	95,2	9420	7805	82,9
Sumapaz	40	43	107,5	45	35	77,8	35	37	105,7
Total Bogotá	108426	98255	90,6	105191	100435	95,5	104937	93080	88,7

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 116. Cobertura de Vacunación con Polio, por tipo de afiliación. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Régimen	2015		2016		2017	
	Polio	%	Polio	%	Polio	%
Contributivo	73.066	74,3	7.377	77	73.507	79,0
Subsidiado	17.081	17,4	14.876	15	14.888	16,0
Pobre No Asegurado	4.852	4,9	4.424	4	930	1,0
Régimen Especial	3.275	3,3	3.758	4	3.722	4,0
Total	98.274	90,6	100.435	95,5	93.047	88,7

Fuente: informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

42. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Triple-viral para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017 se tuvo una reducción del 5.6% en la cobertura de vacunación para Triple Viral total para el Distrito, sin embargo se mantiene por encima del 90% durante el periodo analizado.

Tabla 117. Cobertura de vacunación Triple Viral, Bogotá, 2015 – 2017.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	103138	108426	98,0
2016	100338	105191	95,3
2017	97298	105937	92,5

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

b. Desagregado por localidades

Tabla 118. Cobertura de Vacunación con Triple Viral, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 Y 2017

Localidad	2015			2016			2017		
	Población De 1 Año - 2015	Triple Viral - 2015		Población De 1 Año - 2016	Triple Viral - 2016		Población De 1 Año - 2017	Triple Viral - 2017	
		Vacuna-Dos	%		Vacuna-Dos	%		Vacuna-Dos	%
Usaquén	8515	8442	99,1	8843	8577	97	8500	7855	92,4

Localidad	2015			2016			2017		
	Población De 1 Año - 2015	Triple Viral - 2015		Población De 1 Año - 2016	Triple Viral - 2016		Población De 1 Año - 2017	Triple Viral - 2017	
		Vacuna- Dos	%		Vacuna- Dos	%		Vacuna- Dos	%
Chapinero	7300	6498	89	8072	6154	76,2	6200	6596	106,4
Santafé	960	1009	105,1	960	822	85,6	850	804	94,6
San Cristóbal	5041	4588	91	4588	3994	87,1	3500	3899	111,4
Usme	5500	5008	91,1	5008	4924	98,3	5000	4905	98,1
Tunjuelito	3020	2899	96	2321	2615	112,6	2625	2824	107,6
Bosa	10299	10546	102,4	10299	10024	97,3	10054	8986	89,4
Kennedy	12500	12079	96,6	11960	12444	104	12500	12776	102,2
Fontibón	5200	5638	108,4	6417	5651	88,1	4160	3906	93,9
Engativá	7081	7524	106,3	6732	7160	106,4	7000	6811	97,3
Suba	10034	10471	104,4	9185	10072	109,7	10200	9870	96,8
Barrios Unidos	2828	2677	94,7	3095	2531	81,8	2600	2403	92,4
Teusaquillo	2145	1765	82,3	2827	1998	70,7	4650	3721	80
Mártires	800	812	101,5	750	650	86,7	900	711	79
Antonio Nariño	3200	3308	103,4	4142	3428	82,8	4000	3318	83
Puente Aranda	4500	4034	89,6	5727	4242	74,1	6040	3889	64,4
Candelaria	116	125	107,8	125	113	90,4	120	117	97,5
Rafael Uribe	5878	5607	95,4	5250	5658	107,8	6700	5497	82
Ciudad Bolívar	10341	10069	97,4	9000	9243	102,7	9550	8371	87,7
Sumapaz	40	39	97,5	40	38	95	42	39	92,9
Total Bogotá	105297	103138	98	105341	100338	95,3	105191	97298	92,5

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

43. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Pentavalente para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017, se tuvo una reducción en la cobertura de vacunación de pentavalente del 2.2%. Las coberturas mejoraran en la medida que las EAPB realicen el seguimiento adecuado, actualmente la SDS está trabajando conjuntamente para que las EAPB reconozcan la importancia de éste proceso, específicamente el año 2017 se ve afectado por el cierre de puntos de vacunación, en total se evidenció un cierre de 34 IPS públicas y privadas en el año, de éstos un número importante hace parte de la EAPB Medimás que dado a su gran porcentaje de afiliación en la ciudad logra impactar en la cobertura; se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes con el fin de captar a esta población que ha quedado sin conocer su punto de vacunación.

Tabla 119. Coberturas de vacunación, Pentavalente, Bogotá 2015 – 2017.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	98331	108426	90,7
2016	100522	105191	95,6
2017	93067	104937	88,7

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Tabla 120. Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	Pentavalente - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	Pentavalente - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	Pentavalente - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8876	8208	92,5	8454	8506	100,6	8500	7419	87,3
Chapinero	7700	6956	90,3	7603	7159	94,2	7000	6769	96,7
Santafé	960	824	85,8	850	762	89,6	780	752	96,4
San Cristóbal	4993	4228	84,7	4398	3964	90,1	3450	3543	102,7
Usme	5664	4477	79	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4
Tunjuelito	3047	2533	83,1	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2
Bosa	10000	9600	96	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5
Kennedy	12388	11618	93,8	11869	12364	104,2	12760	12248	96

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	Pentavalente - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	Pentavalente - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	Pentavalente - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Fontibón	5290	5322	100,6	6520	5634	86,4	4068	3548	87,2
Engativá	7663	7089	92,5	7352	6947	94,5	7000	6312	90,2
Suba	9800	9594	97,9	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1
Barrios Unidos	3777	3042	80,5	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2
Teusaquillo	2534	2017	79,6	2927	2352	80,4	4279	3771	88,1
Mártires	700	650	92,9	658	587	89,2	600	572	95,3
Antonio Nariño	3803	3077	80,9	3691	3604	97,6	5253	3362	64
Puente Aranda	5077	4040	79,6	5611	4321	77	5882	3880	66
Candelaria	113	123	108,8	120	97	80,8	100	101	101
Rafael Uribe	6000	5266	87,8	5380	5704	106	6350	5288	83,3
Ciudad Bolívar	10000	9624	96,2	9826	9373	95,4	9420	7805	82,9
Sumapaz	40	43	107,5	45	35	77,8	35	37	105,7
Total Bogotá	108426	98331	90,7	105191	100522	95,6	104937	93067	88,7

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 121. Cobertura de Vacunación con Pentavalente, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Régimen	2015		2016		2017	
	Pentavalente	%	Pentavalente	%	Pentavalente	%
Contributivo	73.077	428	78.407	78	72871	78,3
Subsidiado	17.058	17	14.073	14	11820	12,7
Pobre No Asegurado	4.852	5	3.016	3	4095	4,4
Régimen Especial	3.268	3	5.026	5	4281	4,6
Total	98.255	90,7	100.522	95,6	93.067	88,7

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

44. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Difteria, tos ferina y tétanos (DPT) para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017, se tuvo una reducción en la cobertura de vacunación de DPT del 2.2%. Las coberturas mejoraran en la medida que las EAPB realicen el seguimiento adecuado, actualmente la SDS está trabajando conjuntamente para que las EAPB reconozcan la importancia de éste proceso, específicamente el año 2017 se ve afectado por el cierre de puntos de vacunación, en total se evidenció un cierre de 34 IPS públicas y privadas en el año, de éstos un número importante hace parte de la EAPB Medimás que dado a su gran porcentaje de afiliación en la ciudad logra impactar en la cobertura; se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes con el fin de captar a esta población que ha quedado sin conocer su punto de vacunación.

Tabla 122. Coberturas de vacunación, DPT, Bogotá 2015 – 2017.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	98331	108426	90,7
2016	100520	105191	95,6
2017	93067	104937	88,7

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Tabla 123. Cobertura de Vacunación con DPT, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	DPT - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	DPT - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	DPT - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8876	8208	92,5	8454	8506	100,6	8500	7419	87,3

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	DPT - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	DPT - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	DPT - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Chapinero	7700	6956	90,3	7603	7159	94,2	7000	6769	96,7
Santafé	960	824	85,8	850	762	89,6	780	752	96,4
San Cristóbal	4993	4228	84,7	4398	3964	90,1	3450	3543	102,7
Usme	5664	4477	79	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4
Tunjuelito	3047	2533	83,1	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2
Bosa	10000	9600	96	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5
Kennedy	12388	11618	93,8	11869	12364	104,2	12760	12248	96
Fontibón	5290	5322	100,6	6520	5634	86,4	4068	3548	87,2
Engativá	7663	7089	92,5	7352	6947	94,5	7000	6312	90,2
Suba	9800	9594	97,9	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1
Barrios Unidos	3777	3042	80,5	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2
Teusaquillo	2534	2017	79,6	2927	2352	80,4	4279	3771	88,1
Mártires	700	650	92,9	658	587	89,2	600	572	95,3
Antonio Nariño	3803	3077	80,9	3691	3604	97,6	5253	3362	64
Puente Aranda	5077	4040	79,6	5611	4321	77	5882	3880	66
Candelaria	113	123	108,8	120	97	80,8	100	101	101
Rafael Uribe	6000	5266	87,8	5380	5703	106	6350	5288	83,3
Ciudad Bolívar	10000	9624	96,2	9826	9372	95,4	9420	7805	82,9
Sumapaz	40	43	107,5	45	35	77,8	35	37	105,7
Total Bogotá	108426	98331	90,7	105191	100520	95,6	104937	93067	88,7

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 124. Cobertura de Vacunación con DPT, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Régimen	2015	2016	2017
---------	------	------	------

	DPT	%	DPT	%	DPT	%
Contributivo	73.082	74	77400	77	71569	76,9
Subsidiado	17.058	17	13068	13	12564	13,5
Pobre No Asegurado	4.853	5	4021	4	4839	5,2
Régimen Especial	3.268	3	6031	6	4095	4,4
Total	98.261	90,7	100.520	95,6	93.067	88,7

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

45. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Anti *Haemophilus influenzae* tipo B para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017, se tuvo una reducción en la cobertura de vacunación de Anti *Haemophilus influenzae* tipo B del 2.2%. Las coberturas mejoraran en la medida que las EAPB realicen el seguimiento adecuado, actualmente la SDS está trabajando conjuntamente para que las EAPB reconozcan la importancia de éste proceso, específicamente el año 2017 se ve afectado por el cierre de puntos de vacunación, en total se evidenció un cierre de 34 IPS públicas y privadas en el año, de éstos un número importante hace parte de la EAPB Medimás que dado a su gran porcentaje de afiliación en la ciudad logra impactar en la cobertura; se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes con el fin de captar a esta población que ha quedado sin conocer su punto de vacunación.

Tabla 125. Cobertura de vacunación Anti *Haemophilus influenzae* tipo B. Bogotá 2015 - 2017

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	98292	108426	90.7
2016	100515	105191	95.6
2017	93020	104937	88.7

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Tabla 126. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	Haemophilus Influenzae Tipo B - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	Haemophilus Influenzae Tipo B - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	Haemophilus Influenzae Tipo B - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8876	8206	92,5	8454	8506	100,6	8500	7388	86,9
Chapinero	7700	6956	90,3	7603	7159	94,2	7000	6768	96,7
Santafé	960	823	85,7	850	762	89,6	780	752	96,4
San Cristóbal	4993	4226	84,6	4398	3963	90,1	3450	3543	102,7
Usme	5664	4475	79	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4
Tunjuelito	3047	2531	83,1	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2
Bosa	10000	9595	96	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5
Kennedy	12388	11612	93,7	11869	12364	104,2	12760	12246	96
Fontibón	5290	5322	100,6	6520	5632	86,4	4068	3547	87,2
Engativá	7663	7085	92,5	7352	6947	94,5	7000	6311	90,2
Suba	9800	9587	97,8	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1
Barrios Unidos	3777	3042	80,5	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2
Teusaquillo	2534	2017	79,6	2927	2351	80,3	4279	3769	88,1
Mártires	700	650	92,9	658	587	89,2	600	572	95,3
Antonio Nariño	3803	3076	80,9	3691	3604	97,6	5253	3360	64
Puente Aranda	5077	4039	79,6	5611	4321	77	5882	3879	65,9
Candelaria	113	123	108,8	120	97	80,8	100	101	101
Rafael Uribe	6000	5265	87,8	5380	5703	106	6350	5287	83,3
Ciudad Bolívar	10000	9619	96,2	9826	9371	95,4	9420	7800	82,8
Sumapaz	40	43	107,5	45	35	77,8	35	37	105,7
Total Bogotá	108426	98292	90,7	105191	100515	95,6	104937	93020	88,7

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 127. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Régimen	2015		2016		2017	
	Haemophilus Influenzae Tipo B	%	Haemophilus Influenzae Tipo B	%	Haemophilus Influenzae Tipo B	%
Contributivo	73.077	74	78402	78	72834	78,3
Subsidiado	17.058	17	14072	14	11814	12,7
Pobre No Asegurado	4.852	5	3015	3	4093	4,4
Régimen Especial	3.268	3	5026	5	4279	4,6
Total	98.255	90,7	100.515	95,6	93.020	88,6

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

46. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): fiebre amarilla para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017 se aumentó el 58.07% en la cobertura de vacunación por fiebre amarilla en la ciudad. Para el año 2015 se presentó un cambio en la edad en que se aplica la vacuna (paso de aplicarse a los 12 meses a los 18 meses), por lo tanto se presentó una disminución importante en la cobertura a nivel Distrital en comparación con periodos anteriores, sin embargo para el 2017 se evidencia el aumento y se están encaminando esfuerzos conjuntos con las EAPB para lograr coberturas por encima del 95%.

Tabla 128. Cobertura por Vacunación con fiebre amarilla. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	56392	105297	53,6
2016	82057	105341	77.9
2017	86351	105191	82.1

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Tabla 129. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población De 1 Año - 2015	Fiebre Amarilla - 2015		Población De 1 Año - 2016	Fiebre Amarilla - 2016		Población De 1 Año - 2017	Fiebre Amarilla - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8515	4899	57,5	8843	6569	74,3	8500	6887	81
Chapinero	7300	3545	48,6	8072	4141	51,3	6200	4806	77,5
Santafé	960	569	59,3	960	884	92,1	850	692	81,4
San Cristóbal	5041	2563	50,8	4588	3400	74,1	3500	3464	99
Usme	5500	2708	49,2	5008	4136	82,6	5000	4280	85,6
Tunjuelito	3020	1544	51,1	2321	2396	103,2	2625	2539	96,7
Bosa	10299	5335	51,8	10299	7878	76,5	10054	8249	82
Kennedy	12500	6885	55,1	11960	10480	87,6	12500	11620	93
Fontibón	5200	3184	61,2	6417	5101	79,5	4160	3805	91,5
Engativá	7081	4079	57,6	6732	6259	93	7000	6277	89,7
Suba	10034	5744	57,2	9185	8494	92,5	10200	9079	89
Barrios Unidos	2828	1581	55,9	3095	1596	51,6	2600	1786	68,7
Teusaquillo	2145	950	44,3	2827	1498	53	4650	3327	71,5
Mártires	800	451	56,4	750	546	72,8	900	522	58
Antonio Nariño	3200	1776	55,5	4142	2995	72,3	4000	3322	83,1
Puente Aranda	4500	2267	50,4	5727	3455	60,3	6040	3746	62
Candelaria	116	70	60,4	125	90	72	120	92	76,7
Rafael Uribe	5878	2892	49,2	5250	4647	88,5	6700	5054	75,4
Ciudad Bolívar	10341	5332	51,6	9000	7459	82,9	9550	6774	70,9
Sumapaz	40	18	45	40	33	82,5	42	30	71,4
Total Bogotá	105297	56392	53,6	105341	82057	77,9	105191	86351	82,1

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Tabla 130. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla, por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017

Régimen	2015		2016		2017	
	Fiebre Amarilla	%	Fiebre Amarilla	%	Fiebre Amarilla	%
Contributivo	41.197	73	60886	74,2	65454	75,8
Subsidiado	10.013	18	12801	15,6	11830	13,7
Pobre No Asegurado	3.202	6	3282	4	3627	4,2
Régimen Especial	1.980	4	5088	6,2	5440	6,3
Total	56.392	53,6	82.057	77,9	86.351	82,1

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017

47. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Hepatitis B para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2015 – 2017 se redujo 2.0% la cobertura de vacunación en Hepatitis B en niños y niñas menores de 1 año en Bogotá. Las coberturas mejoraran en la medida que las EAPB realicen el seguimiento adecuado, actualmente la SDS está trabajando conjuntamente para que las EAPB reconozcan la importancia de éste proceso, específicamente el año 2017 se ve afectado por el cierre de puntos de vacunación, en total se evidenció un cierre de 34 IPS públicas y privadas en el año, de éstos un número importante hace parte de la EAPB Medimás que dado a su gran porcentaje de afiliación en la ciudad logra impactar en la cobertura; se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes con el fin de captar a esta población que ha quedado sin conocer su punto de vacunación.

Tabla 131. Cobertura por Vacunación con Hepatitis B en niños menores de 1 año. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2015	97829	108426	90.2
2016	100365	105191	95.4
2017	92794	104937	88.4

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

b. Desagregado por localidades

Tabla 132. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Localidad	2015			2016			2017		
	Población Menor 1 Año - 2015	Hepatitis B - 2015		Población Menor 1 Año - 2016	Hepatitis B - 2016		Población Menor 1 Año - 2017	Hepatitis B - 2017	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
Usaquén	8876	8127	91,6	8454	8471	100,2	8500	7369	86,7
Chapinero	7700	6603	85,8	7603	7049	92,7	7000	6654	95,1
Santafé	960	824	85,8	850	762	89,6	780	752	96,4
San Cristóbal	4993	4228	84,7	4398	3966	90,2	3450	3522	102,1
Usme	5664	4476	79	4676	4624	98,9	4700	4580	97,4
Tunjuelito	3047	2534	83,2	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2
Bosa	10000	9601	96	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5
Kennedy	12388	11616	93,8	11869	12361	104,1	12760	12246	96
Fontibón	5290	5312	100,4	6520	5623	86,2	4068	3548	87,2
Engativá	7663	7088	92,5	7352	6946	94,5	7000	6310	90,1
Suba	9800	9590	97,9	9771	9811	100,4	9560	9375	98,1
Barrios Unidos	3777	2998	79,4	3011	2822	93,7	3500	2668	76,2
Teusaquillo	2534	2005	79,1	2927	2351	80,3	4279	3770	88,1
Mártires	700	651	93	658	587	89,2	600	572	95,3
Antonio Nariño	3803	3075	80,9	3691	3604	97,6	5253	3359	63,9
Puente Aranda	5077	4041	79,6	5611	4320	77	5882	3878	65,9
Candelaria	113	123	108,8	120	97	80,8	100	101	101
Rafael Uribe	6000	5269	87,8	5380	5705	106	6350	5287	83,3
Ciudad Bolívar	10000	9625	96,3	9826	9371	95,4	9420	7801	82,8
Sumapaz	40	43	107,5	45	35	77,8	35	37	105,7
Total Bogotá	108426	97829	90,2	105191	100365	95,4	104937	92794	88,4

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Tabla 133. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B, , por Vinculación al SGSSS. Bogotá D.C. Años 2015, 2016 y 2017.

Régimen	2015		2016		2017	
	Hepatitis B	%	Hepatitis B	%	Hepatitis B	%
Contributivo	72.393	74	76277	76	72101	77,7
Subsidiado	16.631	17	15055	15	11785	12,7
Pobre No Asegurado	4.892	5	4015	4	3619	3,9
Régimen Especial	3.913	4	5018	5	5289	5,7
Total	97.829	90,2	100.365	95,4	92.794	88,4

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2015, 2016 y 2017.

Condiciones no transmisibles

48. Casos y tasa de mortalidad por crónicas en menores de 70 años para los años 2015, 2016 y 2017.

Notas a la información:

- ✓ Las enfermedades crónicas, analizadas de forma agrupada, incluyeron: diabetes mellitus (E10-E14), enfermedades hipertensivas (I10-I15), enfermedad renal crónica (N18+proporción de N19), enfermedad respiratoria inferior crónica, excepto asma (J40-J47, excepto J45), tumor maligno del cuello uterino (C53+proporción de C55), tumor maligno de la mama (C50, femenino) y tumor maligno de la próstata (C61).
- ✓ 2016p indica que los datos son preliminares. Por tanto, se espera que cambien con el uso de bases definitivas.
- ✓ El ajuste de las tasas de mortalidad se realizó con los grupos quinquenales de edad de la población mundial estándar vigente (OMS), ajustado al peso en menores de 70 años.
- ✓ 2017pi indica que la información del año 2017 no está disponible para el año completo, corresponde al periodo enero-noviembre. No se calculan tasas anuales.
- ✓ NC-no calculable con datos disponibles

a. Total Bogotá

El comportamiento es variable, teniendo un incremento en 2015 y una disminución posterior en 2016, cercana a los valores de 2014. En el trienio completo (2014-2016) hubo un total de 4255, que sumado a las muertes hasta noviembre de 2017 resultan en 5483.

Tabla 134. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá. Bogotá D.C., 2014+2015 + 2016p+2017pi*

Año	Muertes Totales	No Ajustada	Ajustada
2014	1332	17,9	17,5
2015	1477	19,7	18,7
2016p	1446	19,0	17,6
2017pi	1228	NC	NC

Fuente: 2014 a 2015: Certificados de defunción. Bases de datos Estadísticas Vitales SDS definitivas. 2016p: Certificado de defunción. Base Crónicas SDS RUAF-ND. Corte: 30 de marzo de 2017 2017pi: Certificado de defunción. Base Crónicas SDS RUAF-ND. Enero-Noviembre, preliminar

b. Desagregado por sexo

Para este periodo de tiempo se observa que el promedio, 40,6% de las muertes correspondieron a hombres.

Tabla 135. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá según sexo. Bogotá D.C., 2014+2015 + 2016p

Año	Sexo	N	%
2014	Masculino	545	40,9
	Femenino	787	59,1
	Ambos	1332	100,0
2015	Masculino	608	41,2
	Femenino	869	58,8
	Ambos	1477	100,0
2016 p	Masculino	575	39,8
	Femenino	871	60,2

Año	Sexo	N	%
	Ambos	1446	100,0

Fuente: 2014 a 2015: Certificados de defunción. Bases de datos Estadísticas Vitales SDS definitivas. 2016p: Certificado de defunción. Base Crónicas SDS RUAF-ND. Corte: 30 de marzo de 2017

c. Desagregado por localidades

Las localidades de Kennedy (N=178), Suba (N=162), Engativá (N=140), Bosa (N=119) y Ciudad Bolívar (N=119) muestran el mayor número promedio de muertes en menores de 70 durante el periodo evaluado. No obstante, al ordenar por tasa ajustada (haciéndolas comparables por estructura de edad), las cinco con mayor riesgo (tasa ajustada media de mortalidad, TAMM) fueron Rafael Uribe (TAMM= 32,1 por 100.000), Santafé (TAMM= 27,1 por 100.000), San Cristóbal (TAMM= 31,2 por 100.000), Usme (TAMM= 28,8 por 100.000) y Antonio Nariño (TAMM= 22,4 por 100.000)

Tabla 136. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según localidad de residencia. Bogotá, 2014- 2016p*

Localidad	2014			2015			2016		
	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada
Usaquén	83,0	18,1	14,3	81,0	17,5	13,4	92,0	20,8	15,7
Chapinero	22,0	17,5	12,5	32,0	25,3	17,7	34,0	29,2	20,0
Santafé	27,0	26,1	23,6	30,0	29,0	25,6	28,0	30,9	27,1
San Cristóbal	90,0	23,0	24,3	77,0	19,8	20,2	115,0	30,4	31,2
Usme	72,0	17,3	22,1	68,0	16,2	20,2	79,0	24,1	28,8
Tunjuelito	46,0	24,2	24,2	39,0	20,6	20,4	43,0	24,0	22,0
Bosa	115,0	18,8	22,7	125,0	19,9	23,5	117,0	17,0	19,5
Kennedy	154,0	15,1	15,7	199,0	19,3	19,4	182,0	16,0	15,5
Fontibón	59,0	16,6	16,1	59,0	16,2	15,3	64,0	16,6	15,1
Engativá	153,0	18,6	16,4	130,0	15,7	13,5	138,0	16,7	14,2
Suba	152,0	13,8	13,8	180,0	16,0	15,5	154,0	12,9	11,8
Barrios Unidos	33,0	15,0	11,5	37,0	16,7	12,0	22,0	9,1	6,1
Teusaquillo	16,0	11,7	8,0	43,0	31,2	21,5	26,0	20,3	13,4
Mártires	23,0	24,8	20,9	26,0	28,2	22,8	24,0	27,3	20,8
Antonio Nariño	23,0	22,6	19,3	31,0	30,5	25,7	29,0	28,4	22,4
Puente Aranda	42,0	17,4	14,5	63,0	26,1	21,2	60,0	28,7	23,4

Localidad	2014			2015			2016		
	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Frecuencia de muertes	Tasa no ajustada	Tasa ajustada
Candelaria	11,0	48,6	35,7	4,0	17,8	12,5	4,0	19,0	13,7
Rafael Uribe	85,0	23,7	24,4	92,0	25,7	25,5	114,0	33,8	32,1
Ciudad Bolívar	108,0	16,4	20,7	145,0	21,7	26,2	103,0	14,7	18,4
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sin Información	18,0	NA	NA	16,0	NA	NA	18,0	NA	NA
Total Bogotá	1332	17,9	17,5	1477	19,7	18,7	1446	19,0	17,6

Fuente: 2014 a 2015: Certificados de defunción. Bases de datos Estadísticas Vitales SDS definitivas. 2016p: Certificado de defunción. Base Crónicas SDS RUAF-ND. Corte: 30 de marzo de 2017

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En promedio, 811 (57,2%) muertes anuales ocurrieron en personas afiliadas al régimen contributivo. El número de muertes fue más frecuente en mujeres afiliadas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y en el de excepción. Debe tenerse en cuenta que los porcentajes no tienen en cuenta factores de ajuste (población, edad, enfermedad).

Tabla 137. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según tipo de afiliación. Bogotá, 2014- 2016p*

Tipo De Seguridad Social	2014			2015			2016p		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Contributivo	305	463	768	324	525	849	298	517	815
Subsidiado	182	256	438	230	283	513	231	289	520
Excepción	15	33	48	21	37	58	24	51	75
Especial	2	0	2	1	0	1	0	0	0
No asegurado	34	32	66	28	19	47	21	14	35
Sin información	7	3	10	4	5	9	1	0	1
Total general	545	787	1332	608	869	1477	575	871	1446

Fuente: 2014 a 2015: Certificados de defunción. Bases de datos Estadísticas Vitales SDS definitivas. 2016p: Certificado de defunción. Base Crónicas SDS RUAF-ND. Corte: 30 de marzo de 2017

49. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Se presentaron en el trienio 2014, 2015 y 2016 un total de 676 muertes; 2017 tiene datos parciales (enero a noviembre) y, por tanto, no se usan sus datos. Las cinco localidades con mayor número promedio de muertes por este cáncer durante el trienio analizado (2014-2016) fueron Kennedy (N=29), Suba (N=26), Engativá (N=23), Ciudad Bolívar (N=21) y Bosa (N=20). Por su parte las cinco primeras según tasas crudas fueron Sumapaz, Santafé, Candelaria, San Cristóbal y Rafael Uribe. Se enfatiza en que la mayor tasa cruda promedio de Sumapaz se basó en la muerte de una mujer en el primer año de observación.

Tabla 138. Mortalidad atribuible a cáncer de cuello uterino según localidad de residencia. Bogotá, 2014-2015 + 2016p*

Localidades	2014		2015		2016p	
	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres
Sumapaz	1	32,5		0	0	0
Santafé	4	7,3	4	7,3	6	12,5
Candelaria	2	17,6		0	1	9,5
San Cristóbal	10	4,8	13	6,3	28	13,7
Rafael Uribe	9	4,7	9	4,7	25	13,8
Chapinero	3	4,1	4	5,5	8	12
Puente Aranda	9	6,8	11	8,4	6	5,3
Antonio Nariño	1	1,8	3	5,4	7	12,6
Ciudad Bolívar	19	5,5	24	6,8	22	6
Bosa	25	7,8	22	6,7	14	3,9
Tunjuelito	6	5,9	6	6	6	6,3
Mártires	4	8,2	1	2	3	6,4
Usme	8	3,7	9	4,1	14	8,1
Teusaquillo	3	3,7	4	5	5	6,7
Engativá	29	6,4	22	4,8	19	4,2
Kennedy	31	5,7	29	5,3	26	4,3

Localidades	2014		2015		2016p	
	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres	Número Muertes	Tasa Por 100.000 Mujeres
Usaquén	14	5,3	9	3,4	16	6,3
Fontibón	11	5,6	7	3,5	8	3,8
Suba	22	3,7	27	4,4	29	4,4
Barrios Unidos	5	4	2	1,6	8	6,1
Sin Localidad					3	
Total Bogotá	216	5,4	206	5,1	254	6,2

Fuente 2014-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- finales (2014 publicación DANE 30 de junio 2015) (2015 publicación DANE 30 de junio 2017). Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- publicado DANE 30 de junio 2017 preliminar

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En promedio, 53% de las muertes por este cáncer ocurrieron en mujeres afiliadas al régimen contributivo y 40,5% en afiliadas al subsidiado. En promedio, el número de muertes en el subsidiado fue cerca del 75% de las del contributivo.

Tabla 139. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según tipo de afiliación al sistema, Bogotá, 2014-2015 + 2016p*

Tipo de seguridad social	2014		2015		2016		Media	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Contributivo	120	55,6	99	48,1	141	55,5	120	53,0
Subsidiado	79	36,6	93	45,1	101	39,8	91	40,5
Excepción	12	5,6	8	3,9	9	3,5	10	4,3
No Asegurado	5	2,3	6	2,9	3	1,2	5	2,1
Total	216	100	206	100	254	100,0	225	100

Fuente 2014-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- finales (2014 publicación DANE 30 de junio 2015) (2015 publicación DANE 30 de junio 2017). Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- publicado DANE 30 de junio 2017 preliminar

50. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de mama para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

En el trienio evaluado (2014 – 2016) se presentaron en total 1484 muertes por cáncer de mama. Las cinco localidades con mayor número promedio de muertes por este cáncer fueron Suba (N=77), Kennedy (N=60), Engativá (N=57), Usaquén (N=45) y Ciudad Bolívar (N=30). Por su parte las cinco primeras según tasa cruda promedio fueron Chapinero (20,4 por 100.000), Mártires (18 por 100.000), Teusaquillo (17,3 por 100.000), Usaquén (17,3 por 100.000) y Puente Aranda (16,0 por 100.000).

Tabla 140. Mortalidad atribuible a cáncer de mama según localidad de residencia. Bogotá, 2014-2015 + 2016p*

Localidad	2014					2015					2016				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Usaquén	9	5	0	0	14	6	2	1	0	9	9	3	2	2	16
Chapinero	3	0	0	0	3	3	1	0	0	4	5	2	1	0	8
Santafé	2	2	0	0	4	1	3	0	0	4	2	3	0	1	6
San Cristóbal	4	4	1	1	10	5	8	0	0	13	13	15	0	0	28
Usme	2	6	0	0	8	4	5	0	0	9	4	9	1	0	14
Tunjuelito	4	2	0	0	6	1	4	1	0	6	3	3	0	0	6
Bosa	11	10	3	1	25	9	13	0	0	22	2	12	0	0	14
Kennedy	18	10	1	2	31	12	16	0	1	29	16	7	3	0	26
Fontibón	6	5	0	0	11	5	2	0	0	7	8	0	0	0	8
Engativá	18	6	4	1	29	11	7	2	2	22	14	5	0	0	19
Suba	16	4	2	0	22	15	9	3	0	27	23	5	1	0	29
Barrios Unidos	3	2	0	0	5	2	0	0	0	2	7	1	0	0	8
Teusaquillo	2	1	0	0	3	3	1	0	0	4	5	0	0	0	5
Mártires	1	3	0	0	4	0	0	0	1	1	2	1	0	0	3
Antonio Nariño	0	1	0	0	1	2	1	0	0	3	2	5	0	0	7
Puente Aranda	6	2	1	0	9	9	2	0	0	11	4	1	1	0	6
Candelaria	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rafael Uribe	7	2	0	0	9	5	3	1	0	9	14	11	0	0	25
Ciudad Bolívar	7	12	0	0	19	6	16	0	2	24	7	15	0	0	22

Localidad	2014					2015					2016				
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	No Asegurado	Total
Sumapaz	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Información	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3

Fuente 2014-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- finales (2014 publicación DANE 30 de junio 2015) (2015 publicación DANE 30 de junio 2017). Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- publicado DANE 30 de junio 2017 preliminar

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En promedio, 53% de las muertes por este cáncer ocurrieron en mujeres afiliadas al régimen contributivo y 40,5% en afiliadas al subsidiado. En promedio, el número de muertes en el subsidiado fue cerca del 75% de las del contributivo.

Tabla 141. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según tipo de afiliación al sistema, Bogotá, 2014-2015 + 2016p*

Tipo de seguridad social	2014		2015		2016		Media	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Contributivo	120	55,6	99	48,1	141	55,5	120	53,0
Subsidiado	79	36,6	93	45,1	101	39,8	91	40,5
Excepción	12	5,6	8	3,9	9	3,5	10	4,3
No Asegurado	5	2,3	6	2,9	3	1,2	5	2,1
Total	216	100	206	100	254	100	225	100

Fuente 2014-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- finales (2014 publicación DANE 30 de junio 2015) (2015 publicación DANE 30 de junio 2017). Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- publicado DANE 30 de junio 2017 preliminar

Equipamientos SSA

51. Número de camas hospitalarias por 1000 habitantes para los años 2015, 2016 y 2017.

Tabla 142. Número de camas hospitalarias por 1000 habitantes. Bogotá años 2015, 2016 y 2017.

Año	Población	Camas	Razón X 1000 Hab
2015	7878783	13794	1,75

2016	7980001	14335	1,8
2017	8080734	15064	1,86

Fuente: Datos de población según proyecciones Censo DANE 2005. Fecha de consulta: Febrero 19 de 2018. Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud Dirección de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

52. Número de ambulancias por cada 100.000 habitantes para los años 2015, 2016 y 2017.

Tabla 143. Número de ambulancias por cada 100.000 habitantes. Bogotá años 2015, 2016 y 2017.

Año	Población	Ambulancias	Razón X 100000 Hab
2015	7878783	667	8,46
2016	7980001	635	7,95
2017	8080734	675	8,35

Fuente: Datos de población según proyecciones Censo DANE 2005. Fecha de consulta: febrero 19 de 2018. Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud Dirección de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social.

53. Resultados alcanzados en la ejecución del plan Maestro de Equipamientos de salud (Decreto 318 de 2006/ modificado Decreto 553 de 2012).

Los resultados alcanzados durante la vigencia 2017 correspondientes a los proyectos de inversión formulados sobre la infraestructura hospitalaria contemplada en el Plan Maestro de Equipamiento de Salud y desarrollados a través del proyecto de inversión 1191 "Actualización y Modernización de la Infraestructura, Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud", se relacionan a continuación:

- Doce (12) convenios suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud para estudios y diseños de los siguientes Centros de Atención Prioritaria en Salud - CAPS: Diana Turbay, Altamira, Danubio, Manuela Beltrán, Candelaria, Tunal, Pablo VI Bosa, San Bernardino, Mexicana, Tintal, Villa Javier, y Trinidad Galán.
- Un (1) convenio suscrito con la Subred Sur Occidente ESE, para adecuaciones del CAPS Zona Franca.
- Avance del 85% en la estructuración de los proyectos para construir y reponer dos (2) instalaciones hospitalarias en el Distrito Capital a través de Alianza Publico Privada - APP: Santa Clara, Materno infantil, Simón Bolívar, Bosa, Usme y la Felicidad.

- Dos (2) convenios suscritos para: Adecuación del área de Urgencias del Centro de Servicios Especializados de Suba y para la realización de los estudios y diseños para servicio de urgencias USS Tunal
- Tres (3) convenios suscritos para la actualización de estudios y diseños y terminación de las siguientes obras inconclusas: UPA Antonio Nariño, UPA Los Libertadores y USS Meissen.
- Cuatro (4) convenios suscritos para adquisición y reposición de dotación de no control especial de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Seguimiento al cumplimiento de las metas PDD ASIS

54. Relación de avances a cada uno de los indicadores de resultados contemplados en el Plan Distrital de Desarrollo, listado a continuación

Meta Resultado	Indicador Resultado	LB/fuente/año
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.	1) Diferencial entre localidades para los casos de mortalidad infantil	1) En Bogotá D.C. hubo en 2014 990 casos, siendo más frecuentes en: San Cristóbal, 91; Engativá, 115; Bosa, 139 ciudad Bolívar, 153; Kennedy, 184 y Suba 210. SDS-2014
2) Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020	2) Tasa de mortalidad en menores de 5 años	2) 11.2 - SDS -2014
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.	3) Diferencial entre las localidades en casos de mortalidad materna	3) En Bogotá D.C. en 2014 se presentaron 30 casos. Siendo las localidades más afectadas Suba, 7 Bosa, 4 Kennedy, 4; Engativá, 3 y Ciudad Bolívar, 3 SDS- 2014
4) Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.	4) Tasa de mortalidad de condiciones crónicas por 100.000 en menores de 70 años.	4) 16.3 -SDS- 2014

Meta Resultado	Indicador Resultado	LB/fuente/año
5) Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud, a 2020.	5) Porcentaje de satisfacción en el acceso a la atención en el marco del nuevo modelo de atención en salud.	5) 18% de insatisfacción - EPS Capital Salud EPS SAS Diciembre 31 de 2015
6) Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.	6) Tiempo máximo entre la solicitud de la cita y la atención efectiva en consulta especializada en consulta externa.	6) 10 días - SDS- 2015
7) Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención pre hospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.	7) Grupos de investigación por cada campo categorizados	7) Cero (0) - Colciencias - 2015
8) Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica.		8) Cero (0)- SDS 2015
9) Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.	1) Porcentajes de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas	1) 250% públicos - SDS - 2015
10) Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de inter – operabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020.	2) Porcentaje de avance en la interoperabilidad en historia clínica y citas médicas para la red pública distrital adscrita	2) Cero (0)- SDS- 2015
11) Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural	1) Porcentaje de decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana implementadas en el campo de la responsabilidad.	1) Cero (0)
12) Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.	2) Porcentaje de eventos, poblaciones e instituciones inspeccionadas, vigiladas y controladas en Bogotá D.C	2) 115.653 establecimientos; 267.617 animales vacunados y 55.820 animales esterilizados.

Meta Resultado	Indicador Resultado	LB/fuente/año
13) Implementar, según las posibilidades de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural	3) Porcentaje de recomendaciones del Consejo de Seguridad Social de Salud implementadas.	3). Cero
4) Mantener con criterios de eficiencia y eficacia la ejecución de las acciones delegadas a la secretaría distrital de salud	Cumplimiento de las acciones misionales encargadas a la secretaría distrital de salud	100%, SDS, 2015

Meta: 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.

En los últimos tres años, la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha disminuido 0,2 puntos, pasando de 9,1 en 2015 a 8,9 en 2017, lo cual representa una disminución del 2,1% en la TMI y del 12,6% (n=119) en el número de casos.

Para el año 2017, las localidades que hacen parte del pareto registraron 504 muertes infantiles en comparación con 657, presentado en las mismas localidades en el año 2014 lo que representa una reducción del diferencial del 23%. Las localidades pareto para el año 2017 concentraron el 62% y se distribuyeron así: Suba y Kennedy 15% cada uno, Engativá y Bosa 9% cada uno, Ciudad Bolívar 8% y San Cristóbal 6%.

La disminución en el número de casos se evidencia en 3 localidades principalmente al compararlas con la línea de base, Ciudad Bolívar y Bosa que tienen la mayor reducción al pasar de 109 a 69 y 114 a 70 casos respectivamente lo que equivale a una reducción del 36 y 38%, en tercer lugar se encuentra Suba que pasa de 148 a 119, lo que equivale a una reducción de 19.6%.

Tabla 144. Comparativo de la mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. Años 2014-2017

Localidad	TOTAL			
	2014	2015	2016	2017

	Número de muertes	Tasa por 1000 NV	Número de muertes	Tasa por 1000 NV	Número de muertes	Tasa por 1000 NV	Número de muertes	Tasa por 1000 NV
San Cristóbal	69	11.0	66	10.9	53	9.2	53	10.2
Bosa	114	11.5	76	7.3	86	8.5	70	7.4
Kennedy	134	8.9	143	9.5	123	8,7	120	9.0
Engativá	83	8.2	84	9.0	79	9,0	73	9.0
Suba	148	10.0	127	8.6	135	9.89	119	9.0
Ciudad Bolívar	109	10.3	106	10.3	111	11,3	69	7,3

Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 5-12-2017 y ajustado 12-12-2017)

Las acciones implementadas para la disminución de la mortalidad infantil, se desarrollan de manera transversal en los diferentes espacios, de tal forma que el objetivo principal en las estrategias estén encaminadas a la gestión del riesgo. De esta manera se realizaron 370 asistencias técnicas en IPS con estrategia de SALA ERA, con formulación de planes de mejoramiento (n:106), 673 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en los cuales se generaron 143 planes de mejoramiento.

En 142 IPS públicas y privadas priorizadas que atienden partos: 115 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo, 173 IPS tienen estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.

Por medio del Espacio Público, se desarrollaron 90 acciones itinerantes, en las temáticas "prevenir las infecciones respiratorias ¡salva vidas!" con el objetivo de prevenir enfermedades respiratorias a partir de hábitos saludables, lavado de manos, información de vacunación y puntos de atención en la ciudad; socializar hábitos de vida saludable a la comunidad para la prevención de enfermedades respiratorias agudas fortalecer las prácticas que se deben implementar para la prevención de infecciones respiratorias agudas, a partir de la técnica de higiene de manos y sus beneficios. Importancia de la realización de la higiene de manos para la prevención de infecciones respiratorias agudas.



A través del Espacio Vivienda, se han identificado 13.797 familias con 425 niños y niñas con signos y síntomas de ERA, de las 10.048 familias se han realizado acciones para el fortalecimiento de prácticas saludables en: Alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; Dar micronutrientes al niño; Afecto, cariño y estimulación temprana; Hay que vacunar a todos los niños; Saneamiento básico; Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad; Alimentación del niño enfermo en el hogar; Tratamiento en casa del niño enfermo; Buen trato y cuidado permanente de los niños; Prevención de accidentes en el hogar; Identificar signos de peligro; Seguir las recomendaciones del personal de salud.

Frente a la gestión del Riesgo y activación de rutas, se realiza la identificación de niños y niñas menores de 5 años con riesgo nutricional, a través de los espacios de vivienda, educativo, público y elaboración junto con el desarrollo de acciones de consejería en alimentación saludable, adicionalmente se activaron 275 rutas prioritarias, identificados y gestionados con EAPB identificando los siguientes riesgos: Niño o niña menor de un año con bajo peso al nacer (2500gr); Niño o niña con esquema de vacunación incompleto para la edad.

Por otra parte se han desarrollado acciones intersectoriales como la construcción de la Ruta Distrital de Atención Integral a la Desnutrición en conjunto con la Secretaria Distrital de Integración social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Secretaria Distrital de Educación donde se establece tiempos, roles y responsabilidades en cada uno de los actores abordando procesos desde la identificación del caso, la notificación de evento, criterios de diagnóstico, manejo intrahospitalario y ambulatorio y procesos de seguimiento.

Para el periodo 2017, se cuenta con avances en la Subred Sur, en la localidad de Ciudad Bolívar se presenta un mayor porcentaje de ganancia de peso (88.4% de los niños y niñas atendidos), en las localidades de Usme y Tunjuelito el mayor porcentaje corresponde a niños que se mantiene en el mismo estado nutricional inicial, dicho mantenimiento puede responder a situaciones asociadas a la prestación del servicio de salud (formulación de FTLC, efectividades del agendamiento de citas), corresponsabilidad por parte del cuidador, comorbilidades entre otros.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Se implementó la primer Unidad de Recuperación Nutricional Hospitalaria en Bogotá “USS Meissen” donde se han atendido niños y niñas en condición de desnutrición con seguimiento y recuperación de peso de los casos atendidos.

Meta: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020

Durante el trienio, la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en 10,6 por mil NV, sin embargo en los últimos dos años las defunciones disminuyeron en un 8% (n=90).

Las localidades Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar, Engativá, Bosa, San Cristóbal, Usaquén, Usme y Fontibón concentraron el 79,3% de las muertes en 2015, el 78,7% en 2016 y el 76,5% en 2017. En todas esas localidades disminuyeron las defunciones, principalmente en Ciudad Bolívar (29,8%), Usaquén (31,1%) y Kennedy (18,9%). Sumapaz no registró fallecidos.

El 80% de las defunciones en 2017 se concentraron en 53 UPZ, en el siguiente orden: 4,4% (n=43) en Tibabuyes (Suba), 4,3% (n=42) en El Rincón (Suba), 3,1% (n=30) en Patio Bonito (Kennedy), 3% (n=29) en Lucero (Ciudad Bolívar) y 2,8% (n=27) en Bosa Central (Bosa) observándose mayores reducciones respecto a 2015 en Tibabuyes (n=53), El Rincón (n=46), Lucero (n=40) y, y Patio Bonito (n=36).

Para el año 2017, desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en salud Pública se han desarrollado acciones en las IPS públicas y privadas priorizadas en la localidad donde se realizaron: 908 asistencias técnicas.

En 170 instituciones con sala era, se formularon 70 planes de mejoramiento, y se realizaron 35 seguimientos.

Así mismo se realizaron 370 asistencias técnicas en IPS con estrategia de “Sala ERA”, en las cuales se formularon 106 planes de mejoramiento y 30 seguimientos; además se realizaron 673 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en las cuales se formularon 143 planes de mejoramiento y se realizaron 40 seguimientos.

Se participó en 20 COVES de mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 1 año, de los cuales se formularon 7 planes de mejora y se realizaron 3 seguimientos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



De 142 IPS públicas y privadas priorizadas que atienden partos: 115 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo, 173 IPS tienen estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.

A través del módulo SIRC se activaron 275 rutas prioritarias, identificados y gestionados con EAPB identificando los siguientes riesgos: Niño o niña menor de un año con bajo peso al nacer (2500gr); Niño o niña con esquema de vacunación incompleto para la edad.

A partir de las estrategias desarrolladas desde el Espacio Público, se realizaron 179 Grupos nuevos de iniciativas comunitarias concertados, 132 iniciativas comunitarias implementadas y se evaluaron 47 iniciativas comunitarias.

La población que participó en las iniciativas comunitarias realizadas y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario fueron: 2.344 personas, 265 líderes comunitarios, 127 organizaciones y/o redes sociales en salud.

Desde el Espacio Vivienda, se han identificado 13.962 familias con 8.870 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados, 686 esquemas de vacunación incompleto, 1.642 sin control de crecimiento y desarrollo, 86 con signos y síntomas de EDA, 624 con riesgo o diagnóstico de desnutrición, 311 con factores de riesgo para cualquier violencia, 203 con alteraciones del desarrollo, en los cuales se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de las prácticas: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad, tratamiento en casa del niño enfermo, prevención de accidentes en el hogar, seguir las recomendaciones del personal de salud, afecto, cariño y estimulación temprana, hay que vacunar a todos los niños, alimentación del niño enfermo en el hogar, buen trato y cuidado permanente de los niños, identificar signos de peligro.

Mediante el abordaje realizado en Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar se identificaron: 7.382 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados, 767 esquemas de vacunación incompleto, 1.123 sin control de crecimiento y desarrollo, 1 con signos y síntomas de EDA, 66 con riesgo o diagnóstico de desnutrición, 29 con factores de riesgo para cualquier violencia, 174 con alteraciones del desarrollo,

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

en los cuales se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de las prácticas: cuidado del niño enfermo en el hogar, vacunación, alimentación saludable, signos y síntomas de ERA y EDA, lactancia materna, prevención de accidentes, buen trato, signos de peligro de muerte, lavado de manos, desarrollo psicomotor, higiene adecuada, afecto, cariño y estimulación temprana, tratamiento en casa del niño enfermo, prevención de accidentes en el hogar, hay que vacunar a todos los niños, Identificar signos de peligro, Buen trato y cuidado permanente de los niños.

Así mismo se canalizaron a servicios de salud 3.385 niñas y 2.760 niños de 1 a 5 años identificados con eventos priorizados para la vinculación a ruta de atención integral.

Meta: 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 año 2017 (datos preliminares), el 80% (n=20) de los casos ocurrieron en las cinco localidades priorizadas del Pareto de base (Suba, Engativá, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar) sin variación en el número de casos, sin embargo la disminución de los nacidos vivos en esas localidades generó un aumento de la razón, es decir, en el año 2017 se registran 20 muertes maternas de manera preliminar con 53384 nacimientos y una razón de 37,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Durante el año 2014 estas mismas localidades presentaron la ocurrencia de 20 muertes maternas y 60408 nacimientos para la estimación de una razón de 33,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

De las cinco localidades, Bosa Ciudad Bolívar incrementaron el número de muertes maternas en el año 2017 respecto al año 2014. Específicamente los casos para el 2017 se distribuyeron así: Engativá 2 casos con una razón de MM de 24.7 por 100000 nacidos vivos, obteniendo una reducción del diferencial del 33%; Suba 4 casos con una razón de MM de 30,4 por 100000 nacidos vivos, y una reducción diferencial del 20%; Kennedy 3 casos con una razón 22.5 por 100000 nacidos vivos y una reducción en el diferencial del 25%; Bosa 5 casos con una razón 53.2 por 100000 nacidos vivos y Ciudad Bolívar 6 casos (razón 63.8 por 100000 NV) sin reducción en el diferencial.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida y Procesos Transversales, durante el año 2017 de la siguiente manera:

- ✓ Desde el Espacio Vivienda se caracterizaron 16.159 familias con 1.121 gestantes de bajo peso remitidas por SISVAN de las cuales se intervinieron 605, realizando acciones de: Información educación y comunicación frente a salud de la gestante y su recién nacido en temas relacionados entre otros con: Consumo adecuado de Micronutrientes, consecuencias del bajo peso, prevención de la morbilidad materna, signos y síntomas de alarma en la gestación, lactancia materna, educación en los cuidados del recién nacido en el hogar, fortalecimiento de hábitos saludables y cuidados de recién nacido y de la familia a través de la estrategia AIEPI, orientación en métodos anticonceptivos modernos para garantizar ampliación de periodo intergenésico.

Se canalizaron 124 gestantes para atención por servicios de salud y tratamiento médico nutricional. 42 gestantes fueron canalizadas a Secretaria Distrital de Integración Social para apoyo nutricional, se realizaron 304 seguimientos a mujeres de bajo peso gestacional en las cuales se puede evidenciar recuperación de la condición nutricional del 100%.

Se identificaron 142 gestantes con signos y síntomas de alarma, las cuales fueron canalizadas de manera efectiva a los servicios de salud. 318 gestantes sin adherencia al control prenatal, de las cuales el 63.5% (202) fueron canalizadas efectivamente a los servicios de salud.

- ✓ Desde Gestión de Programas se realizó seguimiento a la atención por parte del sector salud (EAPB, IPS) de 128 mujeres con bajo peso gestacional, 41 mujeres con bajo peso gestacional recuperaron el estado nutricional, 11 mujeres de bajo peso gestacional que fueron remitidas a otros sectores (Secretarías de Educación, Integración Social, ICBF, otros). Se llevan a cabo además 818 asistencias técnicas en 346 IPS (públicas y privadas) que según hallazgos de lista de chequeo integral requirieron procesos de fortalecimiento o desarrollo de estrategias en promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- ✓ Según información del módulo SIRC, se ha identificado y gestionado en los diferentes espacios de vida cotidiana la activación de la ruta “Mujeres Gestantes o en Puerperio”, para 80 mujeres con

bajo peso gestacional, 17 mujeres de bajo peso gestacional con canalización a Secretaría Distrital de Integración Social para su vinculación a programas de apoyo alimentario a través de Ruta Intersectorial.

- ✓ Desde el espacio educativo se abordaron 471 instituciones educativas (IED) nuevas, y se continúa en 1.491 IED con la implementación del componente AMARTE, donde se realizaron 1.963 sesiones de grupo conversacional a 14.779 estudiantes en donde se abordaron temas relacionados con salud sexual y reproductiva, incluyendo sentencia C 355 (Ver tabla cobertura componente Amarte), así como la promoción de líneas de apoyo como: Línea 106, Psicoactiva 018000-112439, Línea purpura 018000 - 112112439, Línea purpura 018000 - 112137; página web de la Secretaría.
- ✓ En el Espacio Público fueron abordados un total de 115 grupos, colectivos, redes y organizaciones comunitarias, adelantando procesos de concertación de acuerdos e iniciativas de trabajo relacionados con la protección de la gestación y de los recién nacidos. En el ejercicio de construcción, implementación y evaluación de iniciativas comunitarias, con desarrollo de 122 planes de acción estratégicos en implementación, 38 evaluados a partir de grupos focales.
- ✓ En el Proceso Transversal de Vigilancia en Salud Pública, se realizaron 36 investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) del evento mortalidad materna en las localidades donde se reportan los casos. De manera simultánea se desarrollan 36 unidades de análisis de mortalidad materna y 129 unidades de análisis de morbilidad materna extrema. Como acciones de complementariedad y monitoreo de avances de manera continua se adelantaron un total de 652 procesos de orientación y acompañamiento técnico en los diferentes espacios como visitas de asistencia técnica, COVECOM, mesas de trabajo interdependencias, sectoriales e intersectorial con participación de 2.206 (actores).
- ✓ De otra parte, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, desde el pasado mes de septiembre del año 2017 promueve el acuerdo de voluntades “Embarazados Todos Por la Vida”, como una apuesta Distrital, liderada por la Alcaldía de Bogotá y la Cámara de Comercio, en la cual los distintos actores del sistema de salud se comprometen a mejorar la atención materno perinatal a través de acciones concretas de alto impacto, en el marco del “Pacto por la atención segura de

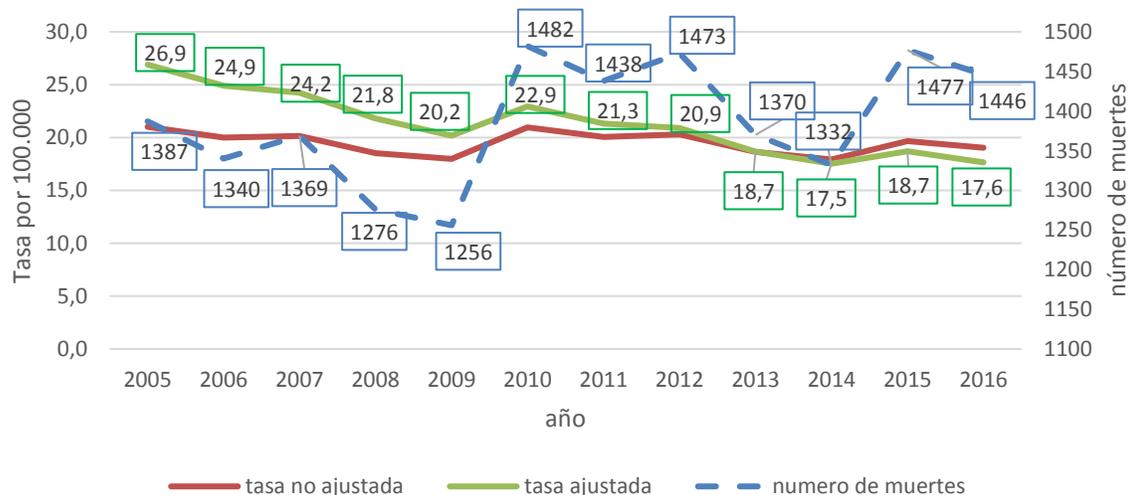
madres y niños menores de 1 año”, oficializado en el mes de octubre de 2017; en este proceso se busca la intensificación de acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres, niños y niñas de manera articulada en cooperación con instituciones prestadoras de salud (IPS) y empresas administradores de planes de beneficios de la red pública y privada (EAPB). El proceso incluye la realización de acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas en la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo.

- ✓ Adicionalmente, se propone como estrategia de fortalecimiento a las acciones instauradas a nivel Distrital en pro de la reducción de la salud materno perinatal, se inicia desde el pasado mes de diciembre de 2017 el pilotaje de la propuesta denominada “Ángeles Guardianes para las Gestantes”.
- ✓ Al respecto se decide realizar este pilotaje en las localidades con el comportamiento menos favorable en la ocurrencia de muertes maternas iniciando en la localidad Ciudad Bolívar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. La estrategia tiene por objetivo la identificación, manejo y seguimiento oportuno y con calidad a gestantes con alto riesgo de mortalidad teniendo como acción principal el apadrinamiento de los casos de morbilidad materna extrema identificadas y notificadas.
- ✓ Las acciones están enmarcadas como acuerdo de voluntades entre el personal administrativo y asistencial de las instituciones de salud del sector público de la Sub red Sur. Se realizará además de manera bimensual mesas técnicas de trabajo con el equipo gerencial de la sub red Sur con el fin de realizar acompañamiento y evaluación constante a las acciones planteadas.

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

La tendencia en el evento muerte por enfermedades crónicas seleccionadas (diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria inferior crónica (excepto asma), cáncer de cuello uterino, cáncer de mama (femenino) y cáncer de próstata) durante los años 2005 a 2016 evidenciándose disminución en las tasas a largo plazo, tanto en las no ajustadas por edad, como en las ajustadas. El uso de tasas ajustadas por edad permite la comparabilidad entre los diferentes años de observación pues estandariza por la estructura de edad de una población estándar recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Es necesario tener en cuenta que la carga en prevalencia y mortalidad para esta agrupación de enfermedades crónicas podría estar siendo afectada en alguna medida por cambios potenciales en situaciones demográficas, como la migración hacia la ciudad (fuente: migración Colombia) y por situaciones externas tales como la contaminación ambiental, el consumo de bebidas azucaradas, el tabaquismo, entre otras, que requieren la participación de otros sectores (como en los casos de movilidad, ambiente, educación y hacienda). Se debe aclarar que los valores de tasas mostrados podrían cambiar con datos definitivos en alrededor de una a dos muertes por 100.000, en promedio, para 2016.

Gráfico 9. Muertes por enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas en menores de 70 años. Bogotá, 2005-2015 + 2016p*



FUENTE: Bases de datos enviadas por estadísticas vitales SDS vía correo electrónico (17/11/17) bajo el título "BASE CRONICAS 2004-2016 y 1sem 2017.xls". 2016p indica que los datos son preliminares.

Desde la Secretaria Distrital de salud para el segundo semestre de 2016 y año 2017 se inició el proceso de diseño e implementación de estrategias orientadas a la prevención de condiciones crónicas



a través del PSPIC (acciones integradas de gestión en salud pública para el fortalecimiento de IPS junto con las desarrolladas en los espacios de vida cotidiana).

Adicionalmente se realiza asistencia técnica a las 20 EAPB de Bogotá abordando las temáticas de indicadores de protección específica y detección temprana, caracterización y priorización de metas que aportan al Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo 2016-2020 e implementación de las Rutas Integrales de Atención para Condiciones Crónicas.

Desde el proceso transversal Gestión de Programas, se ha realizado fortalecimiento a las IPS a través de su caracterización, asistencia técnica y planes de mejora. A continuación en la Figura 2 se observa el número de IPS con asistencias técnicas en condiciones crónicas priorizadas (Cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y para cáncer.

Espacio Vivienda: Se identifica y direcciona a las personas con condiciones crónicas que requieren canalización a las EAPB. De acuerdo al reporte del proyecto de inversión 1186 en el segundo semestre 2016 y año 2017 se identificaron en éste espacio 577 personas con condición crónica sin tratamiento, de ellas 350 personas recibieron canalización efectiva a servicios de salud.

Espacio Educativo: En el espacio se realizaron 902 acciones en instituciones educativas en el tema específico hábitos de vida saludables, en el segundo semestre 2016 y año 2017.

Espacio Trabajo: Las acciones que desarrollan en este espacio y que aportan a la meta 2 de Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años son: Consejería para prevención de consumo de tabaco a 1293 trabajadores, consejería a 271 trabajadores con consumo problemático de bebidas alcohólicas, Educación en prevención de exposición a rayos ultravioleta a 761 personas, se brindó consejería a 14296 trabajadores en la importancia de realizar actividad física.

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

La EPS Capital Salud, realizó el estudio de satisfacción al usuario en el 2017, a través de la aplicación de 1.540 encuestas de satisfacción, en los diferentes puntos de atención al usuario (PAU) e IPS. El estudio arrojó un porcentaje de satisfacción del 84.2% y un porcentaje de insatisfacción del 15.8%.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Se identificaron como principales barreras de acceso las siguientes cinco enunciadas: No hay oportunidad en la asignación de citas, Tiempos prolongados en salas de espera para la atención, No oportunidad en la entrega de medicamentos, Atención deshumanizada y Falta de divulgación de deberes y derechos entre los afiliados; se evidenció que se mantienen tres barreras de acceso con relación al estudio de satisfacción del segundo semestre de 2016 (tiempos de espera prolongados para la atención, inoportunidad en la asignación de citas y divulgación de deberes y derechos). Se registran dos nuevas barreras de acceso: No oportunidad en la entrega de medicamentos y Atención deshumanizada.

Considerando la línea de base Año 2015 de 18% de insatisfacción, para la vigencia 2017 se programó un porcentaje de insatisfacción 16%, ejecutándose a diciembre el 15.8%, cumpliéndose con el porcentaje estimado.

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

Para el 2017 el resultado del indicador de oportunidad de la atención ambulatoria en consulta médica de especialidades básicas fue de 11.2 días. (Fuente: CIP – Capacidad Instalada y Producción – Diciembre de 2017)

Meta: Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención pre hospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.

Dentro del grupo de investigación, se avanza en el desarrollo de acciones que fomenten el conocimiento e innovación tecnológica en ciencias de la salud humana y biotecnologías, con énfasis en medicina transfusional, trasplantes, ingeniería tisular, terapia celular avanzada, medicina regenerativa y expresión de proteínas de utilidad terapéutica, para mejorar la calidad de vida de las personas. Este grupo de investigación (GIMTTyC) fue reconocido en categoría C a través de la convocatoria 781 de Colciencias⁷. Dentro del grupo se cuenta con investigadores vinculados de los

⁷ GIMTTyC fue reconocido en categoría C a través de la convocatoria 781 de Colciencias. El grupo de investigadores vinculados al grupo y actualmente se cuenta con 6 doctorados, 1 Estudiante de doctorado, 11 Magister, 2 Especialistas, 6



siguientes perfiles 6 doctorados, 1 estudiante de doctorado, 11 magister, 2 especialistas, 6 estudiantes de maestría, 2 pregrados y 1 estudiante de Pregrado.

Adicionalmente se cuenta con varias publicaciones en temas relacionados, en revisas académicas como *Transfusión, International Society of Marrow Transplantation: Cytotherapy*, así como la asistencia a congreso y desarrollo de talleres posicionando los temas de medicina transfusional.

El grupo de investigadores vinculados al grupo y actualmente se cuenta con 6 doctorados, 1 Estudiante de doctorado, 11 Magister, 2 Especialistas, 6 Estudiantes de maestría, 2 Pregrados y 1 Estudiante de Pregrado. Se cuenta con varias publicaciones frente a temas relacionados en revistas académicas de transfusión, *International Society of Marrow Transplantation: Cytotherapy*, así como la asistencia a congreso y desarrollo de talleres posicionando los temas de medicina transfusional.

Se cuenta con convenios activo con centro de donación como son con Unidad de servicios de salud Kennedy, Unidad de servicios de salud Suba, Unidad de servicios de salud Meissen, y a en proceso con Clínica del Country, Clínica CAFAM 51.

El grupo de Laboratorio de Salud Pública de Bogotá procura consolidar sus líneas de investigación, articulando los esfuerzos de todos sus miembros y que redunde en la toma de decisiones a nivel de la vigilancia en salud pública o en el re direccionamiento de políticas y acciones en salud pública.

De igual forma contribuir al sistema de ciencia y tecnología apoyando la formación en pregrado, maestría y doctorado; formular y presentar nuevos proyectos y ejecutar los que se encuentran aprobados y con financiación; integrar nuevos investigadores al trabajo y proyectos de las líneas; publicar en revistas indexadas nacionales e internacionales.

El grupo se encuentra registrado y reconocido en la plataforma de Colciencias, además participó en el proceso de medición de grupos de la Convocatoria 781 de 2017 y obtuvo la categoría C para el período comprendido entre la publicación de resultados y el 06 de diciembre 2019

Estudiantes de maestría, 2 Pregrados y 1 Estudiante de Pregrado. Se cuenta con varias publicaciones frente a temas relacionados en revisas académicas *Transfusión, International Society of Marrow Transplantation: Cytotherapy*, así como la asistencia a congreso y desarrollo de talleres posicionando los temas de medicina transfusional.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Actualmente, el Laboratorio de Salud Pública ejecuta a través de varios convenios y alianzas nacionales e internacionales, diferentes proyectos de investigación enmarcados en 8 líneas o ejes temáticos definidos como prioritarios. En dos de estas líneas, el grupo del Laboratorio fue reconocido por la Academia Nacional de Medicina en el 2013 y 2014 con la mención de honor otorgada en Ciencias Clínicas y experimentales por sus aportes científicos en el área de virus respiratorios y virus del papiloma humano y en el 2015 fue acreedor del primer puesto en el área de ciencias clínicas. También, el grupo ha presentado los resultados obtenidos de sus investigaciones en varios escenarios a nivel nacional e internacional donde se muestra el desarrollo científico del Distrito Capital de Colombia ante el Mundo.

El laboratorio también ha apoyado la formación continua y permanente de los nuevos profesionales y los nuevos investigadores a nivel de especialización, maestría y Doctorado quienes realizan sus tesis y/o trabajos de grado orientados por investigadores del Laboratorio y donde sus preguntas centrales de investigación permiten resolver problemas de interés en salud pública en el Distrito.

Meta: Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica.

Se avanza en el desarrollo de dos acciones las cuales son:

a) Desarrollo de acciones para la implementación y puesta en marcha de la línea de producción tecnológica (Convenio 1039 de 2017) en donde se avanzó en:

Finalización de la fase de Diseño de primera para HBV, HCV y HIV, basado en la plataforma WEB del NCBI-NIH. Se analizaron las secuencias de los virus HIV-1, HBV y HCV y se encontraron regiones conservadas gag y LTR (HIV), Pre-SS (HBV) y 5'UTR para (HCV), sobre las cuales se diseñaron cebadores o sondas capaces de reconocer segmentos de secuencia en todas las cepas virales conocidas. En total 100% de primera se sintetizaron 2set para HBV y 1 sonda 2set HCV y una sonda 3set HIV y una sonda.

Se realizó la síntesis (por Bioinformática) de fragmentos blanco de los genes para HIV, HBV y HCV que serán insertadas en un plásmido bacteriano y que servirán de controles positivos para el Test desarrollado por el IDCBS.

Por medio de la plataforma automatizada Maxwell se han realizado hasta el momento 201 purificaciones. La plataforma se sigue validando para evaluar la eficiencia y el nivel de detección de ácidos nucleicos para su posterior uso en las pruebas moleculares de detección basadas en PCR. Número de extracciones de ácidos nucleicos realizadas 35 de HBV, 70 de HCV, 25 de HIV-1 y 61 de Co-Infección (HBV/HIV).

Se identificaron muestras de donantes de sangre total del banco de sangre del IDCBIS comprendidas desde octubre de 2015 a marzo de 2016 y se organizaron las muestras en una plasmateca.

b) Desarrollo y fortalecimiento del programa de promoción de la donación voluntaria, procesamiento y disposición de componentes biológicos en los bancos de sangre, tejidos y células en donde se avanzó en (Convenio 0945 del 2017):

1. Se conformó un equipo de trabajo interdisciplinario compuesto por ocho personas el cual está activo a la fecha y se mantendrá vigente hasta finalizar el convenio.
2. Se entrega primer avance del documento de diagnóstico de la donación y rescate de tejidos. Se encuentra en curso la realización de grupos focales para complementar la información entregada.
3. Entrega de avance del documento protocolo psicosocial, el documento elaborado hace parte de un proceso misional para el banco de tejidos del IDCBIS y se están revisando las variables que se deben establecer en un documento de este tipo para su implementación en el campo de la salud. El alcance de este documento en el marco de la ejecución del convenio llega a nivel de diseño paso a paso y propuesta de implementación.
4. Se establecieron varias estrategias de comunicación y difusión en el marco de la presente actividad: Estrategia de marketing digital, estrategia de video, estrategia de pautas radiales, estrategia de material promocional e identidad para posicionamiento institucional, las cuales están encaminadas en incentivar la donación de tejidos y lograr el incremento de rescates de los mismos mejorando calidad de vida de bogotanos.

Aumentar la programación de las colectas extramurales de sangre aumentando el número de grupos a colectar.

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



Para el 2017 el resultado del indicador fue de 85% de ocupación de los servicios de Urgencias. (Fuente: CIP – Capacidad Instalada y Producción – Diciembre de 2017)

Meta: Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020.

Con base en el Plan Territorial de Salud Bogotá Mejor para Todos 2016 – 2020, se formuló el proyecto Bogotá Salud Digital, que incluye tres fases: La primera, llamada fase de operación en la cual se implementaron los sistemas de información únicos para cada una de las Subredes prestadoras de los servicios de salud, logrando que la información del paciente tanto clínica asistencial, como administrativa y financiera sea compartida por toda la Subred.

En la actualidad la SDS se encuentra en el proceso de contratación en curso para el desarrollo de la fase de interoperabilidad, que consiste en la implementación de una solución integral tecnológica, que permita a todos los sistemas de información de los diferentes actores y/o interesados de la Red Integrada de Servicios de Salud comunicarse de manera automática, esto incluye tener unificada la historia clínica de todos los pacientes atendidos en la red pública hospitalaria de Bogotá, contar con agendamiento de citas centralizado, y la gestión de fórmula médica.

Resultados:

- Resultado de la fase de operación, Sistemas de Información Únicos por Subred se encuentran en producción
- Resultado de la fase de integración, apertura del proceso de contratación en curso “Adquirir la solución integral para la implementación de la Historia clínica Electrónica Unificada (HCEU), agendamiento de citas centralizado y gestión de fórmula médica”. En el año 2017 se avanza el 31% de acuerdo con lo planeado 2016 – 2020.

Meta: Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Estas metas dependían de la formalización de la Comisión Intersectorial de Salud y del Concejo de Seguridad Social de Salud. Puesto que esta formalización se cumplió en un 100% a diciembre de 2017 mediante el Decreto 812 del 28 de diciembre de 2017 "Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones", por lo tanto para las metas citadas, se avanzará progresivamente en 2018 y 2019 en cumplimiento de los respectivos indicadores "Porcentaje de decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana implementadas en el campo de la responsabilidad" y "Porcentaje de recomendaciones del Consejo de Seguridad Social de Salud implementadas".

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

Las actividades que aportan al cumplimiento de esta meta son:

- Vacunación antirrábica canina y felina entre red pública y privada en el Distrito Capital para alcanzar la cobertura útil.
- Realización de esterilización quirúrgica de caninos y felinos (incluye machos y hembras) como estrategia para control de la población animal en el Distrito Capital.
- Ejecución de las acciones del centro de zoonosis.
- Diseño e implementación de planes correctivos sobre los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados.

La vacunación antirrábica animal es la estrategia que ha demostrado ser más efectiva en términos de control de la enfermedad. A nivel mundial se plantea como meta propuesta la eliminación de la rabia transmitida por caninos, siendo la inmunización de esta especie la principal actividad. De acuerdo a lo anterior, en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se adelantan actividades de vacunación antirrábica canina y felina en las 20 localidades del Distrito a animales a partir de los 3 meses.

La vacunación antirrábica animal, se ejecuta a través de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud quienes adelantan la actividad mediante tres estrategias principalmente:

1) La programación de Jornadas de Vacunación extramurales, dirigiéndose a los barrios con el fin de inmunizar aquellos animales que lo requieren en la zona; 2) La instalación de puntos fijos de vacunación en las distintas unidades de servicios de salud de las Subredes. Estas actividades se adelantan todos los viernes en la tarde y 3) La ejecución de la Jornada Distrital de Vacunación Antirrábica que se realiza anualmente en los meses de octubre o noviembre y con lo que se busca generar una mayor cobertura de sitios intervenidos.

Durante el periodo enero – diciembre de 2017 se vacunaron 321.557 animales: 215.964 caninos y 105.608 felinos.

Esterilización canina y felina : Se ha comprobado que la esterilización de caninos y felinos es el método idóneo para controlar la sobrepoblación de animales de compañía, siendo la esterilización quirúrgica la técnica más eficaz y correcta para el control de la población animal y deberá cumplir las siguientes características: Masiva, Sistemática, Gratuita y Temprana.

En concordancia con lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud ejecuta el Programa de Esterilizaciones Canina y Felinas, dirigido a intervenir perros y gatos en condición de vulnerabilidad (propiedad de habitantes de calle o en condición de calle) o que sean propiedad de personas residentes en estrato 1, 2 y 3. Para el periodo enero – diciembre 2017 se esterilizó un total de 87.129 animales de los cuales 41.865 (48%) fueron caninos y 45.264 (52%) fueron felinos.

El Centro de Zoonosis para el 2017:

- Dispuso de una capacidad de albergar hasta 394 caninos y 24 felinos,
- Albergó 260 caninos y 46 felinos, teniendo un índice de ocupación de 78% para caninos y 192% para felinos con un índice de ocupación total de 85%
- Ingresaron 1003 animales (794 caninos y 209 felinos),
- Se entregaron en adopción 862 animales de compañía (651 caninos y 211 felinos)
- Se hizo la observación de 114 animales agresores (107 caninos y 7 felinos)
- Se remitieron 241 muestras para vigilancia de rabia por laboratorio

- Se practicaron 470 eutanasias de las cuales el 67% (314) fueron por solicitud de la comunidad u otras entidades (policía, hospitales, bomberos entre otras).

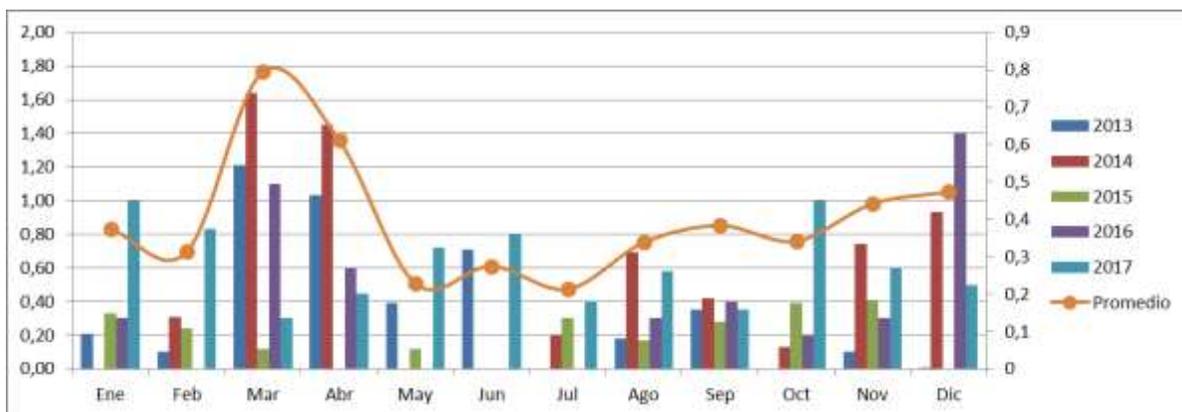
Para el año 2017, el Centro de Zoonosis atendió 362 requerimientos relacionados con animales en vía pública realizados por la comunidad y otras entidades, lo que traduce que en promedio se atendieron 30 por mes, significando más de una atención diaria; durante la atención de dichos requerimientos, se efectuó la recolección de 767 animales (602 caninos y 165 felinos).

Calidad del agua

La Secretaría Distrital de Salud realiza acciones de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario a 80 sistemas de abastecimiento del Distrito. Se reporta la información de la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y aseo de Bogotá EAB-ESP, que suministra agua a la mayoría de la población del Distrito (98%), separada de la de los 79 sistemas ubicados en zonas fuera del perímetro urbano o en donde no se cuenta con cobertura de la EAB-ESP.

A continuación, se presenta el comportamiento del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua IRCA para la EAB-ESP de los últimos 5 años (2013-2017).

Gráfico 10. Índice de Riesgo para la Calidad del Agua potable de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. 2013 – 2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.

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

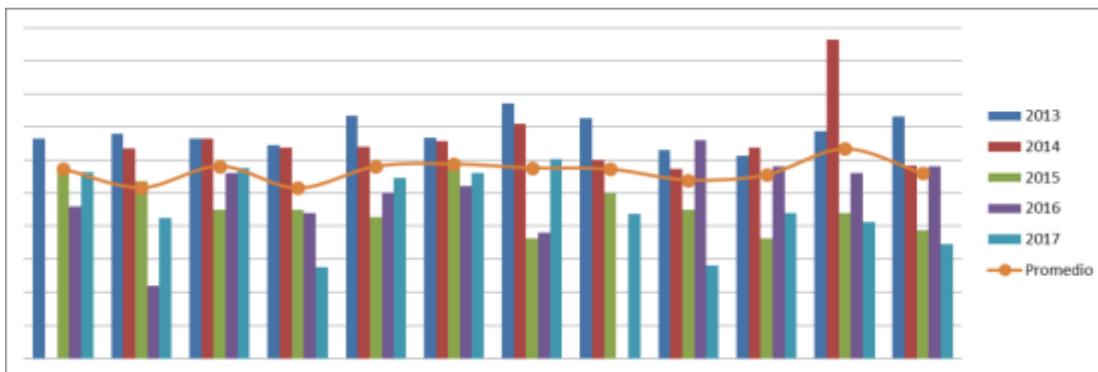


**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

En la gráfica se observa que existe un periodo en los meses de febrero y marzo en los cuales las características de calidad presentan algunas variaciones, sin embargo la EAB-ESP siempre ha estado en el rango de 0 a 5%, lo cual significa que suministra agua sin riesgo para la salud de las personas.

A continuación, se presenta comportamiento del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua IRCA para otros sistemas de abastecimiento del Distrito de los últimos 6 años (2013-2017).

Gráfico 11. Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento, Bogotá D.C. 2013 – 2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.

Se observa que el comportamiento en nivel de riesgo para otros sistemas de abastecimiento es muy similar durante todo el año, en promedio el nivel de riesgo es medio, se ubica en el rango entre 14 a 35%, lo cual significa que, aunque se cuenta con tratamiento no es apta para consumo. Al revisar de manera individual los 77 sistemas de abastecimiento, comparando los años 2016 y 2017, para 2016,



11 están en el rango sin riesgo, para 2017 son 15, los que están en riesgo bajo para 2016 fueron 29 y para 2017 son 26, en riesgo medio para 2016 fueron 15 y para 2017 son 20, en riesgo alto para 2016 fueron 16 y para 2017 son 12 y finalmente el rango de inviable sanitariamente para 2016 se presentaron 2 y para 2017 son 5.

Meta: Implementar, según las posibilidades de ley, el 100% de las recomendaciones del Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud.

Estas metas dependían de la formalización de la Comisión Intersectorial de Salud y del Concejo de Seguridad Social de Salud. Puesto que esta formalización se cumplió en un 100% a diciembre de 2017 mediante el Decreto 812 del 28 de diciembre de 2017 "Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones", por lo tanto para las metas citadas, se avanzará progresivamente en 2018 y 2019 en cumplimiento de los respectivos indicadores "Porcentaje de decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana implementadas en el campo de la responsabilidad" y "Porcentaje de recomendaciones del Consejo de Seguridad Social de Salud implementadas".

Meta: Mantener con criterios de eficiencia y eficacia la ejecución de las acciones delegadas a la secretaría distrital de salud

La ejecución y cumplimiento de esta meta se ha logrado a partir del desarrollo de acciones para fortalecer la cultura organizacional y las competencias del talento humano, la adecuación e implementación de la estructura interna y la planta de personal de la Secretaría Distrital de Salud y el cumplimiento de las acciones en asuntos de planeación, evaluación, seguimiento y control, encaminados a mantener procesos eficientes y efectivos, que apoyen el cumplimiento de los objetivos institucionales y misionales de la Entidad, en concordancia con la programación establecida en el Plan de Acción y en el Plan anual de Adquisiciones

En este periodo se ha logrado el fortalecimiento del Programa De Medicina Preventiva y del Trabajo de seguridad e higiene industrial; de igual manera se ha dado continuidad al proceso de provisión de los empleos de la planta de personal.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Se ha logrado la actualización de procedimientos, formatos, guías, instructivos, lineamientos, manuales, modelos y programas; así como el inicio de acciones correctivas generadas por proceso; se han proyectado y emitido actos administrativos y conceptos técnicos según necesidad

55. Relación de avances a cada uno de los indicadores de producto contemplados en el Plan Distrital de Desarrollo, listado a continuación

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Meta Producto	Indicador Producto	LB/fuente/año
<p>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.</p> <p>2. Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud.</p> <p>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.</p> <p>4. Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático.</p> <p>5. Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.</p> <p>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.</p> <p>7. Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.</p>	<p>1. Nuevo modelo de atención en salud diseñado y operando</p> <p>2. Número de Subredes integradas de servicios de salud desarrolladas</p> <p>3. 1.500.000 habitantes de Bogotá atendidos con el nuevo modelo de atención integral.</p> <p>4. Esquema de aseguramiento automático diseñado y operando</p> <p>5. 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud con continuidad garantizada</p> <p>5.1. Número de afiliados al régimen subsidiados</p> <p>6. 100% de la población pobre no asegurada con</p>	<p>1. Cero (0)</p> <p>2. Cero (0)</p> <p>3. Cero (0)</p> <p>4. Cero (0)</p> <p>5. 1.291.158 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud</p> <p>6. 100%.</p> <p>7. Polio:90,6; BCG:107,4; DPT: 90,7; Hepatitis B: 90,2; Hib: 90,7; Triple Viral: 98,0; Fiebre amarilla para al refuerzo de 18 meses; HA: 97,9; Neumococo:</p>
Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados	% de personas atendidas integralmente en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicios de salud dentro de las que lo demandan	Cero, SDS, 2015
Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual	Tasa de donación de órganos	
Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual	Tasa de trasplantes	

Meta Producto	Indicador Producto	LB/fuente/año
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	Estudios realizados	
Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales	Número de acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales	
Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores	Un (1) programa diseñado e implementado de detección temprana de la enfermedad de Alzhéimer en adultos	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)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) 2. Construir 2 instalaciones hospitalarias 3. Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme 4. Construir 4 centrales de urgencias (CEUS) 5. Creación de una plataforma tecnológica virtual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 35 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) construidos. 2. instalaciones hospitalarias construidas. 3. Número de Instalaciones hospitalarias intervenidas 4. Número de centrales de urgencias construidas 5. Plataforma tecnológica virtual creada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cero (0) 2. Cero (0) 3. Cero (0) 4. Cero (0) 5. Cero (0)
Diseñar, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud	Comisión Distrital Intersectorial de Salud diseñada y puesta en marcha.	1) Cero (0)
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.	2.1 Porcentaje de intervenciones de prevención y control sanitario realizadas	2.1. 0 planes correctivos año 2015.

Meta Producto	Indicador Producto	LB/fuente/año
2.2 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, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.	2.2 Porcentaje de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental diseñados y puestos en funcionamiento.	2.2. 23,7% de avance en 1era generación año 2015, 16,6% en 2ª generación año 2015, 0% en 3ra generación año 2015.
Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado.	Consejo Distrital de Salud Ampliado puesto en marcha	1) Cero (0)

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

En el marco de la Ley 1438 del 2011, en el Artículo 12. La atención primaria en salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación... “

La ley estatutaria de salud 1751 de 2017, donde en su artículo 2. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Teniendo en cuenta la situación de Bogotá en el año 2015, donde se encontraba:

Baja legitimidad de la Secretaria de Salud como líder del sector salud tanto en el sector público como privado, el sector salud en Bogotá no contaba con un organismo de deliberación y toma de decisiones que involucre a todos los agentes del sistema y optimice la planificación sectorial, no existía una clara articulación entre la Secretaria de Salud y las entidades adscritas y vinculadas, la Secretaria de Salud no había enfatizado de manera suficiente las acciones de rectoría y estaba concentrada en apoyar la prestación, por lo que en algunos casos realizó labores paralelas a las que corresponden a los prestadores y a los aseguradores, las 22 ESE, no estaban articuladas, compiten entre sí y no existía planeación como RED, los servicios ofertados estaban fragmentados, tienen una lógica de facturación y no de necesidades en salud de la población, existía una baja resolutivez en los niveles básicos de atención, largas filas para acceder a citas y autorizaciones, la ciudad requería una estrategia renovada de atención primaria en salud, APS, más efectiva, que responda a la creciente demanda de mayor



oportunidad, calidad y priorización de los servicios, no se contaba con un sistema de información en salud centrado en la persona y que sea interoperable entre prestadores, aseguradores y Secretaría de Salud y baja participación ciudadana en las decisiones, vigilancia, control y rendición de cuentas.

En el marco el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan Territorial de Salud, el Plan de Desarrollo Distrital, el “Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS” y el Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud - Actualización de la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud de Bogotá D.C. - Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C”, la Secretaría Distrital de Salud organizó una Red Distrital conformada por cuatro Subredes Integradas, teniendo en cuenta la distribución geográfica de la ciudad.

En este contexto, la Red Pública Integrada de Servicios de Salud cuenta con dos tipos de centros de atención: Ambulatorios y Hospitalarios como Prestadores Primarios y Complementarios. El Componente Primario, tiene a cargo la prestación de acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel individual, familiar y comunitario, en el trayecto del curso de la vida de las personas y en los entornos donde transcurre la misma, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural.

Pilares:

Gestión del Riesgo individual y Colectivo:

Atención primaria en salud y redes integradas

Experiencias nacionales e internacionales de redes integradas basadas en la APS

Gobernanza en salud

Para lo anterior se formularon los siguientes proyectos:

Atención Integral en Salud Este proyecto estratégico se orienta a permitir la organización y operación de un nuevo modelo de atención basado en el enfoque de la salud urbana y en la estrategia de Atención Primaria en Salud resolutive, así como en la organización y operación de las rutas integrales de atención en salud facilitándose el acceso efectivo a los servicios, la cobertura universal del aseguramiento a través de mecanismos ágiles, la gestión individual e integral del riesgo en salud, la gestión compartida del riesgo entre aseguradores y prestadores y el fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Redes Integradas de Servicios de Salud El proyecto estratégico comprende líneas de intervención encaminadas a garantizar la implementación de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud a través de cuatro subredes especializadas y la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, igualmente el pago por red con incentivos al desempeño, la creación y puesta en operación de la Empresa Distrital de Logística y Servicios Compartidos y la organización del Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud.

Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud. El proyecto estratégico involucra la consolidación de estructuras orientadas al desarrollo de la ciencia, tecnología, innovación e investigación en salud para Bogotá y contempla el fortalecimiento estructural y funcional de cuatro áreas de apoyo a la salud en el distrito, para lo cual se avanzará en la implementación de estrategias de financiación que garanticen su sostenibilidad en el tiempo.

Se avanza en la consolidación de:

- Las 4 subredes Integradas de Servicios de Salud: ESE (Norte, Centro Oriente, Sur y Suroccidente)
- Con corte a noviembre de 2017 se atendieron con el nuevo modelo 1.387.334 personas, de las 1.500.000 programadas para el cuatrienio; lo que equivale a un 92,5% de cumplimiento.
- Las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud se fortalecen con la puesta en operación de 20 Centros de Atención prioritaria en Salud - CAPS, que han realizado 468.149 atenciones de medicina general y especializada (julio de 2016 hasta diciembre de 2017). Con esta estrategia se impacta directamente a los servicios de urgencias, mediante la derivación de los pacientes clasificados triage 4 y 5 que corresponde a más del 20% de la demanda de estos servicios.
- Se fortalece la operación técnica y solvencia económica de la EPS Capital Salud y de manera indirecta a la red pública hospitalaria. Se transfieren \$70.000 millones a la EPS, de los cuales \$40.000 millones se giran en 2016 (Resolución 2432 de 2016) y \$30.000 millones en 2017 (Resoluciones 1040 y 3050 de 2017). Se alcanza una participación de capital público de 88,9% en la capitalización de la EPS Capital Salud.
- La Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT), encargada del manejo logístico y servicios de apoyo de tipo administrativo, asistencial no misionales y de inteligencia de mercados, como soporte a la operación de las Subredes.
- La operación el Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), el cual se constituye como apoyo a la atención integral y soporte al desarrollo científico y tecnológico de la ciudad, con el propósito de ofrecer servicios centralizados, altamente especializados y de referencia en banco de sangre, tejidos humanos, sangre de cordón

umbilical, terapia celular, medicina regenerativa, laboratorio de inmunología de transfusión y trasplantes.

Con la creación de este organismo se realiza el primer trasplante de Células de Cordón Umbilical provenientes de una donante colombiana, a paciente del Hospital Pablo Tobón Uribe. Se firma convenio con el Fondo Financiero Distrital de Salud para la promoción, procesamiento y disposición de componentes biológicos de sangre, tejidos y células.

- La implementación del nuevo modelo de atención integral en salud también se hace realidad con avances en 16 Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) según grupo de riesgo; de las cuales se cuenta con lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para 7, así: Promoción y Mantenimiento, Materno Perinatal, Cardio Cerebro Vascular y Metabólicas, Cáncer, Alteraciones Nutricionales, Infecciosas y Alteraciones Asociadas a Consumo de Sustancias Psicoactivas; con participación de la EPS Capital Salud; orientadas al mantenimiento de la salud y promoción de estilos de vida saludables con las cuales se resuelven de manera integral, efectiva y oportuna las demandas de atención, tanto en zonas urbanas como rurales de la Capital.
- La implementación del Nuevo Modelo de Remuneración, a partir del mes de agosto de 2017, disminuye trámites a los usuarios y requerimientos de autorizaciones entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud y Capital Salud EPS.

Así mismo se logra el cumplimiento de metas como; donación de órganos y coberturas de vacunación descritas en los puntos anteriores. Por otra parte, se crean dos (2) unidades ejecutoras funcionales de urgencias para la atención pre hospitalaria (APH) en la Subred Norte y Subred Sur, con independencia administrativa (Presupuesto, contabilidad y tesorería autónomos, por centro de costo); autonomía administrativa (Permitirá: mantenimiento preventivo y correctivo, centralización de facturación y cobro, mercadeo y nuevas fuentes de ingresos); y fortalecimiento de la atención pre hospitalaria (en proceso, compra de 40 ambulancias, las 2 subredes concentrarán las 78 ambulancias existentes, por comodato). Se crea un modelo de reconocimiento a las tripulaciones de los vehículos de emergencias del Programa de APH por logros en ejercicio de atención a pacientes. La Dirección Urgencias y Emergencias en Salud realizó la actualización del sistema de comunicaciones, con la instalación de los equipos de radio de las ambulancias y la reprogramación de los equipos portátiles además de la entrega a las diferentes tripulaciones de las ambulancias, mejorando la oportunidad de la respuesta en caso de urgencia, emergencia o eventual desastre. Se realizan 1.435.575 atenciones, de las cuales 1.185.295 corresponden a población pobre no asegurada; 146.247 atenciones son por servicios No POS-S prestados a población afiliada en Régimen Subsidiado; 92.376 atenciones se llevan a cabo en población desplazada y 11.657 son por autorizaciones de servicios de salud del SIRC y para red no adscrita – electivas.



Para realizar la evaluación y seguimiento se implementaron las siguientes estrategias:

Hoja de ruta: Se definió un instrumento para la fase de iniciación del proceso de reorganización de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir de un cronograma que estableció las siguientes fases:

1. Creación de las Subredes: Presentación y aprobación ante el Concejo de Bogotá del Acuerdo 641 de 2016, por el cual se crea las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud.
2. Transición del proceso de fusión jurídico, administrativo y financiero: Aprestamiento legal para el nombramiento de la Gerencia y Junta Directiva para la transición, armonización y unificación financiera, y preparación de los procesos administrativos para la operación.
3. Operación: Estructuración definitiva de las Subredes e implementación del modelo de atención integral en salud y las rutas integradas de servicios de salud.

Como instancia de coordinación y articulación para la correcta prestación del servicio de salud, a través de la Red Integrada del Servicios de Salud se creó el Comité Directivo de Red del Sector Salud (Decreto 809 del 28 de Diciembre de 2017), el cual coordina las acciones que permiten la sostenibilidad y desarrollo de las entidades integrantes del Comité encargadas del aseguramiento, la prestación de servicio de salud y su apoyo logístico.

Reorganización de los Servicios de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud con un enfoque financiero que logre una disminución del gasto: Se definió un instrumento para establecer las estrategias operativas, financieras y administrativas que permitan el proceso de reorganización de los servicios e impacto en el presupuesto para la vigencia 2018.

Meta: Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud.

Se desarrolló una estructura Organizacional y Administrativa unificada para las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud. Y la consecuente implementación de las plantas de personal y manuales de funciones respetando lo ordenado en el acuerdo 641 de 2016. Así mismo, se implementaron tablas de honorarios unificadas para el personal de salud vinculado mediante orden de prestación de servicios, fundamentadas por el estudio realizado por la Universidad Nacional.

Las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud se fortalecen con la puesta en operación de 20 Centros de Atención prioritaria en Salud - CAPS, que han realizado 468.149 atenciones de medicina general y especializada (julio de 2016 hasta diciembre de 2017). Con esta estrategia se impacta

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



directamente a los servicios de urgencias, mediante la derivación de los pacientes clasificados triage 4 y 5 que corresponde a más del 20% de la demanda de estos servicios.

Como estrategia para mejorar la accesibilidad a los servicios, se incrementan las rutas saludables (Transporte a pacientes), ampliando el parque automotor de 36 a 40 vehículos. En estas rutas se realizan 380.834 traslados, lo cual ha permitido mejorar el acceso a los puntos de atención de las Unidades de Servicios de Salud (USS) de las 4 Subredes integradas de Servicios de Salud-ESE adscritas, con apoyo directo a los CAPS.

La implementación del Nuevo Modelo de Remuneración, a partir del mes de agosto de 2017, disminuye trámites a los usuarios y requerimientos de autorizaciones entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud y Capital Salud EPS.

Se continúa con el ejercicio de reorganización de los servicios de salud en el marco del nuevo modelo de atención y de las rutas integradas de servicio de salud implementadas para el 2017.

Meta: 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.

Desde el proceso transversal de gobernanza se construyeron 20 agendas locales a partir de las problemáticas identificadas en las diferentes localidades, con propuestas sectoriales e intersectoriales incluidas; se generaron 1.848 acuerdos, en el marco de la implementación de los planes de acción locales de las políticas poblacionales y sectoriales y se realizaron 196 jornadas locales con énfasis en los temas de: Salud mental, Etnias, LGBTI, Mujeres y equidad de género, Juventud, SPA, correspondientes a la(s) política(s): Seguridad Alimentaria y Nutricional, Juventud, Envejecimiento y Vejez, Trabajo Decente y Digno, Discapacidad, Salud Mental, SPA, Familia, Salud Ambiental, Salud Oral, Mujer, LGBTI. Además, se ha participado activamente en la implementación y conformación de 26 mesas territoriales en el marco de la estrategia de abordaje territorial EAT.

Se identificaron 1.753 personas, que requirieron de activación de rutas para la respuesta social. Se dio resolutiveidad a 1.348 personas lo que equivale al 76% durante este periodo; tomando como efectivo los casos atendidos, aceptados y programados.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Desde Información, Educación y Comunicación para la salud (IEC), a noviembre 2017 se realizaron 80 procesos de diseño y divulgación de información a nivel subred para las jornadas, campañas y actividades comunicativas en salud. Se realizaron 226 actividades en redes sociales, 29 en medios de comunicación y 114 piezas comunicativas. La información se dirigió a la población en general (niños y niñas menores de 6 años, adolescentes, jóvenes, adultos, adulto mayor), población étnica (Afro descendientes, ROM, Raizales e Indígenas), comunidades LGBTI, habitante de calle, recicladores de oficio, niños y niñas trabajadores informales.

Frente a las acciones para los jóvenes de la ciudad se implementó el plan de acción en salud para los jóvenes 2017, que incluye temas en aseguramiento, derechos sexuales y reproductivos, prevención al consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas. Así mismo se participó en las acciones llevadas a cabo para la elaboración del documento de agenda pública de la Política Distrital de Juventud.

Desde la Política de Adultez se implementó el plan de acción en salud que incluyó temas de aseguramiento, salud oral, salud mental, condiciones crónicas entre otras. A su vez se aprobó el plan de acción Distrital Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez por parte de la secretaria Distrital de Planeación Distrital, el cual se replicará a nivel local y se articularon acciones a nivel Distrital y local para generar respuestas de carácter integral en la Conmemoración del Mes Mayor. También se fortaleció la red primaria de las personas mayores en doscientas (200) instituciones de protección Integral de las diferentes localidades del Distrito. Fuente: Base de datos Poblacional, con corte preliminar noviembre de 2017). Unido a lo anterior se desarrollan acciones con las familias caracterizando 4.540 personas mayores. (Fuente: Base de datos Poblacional, con corte preliminar abril a noviembre de 2017)

Para la población vejez además se desarrollaron acciones colectivas de promoción y protección de la salud, interviniendo iniciativas comunitarias en procesos de autocuidado con condiciones crónicas, salud mental, manejo del duelo, viudez, comunicación asertiva, autoestima y socialización ruta de acceso a servicios de salud para afectar positivamente a 1.987 personas mayores (Fuente: Base de datos Poblacional, con corte preliminar abril a noviembre de 2017).

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Desarrollo de la estrategia de entornos laborales saludables y la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo, a 1.172 personas mayores trabajadores informales. (Fuente: Base de datos Poblacional, con corte preliminar abril a noviembre de 2017)

La acción intergeneracional, denominada “Abuelos Cuenta Cuentos” basada en un proceso de intercambio de experiencias y dialogo, donde las personas mayores a través de un cuento generan procesos de auto-cuidado a niños-niñas en salud, realizándose 548 intervenciones, en las Colegios Distritales de las diferentes localidades del Distrito. (Fuente: Base de datos Sesiones Colectivas (Espacio Educativo), con corte preliminar abril a noviembre de 2017).

Por su parte en las Políticas Étnicas se articularon y definieron de manera conjunta las acciones afirmativas con los pueblos indígenas y con las comunidades afro descendientes; víctimas del conflicto armado y sus respectivas autoridades, que permitieron la construcción de las acciones a implementar fomentando la participación incidente de la población con enfoque diferencial.

Las acciones intersectoriales para las personas Habitantes de Calle y aquellas que se encuentran en riesgo de habitarla, se establecen en las líneas de acción de la Política Pública Distrital de Habitabilidad en Calle 2015 - 2025, adoptada mediante el Decreto 560 de 2015. La Secretaría Distrital de Integración Social es la entidad que está a cargo del liderazgo de este proceso en el Distrito Capital, de acuerdo con la Ley 1641 de 2013.

En cuanto a la política LGBTI, se continuó con la participación activa y permanente en los espacios como la mesa intersectorial de diversidad sexual, Consejo Consultivo LGBTI y Alianzas por la ciudadanía plena de las personas de los sectores LGBTI; igualmente se realizó un avance del 30% en las actividades del plan de acción cuatrienal. A nivel local se realizaron 2 jornadas para los sectores LGBTI, uno enmarcado en la conmemoración de la lucha de trata de personas y otra en el marco de la semana en positivo (conmemoración de la lucha contra el VIH/sida). Se realizaron 3 mesas funcionales a lo largo del año con el fin de hacer seguimiento y evaluar el avance de las actividades del plan de acción de la política pública concertadas para el sector salud y se desarrollaron 56 iniciativas comunitarias para los sectores LGBTI, desde el plan de acciones colectivas, del espacio público.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Para la política de mujer y género, se mantuvo la participación permanente de la Secretaría Distrital de Salud en los espacios distritales consolidados para el proceso de coordinación de la política: Comisión Intersectorial de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, Mesa de Trabajo de Sistema Orgánico Funcional, Integral y Articulador para la Protección a Mujeres Víctimas de Violencias –SOFIA y la Unidad Técnica de Apoyo a la Comisión Intersectorial. De igual manera, se contó con la participación activa de las y los referentes locales de gestión de políticas en sesiones ordinarias y extraordinarias de los Comités Operativos Locales de Mujer y Género (en total 60 sesiones en 2017). *Dato preliminar. A nivel local se realizaron 8 jornadas de espacio público en torno a la conmemoración del día de la no violencia contra las mujeres.

La Línea Púrpura Distrital –Mujeres que escuchan mujeres- 018000112137 es una de las acciones conjuntas que continúa desarrollándose entre la Secretaría de la Mujer y la Secretaría de Salud. En el 2017, se recibieron 6.733 casos nuevos y se han realizado 5.027 llamadas de seguimiento, para un total de 11.760 llamadas.

En lo relacionado con la política de víctimas, se elabora el capítulo denominado “Derecho a la Salud” capítulo constitutivo del documento del Plan de Retorno y Reubicaciones del Distrito Capital y se realizan acciones articuladas en el marco de la Mesa de Servicios Sociales en los siete (7) Proyectos de Vivienda Gratuita ubicados en el Distrito Capital. La Secretaría Distrital de Salud inició acciones en los siguientes proyectos de vivienda: Rincón de Bolonia (Usme); Villa Karen I y II (Bosa) y Las Margaritas I y II (Bosa). Además, se realizan jornadas de movilización de la oferta institucional en organizaciones, procesos y espacios de participación de las víctimas del conflicto armado.

A diciembre 31 de 2017, han ingresado un total de 3.103 personas en las distintas modalidades de atención psicosocial. La modalidad familiar concentra el mayor número de población atendida con 1.667 personas; la modalidad individual con 759 personas; en la modalidad comunitaria 549 personas; y por último la modalidad individual – grupal con 128 personas.

La gestión de la política de discapacidad, participación en las instancias del Sistema Distrital de discapacidad, respondiendo con los compromisos establecidos en el plan operativo anual y en el plan distrital de discapacidad, participación en la implementación de la agenda estratégica del Sistema Distrital. Desarrollo del aplicativo de recolección, organización y análisis de la oferta institucional que

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



permitió establecer una base de datos y el diseño de un dispositivo Web. Participación en el proceso de reformulación de la política a través de 12 secretarías técnicas de los consejos de discapacidad designadas al sector.

Con relación a la política de salud y calidad de vida de los trabajadores se avanzó en un 90% en la implementación del plan de acción, destacándose la gestión intersectorial, con los acuerdos con Secretaria de Educación del Distrito y Secretaria de Integración Social específicamente para aportar al proceso de desvinculación de niños y adolescentes del trabajo, así como con el Instituto para la Economía Social IPES a través de la conformación de grupos organizados de trabajadores informales. Realización de jornadas distritales para la población recicladora, donde participaron 350 recicladores con énfasis en los derechos de salud.

Respecto a la ruta de salud de los trabajadores, se realiza revisión de documentos y definición de acuerdos con la Dirección de Provisión de Servicios, con el fin de avanzar en la construcción del plan de gestión para la implementación de la ruta en la ciudad.

Para la línea de promoción del trabajo digno y decente se intervinieron 15.668 unidades de trabajo informal con 21.543 trabajadores a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables e identificación de condiciones de salud y trabajo; del total de trabajadores, 2.544 se encontraron afectados por las condiciones de trabajo en las unidades de trabajo informal, se realizaron 2.934 asesorías realizadas para la prevención de condiciones crónicas y 321 para la promoción de la salud mental. Teniendo en cuenta lo anterior, se activó ruta a servicios de salud a 575 trabajadores informales y a servicios intersectoriales a 141 trabajadores, como mecanismo para acercarlos al sistema general de riesgos laborales. Dentro del proceso de implementación de esta línea de política, se tienen 20 trabajadores con afiliación al sistema general de riesgos laborales.

Se conformaron 68 grupos organizados de trabajadores informales para la promoción de los derechos en salud y trabajo con 763 trabajadores de actividades económicas asociadas a la venta ambulante, plazas de mercado y reciclaje. Así mismo, se avanzó en la conformación de 4 grupos organizados de trabajadores con énfasis en dueños de establecimientos donde se ejerce la prostitución para dar inicio a la implementación de entornos de trabajo saludable en estos establecimientos. 1230 Trabajadores

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

con reporte de enfermedades o accidentes asociados al trabajo notificados lo que representa un 5.7 % del total de trabajadores caracterizados.

Para la línea de prevención y erradicación del trabajo infantil, se identificaron 4353 niños y 2126 adolescentes trabajadores, realizando activación de ruta sectorial de acuerdo a las condiciones identificadas en 108 niños y 80 adolescentes y la ruta intersectorial se activó en 1013 niños y 487 adolescentes trabajadores. Teniendo en cuenta los acuerdos intersectoriales y el proceso de implementación de política en las subredes, se generó la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil en 1807 niños y 622 adolescentes; así mismo a 230 adolescentes se les promovió el trabajo adolescente protegido.

Con respecto a la política de salud oral, a nivel central se trabajó con planeación sectorial para los ajustes de la misma, según las orientaciones de planeación distrital. Se articuló con la Secretaría de Educación Distrital para la definición de la implementación de acciones favorecedoras en el espacio educativo.

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

Durante la vigencia 2017 se cumplió el 100% de lo establecido para este año; desde la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, se definió un plan de acción el cual contempló el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Implementación del esquema de aseguramiento automático:

Se dio cumplimiento a esta actividad, dado que se formalizó el esquema con la Red Adscrita; se realizó socialización y capacitación a todos los funcionarios que intervienen en el proceso en cada una de las cuatro subredes, y se puso en marcha del esquema automático.

2. Seguimiento y Evaluación del esquema de aseguramiento automático:

Para dar cumplimiento a la meta establecida se realizó seguimiento a las acciones contempladas en el plan de acción a través de la implementación del proceso de esquema de afiliación automática en las cuatro Subredes, encontrando que se realizaron para el año 2017



un total de 4.432 cartas correspondientes a personas que firmaron el instrumento de afiliación oficiosa por parte de las Unidades de Servicios de Salud (USS) de las Subredes. De estos formatos, 2.886 corresponden a personas que efectivamente se afiliaron al Régimen Subsidiado; con estos registros se realizó el proceso para la afiliación de la persona y su núcleo familiar, afiliando a un total de 4.078 personas.

Sumado a lo anterior, durante los meses de junio a diciembre de 2017 se dio aplicabilidad a la Normatividad vigente en función de la afiliación de Oficio según la Resolución 1268 de abril de 2017, siendo el resultado para el cierre del año que se realizaron 25.716 afiliaciones de oficio, de acuerdo al reporte de la BDUA con corte al 31 de diciembre de 2017.

Meta: Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.

Para el año 2017 se estableció una meta de mantener la afiliación de 1'298.158 personas, alcanzando un cumplimiento del 91.02%, teniendo en cuenta que las cifras inicialmente proyectadas para el cuatrienio en esta meta, se ajustan según los estimados en el plan financiero territorial del Ministerio de Salud y Protección Social en el mes de agosto de 2017, dada la dinámica de la población de Bogotá D.C. en el aseguramiento, que difiere de la del resto del país. Este resultado se da por diferentes novedades, tales como: el tránsito entre regímenes, los nacimientos, los fallecidos, los traslados entre municipios, los desplazamientos, la movilidad poblacional entre territorios, regiones (portabilidad), países y los nuevos encuestados de acuerdo con la metodología 3 del SISBEN y al puntaje máximo establecido de 54,86 que no permiten definir una cifra fija para cada año del cuatrienio.

Por lo anterior, se hace necesario que cada año se revise y se ajuste la meta en función del comportamiento del aseguramiento de la población de Bogotá D.C., según los resultados de afiliación al SGSSS en cada vigencia y de acuerdo a la normatividad vigente.

Para el cierre de diciembre de 2017 se registraron en la BDUA 1'175.245 afiliados al Régimen Subsidiado en salud, registrando el ingreso de 25.057 afiliados nuevos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Como parte de las estrategias de promoción del aseguramiento se realizó la atención de 18.834 usuarios en los Puntos de Orientación de Aseguramiento - Centros Locales de Atención a Víctimas – CLAV - Sedes Secretaría de la Mujer – Casa de Todas - Eventos Distritales de Promoción del Aseguramiento en Salud, también se desarrolló el Plan de Comunicaciones para la Promoción del Aseguramiento en salud en Bogotá a través de la generación de mensajes de texto, volantes, periódico, mensajes en medios masivos de comunicación como televisión.

Por último, con el fin de tener en cuenta la dinámica de aseguramiento del Distrito Capital, se realizó el ajuste a las proyecciones poblacionales con base en las estimaciones proyectadas por el Ministerio de Salud en el plan Financiero Territorial – vigencia 2017.

Meta: 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.

Para el año 2017 se realizó el cumplimiento del 100% de lo proyectado para esta meta, dado que la garantía de la atención de la población pobre no asegurada (población vinculada), se realizó a través de la red adscrita y la red complementaria contratada y no contratada por el Fondo Financiero Distrital de Salud. Para el año 2017 se realizaron 1'435.575 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 – Grupo Cuentas Médicas - Electivas (Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud).

Las atenciones se concentran en la Red Pública Adscrita con el 93%, frente al 7 % de las atenciones que se realizaron en la red no adscrita. Por otra parte, la población pobre no asegurada (vinculada) es la que se atiende con mayor frecuencia, representando el 83%, seguida por las atenciones No POSS a la población del régimen subsidiado con el 11% y finalmente la población vinculada con el 7%, del total de las atenciones realizadas.

Al analizar por tipo de atención se encontró que los medicamentos concentran el 44% (634.285), seguidos de los procedimientos con el 40% (574.544), Consultas con el 9% (123.178), Urgencias el 5%, (72.500), Hospitalizaciones 1% (19.409) y Electivas 1% (11.657).

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Meta: Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.

Para el desarrollo de esta meta se puede consultar los numerales 38 a la 45 de esta misma comunicación

Meta: Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro 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 cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, se parte de una línea de base Año 2015: 0 atenciones integrales. Para la vigencia 2017 se programó un porcentaje de avance del 100% ejecutándose a diciembre el 100%. Los avances desarrollados en esta meta fueron los siguientes:

A noviembre del 2017, se garantizó la atención integral (conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas), a los servicios de salud demandados en salud mental en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud al 100% de pacientes así: Consulta externa: Se realizaron 6.505 atenciones a 2701 personas, con una concentración de 2,4 atenciones por persona. Urgencias: Se realizaron 1756 atenciones a 1358 personas, con una concentración de 1,3 atenciones por persona. Hospitalización: De acuerdo con la base de datos RIPS, se realizaron 1378 atenciones a 1163 personas, con una concentración de 1,2 atenciones por persona.

Adicionalmente, se cuenta con el registro de las cuatro Subredes que reportan al Sistema de Información CIP de la SDS, en el que se consolidan 7.259 egresos (población pobre no asegurada, desplaza, no POS y afiliada al SGSS) para los meses de enero a octubre del año 2017, con un promedio día estancia de 14,4 días. Fuente: Base de datos RIPS SDS 2017, 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 30 de noviembre de 2017).

En lo relacionado con la adopción y adaptación de la RIAS de trastornos psicosociales y del comportamiento se desarrollaron avances relacionados con:

- ✓ Plan de adaptación de las RIAS de trastornos psicosociales y del comportamiento.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

- ✓ Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo de trastornos psicosociales y del comportamiento.
- ✓ Documento preliminar de lineamientos para la adaptación de la RIAS trastornos psicosociales y del comportamiento
- ✓ Documento diagnóstico de análisis de oferta y demanda de Salud Mental a 2016.

Meta: Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual.

Se inició con una línea de base Año 2015 de 16%. Para la vigencia 2017 se programó una tasa de 17,07 (se incrementa en 0,4833 es decir el 3%), ejecutándose a diciembre una tasa de Donación de Órganos del 19,92, superándose la meta. Los avances desarrollados fueron los siguientes: Hasta diciembre de 2017, se recibieron alertas generadas en Bogotá y otros departamentos que hacen parte del área de jurisdicción de la coordinación regional 1 y de otras regionales; en este sentido se evidencia que tenemos un total de 1204 alertas representadas así: 943 originadas en Bogotá (78%), 146 en la Regional 1 (12%) y 115 en otras regionales (10%).

Ser obtuvieron ciento sesenta y un (161) donantes de Bogotá que se distribuyeron así: sesenta y cuatro (64) generados en IPS Privadas, cincuenta y cinco (55) en IPS trasplantadoras y cuarenta y dos (42) en Unidades de Servicios de Salud del Distrito.

Se rescataron los siguientes componentes anatómicos en el año: 294 riñones, 95 hígados, 24 corazones y 9 donantes de pulmón, 73 donantes de córneas, 50 donantes de tejido óseo y 59 donantes de piel.

Relacionado con la promoción a la donación, se realizaron ciento noventa y dos (192) 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 cuatro mil ochocientos treinta y cinco (4835) personas informadas.

Se adelantaron catorce (14) jornadas de asesorías y asistencias técnicas en educación con énfasis en Gestión Operativa, para un total de trescientos sesenta y dos (362) personas capacitadas, con el fin de sensibilizar a la comunidad para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

Ejecución de ciento nueve (109) asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de promoción para un total de cuatrocientos veintitrés (424) personas capacitadas, 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.

Ejecución de treinta y cinco (35) asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de gestión operativa de la donación para un total de cuatrocientas sesenta y siete (467) personas capacitadas, 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.

Ejecución de veintiséis (26) asesorías o capacitaciones dirigidas a treinta y un (31) funcionarios, lo cual permite afianzar y consignar el reporte de las alertas de donantes potenciales y donantes reales, notificaciones de parada cardio-respiratoria e indicadores del programa.

Ejecución de veintisiete (27) capacitaciones dirigidas a ciento cuarenta y un (141) funcionarios, lo que permite hacer seguimiento de la adopción implementación y desarrollo de los lineamientos del Programa.

Al 31 de diciembre de 2017, se encontraban en lista de espera 2.832 pacientes activos, se discrimina por órgano o tejido en la siguiente tabla.

Tabla 145. Número de pacientes en lista de espera según órgano o tejido. Bogotá 2017.

N° Pacientes en lista de espera	2832
Riñón	1666
Corazón	7
Hígado	96
Pulmón	20
Cornea	1043

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud –Red de Donación y Trasplantes, 31 de diciembre 2017.



Durante los meses de enero a diciembre del año 2017 el promedio mensual de pacientes que ingresaron a lista de espera de un trasplante, fue de 80 personas.

Meta: Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual.

Se inició con una línea de base para el Año 2015 de 51,02. Para la vigencia 2017 se programó una tasa de 54,08 (se incrementa en 1,53 es decir el 3%), ejecutándose a diciembre una Tasa de Trasplantes del 64,5, superando la meta.

Durante el año 2017 se coordinó el rescate de 422 órganos (292 riñones, 93 hígados, 24 corazones 4 hígado riñón y 9 Pulmones). El trasplante de 549 órganos en la regional: 381 de riñón (293 con Donante Cadavérico y 88 con Donante Vivo), 135 de hígado (109 con Donante Cadavérico y 26 con Donante Vivo), 4 de hígado – riñón, 8 de Pulmón y 21 de corazón, beneficiando aproximadamente al mismo número de personas de la lista de espera; así mismo, se realizaron 366 trasplantes de tejidos hematopoyéticos.

Al 31 de diciembre de 2017 se rescataron 182 tejidos correspondientes a: 73 corneas, 50 tejidos óseos y 59 tejido de piel.

Finalmente, se realizó la auditoría al 100% de las IPS Trasplantadoras de Órganos y Tejidos, como a los bancos de Tejidos y Laboratorios Clínicos que realizan las pruebas de Inmunogenética e Infecciosas en Bogotá.

Meta: 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.

Se avanzó con la primera fase de la meta, la cual corresponde al Estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo, realizando contratación (de acuerdo a los estudios de mercado) con el Instituto de Evaluación tecnológica en Salud (IETS), para el desarrollo del mismo. Los resultados de esta actividad se obtendrán finalizando el primer semestre del 2018.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Meta: Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales

Para el año 2017 (enero a noviembre), se han desarrollado:

- 150 Asistencias técnicas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.
- 114 Planes de acción formulados o realizados en Salud Sexual y Reproductiva-SSR, en IPS.
- 130 Planes de acción implementados con seguimiento.
- Gestión y ejecución de 12 acciones extramurales en torno al reconocimiento de la sentencia C355 de 2006 y el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Definición y avance en la construcción de una caja de herramientas en Salud Sexual y Salud Reproductiva de las Mujeres que contiene contenidos normativos, metodologías de educación popular y elementos informativos, educativos y comunicativos relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y de la sentencia C -355 Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE como elementos o insumos para la operación desde las cuatro subredes integradas de servicios de salud.
- Asistencia Técnica a las profesionales que movilizan la meta y la actividad desde las Cuatro Subredes integradas de servicios de salud.
- Participación en espacios distritales de la política de mujeres y equidad de géneros posicionando y haciendo gestión frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la IVE.
- Asesoría y asistencia técnica a IPS para operatividad de la sentencia C-355 de 2006
- Fortalecimiento de la red pública para evitar barreras de acceso a la mujeres que solicitando la realización de la interrupción del embarazo según los criterios de la sentencia
- Trabajo con los profesionales de salud para el reconocimiento de la sentencia para la realización de los procedimientos según la sentencia.

Meta: 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 Alzheimer que será más frecuente en mujeres, Yuri Takeuchi (2015). Para la vigencia 2017 se

planteó la elaboración del documento de programa de detección temprana de demencia tipo Alzheimer (1,00), contándose al mes de diciembre con el documento (1,00), cumpliéndose así con el 100% de lo programado. Los avances desarrollados son los siguientes:

Documento del Programa de Detección Temprana de Demencia tipo Alzheimer. Socialización de avances del programa de Alzheimer en 5 IPS privadas (Clínica Emmanuel, Fundar, Preveer, Intellectus y Canus).

Meta: Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), Construir 2 instalaciones hospitalarias, Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme, Construir 4 centrales de urgencias (CEUS), Creación de una plataforma tecnológica virtual.

La respuesta a esta meta se da en el numeral 51, que se relaciona en esta comunicación.

Meta: Diseñar, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud.

Estas metas dependían de la formalización de la Comisión Intersectorial de Salud y del Concejo de Seguridad Social de Salud. Puesto que esta formalización se cumplió en un 100% a diciembre de 2017 mediante el Decreto 812 del 28 de diciembre de 2017 "Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones", por lo tanto para las metas citadas, se avanzará progresivamente en 2018 y 2019 en cumplimiento de los respectivos indicadores "Porcentaje de decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana implementadas en el campo de la responsabilidad" y "Porcentaje de recomendaciones del Consejo de Seguridad Social de Salud implementadas".

Meta: 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, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.

Para esta meta se tiene definidas tres actividades gruesas que dan cuenta de la misma:

- Diseño de sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación frente a eventos priorizados en salud ambiental;



- Implementación y actualización de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación de eventos priorizados en salud ambiental; y,
- Desarrollo de las acciones para operar el Observatorio de Salud Ambiental - OSAB en el Distrito Capital a través de la información generada por las líneas de la política de salud ambiental.

Diseño 1ª Generación: En las acciones de Cambio Climático se dio continuidad con los procesos de investigación desde la vigilancia epidemiológica y ambiental, en los temas de Islas de calor, sistema de alertas tempranas, comportamiento de enfermedades sensibles al clima según escenarios climáticos, diseño del sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental de cáncer de piel asociada a la exposición a radiación ultravioleta.

Para el año 2017 se adelantó gestión intersectorial con el Ministerio de Trabajo para la implementación de la estrategia de sensibilización en prácticas para la identificación, promoción y prevención de efectos en salud debidas a la exposición laboral a asbesto en trabajadores informales, mediante la participación en la Comisión Nacional de Asbesto Crisotilo y otras fibras similares y se realizó una mesa de trabajo con Secretaría Distrital de Ambiente e IDU para establecer acciones conjuntas en el tema de regulación de actividades de demolición y manejo adecuado de residuos de construcción y demolición contaminados con asbesto.

También durante el año 2017 se logró la elaboración e implementación del plan de acción para la identificación de condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales posiblemente expuestos a sustancias cancerígenas debido a la actividad económica desarrollada, en articulación con el equipo SIVISTRA (Sistema de Vigilancia de Trabajadores Informales) y el equipo de Espacio Laboral, dentro del que se realizó el diseño, implementación y ajuste de encuestas y formatos para levantamiento de información en las Unidades de Trabajo Informal – UTIs intervenidas, a la que se le realizó la consolidación, depuración y análisis, siendo insumo para la construcción de línea base para el diseño de un sistema de vigilancia epidemiológico para prevención de enfermedades por la exposición laboral a sustancias químicas con énfasis en sustancias cancerígenas. En cuanto al sector de la economía formal, durante el año 2017 se realizó el apoyo en la implementación de programas de vigilancia epidemiológica de factores de exposición a sustancias químicas en empresas vinculadas a las acciones de vigilancia intensificada de Prevención Integral en Salud Ambiental – PISA, con base

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



en las necesidades de cada una y además se desarrolló la articulación con Riesgos Laborales de la Dirección Territorial de Bogotá del Ministerio de Trabajo para mejorar las intervenciones en las empresas vigiladas por dicha entidad en cuanto la identificación y control de factores de riesgo químico.

DISEÑO 2ª Generación: Con respecto a la estrategia de vigilancia centinela relacionada con la captación de casos de intoxicación crónica por mercurio y plomo a partir de definiciones de caso, en articulación con la Subred Centro Oriente, Subred Sur y la SDS se articula e implementa la unidad centinela para la identificación de caso de intoxicación crónica por plomo (Pb) en niños menores de 15 años según definición de caso en la USS San Blas, en el mes de noviembre del 2017 es realizada la capacitación al personal de salud de la USS San Blas para la implementación de la unidad centinela en el mes de diciembre del 2017 – Vigilancia de 2ª generación.

Determinación de biomarcadores en mujeres de edad fértil; dentro del proceso están los avances en el proceso de convenio entre la SDS, Subred Sur, Universidad de Los Andes y el Hospital Universitario San Ignacio, con el fin de articular acciones que contribuyan a determinar posibles efectos en salud – Vigilancia de 2ª generación.

Implementación 1ª Generación: En relación con las acciones de cambio climático en el periodo Enero – Diciembre del 2017, se ha ejecutado 1.759 encuestas relacionadas con el tema Radiación Ultravioleta; 2.196 encuestas con el tema de Eventos Climáticos Extremos y 112 capacitaciones con una cobertura de 1.864 personas.

Para la vigilancia en salud ambiental de la exposición y efectos en salud relacionados con sustancias químicas, en determinación de mercurio y selenio en productos de la pesca es realizada la articulación con la Autoridad Nacional de Acuicultura y Pesca – AUNAP, realizó al equipo operativo capacitación y acompañamiento en toma de muestra de productos de pesca, y asesoría en el proceso de trazabilidad del productos de pesca durante el primer trimestre del año; fueron realizadas 611 (87%) muestras de productos de pesca priorizados en todas las localidades de Bogotá exceptuando Sumapaz; con los datos generados y en articulación con el Instituto Nacional de Salud – INS se ha desarrollado un informe preliminar de evaluación de la exposición de Hg y Se por el consumo de trucha, pangasius y mota en mujeres en edad fértil de Bogotá; desarrollo de 7 mesas de trabajo entre

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



las entidades INS, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA y Subred Sur.

Implementación 2ª Generación: Con respecto a la vigilancia centinela, está viene desarrollándose en la Subred Centro Oriente en la USS San Blas para casos de intoxicación crónica por plomo en menores de 15 años, a el mes de diciembre del 2017 reporta un (1) posible caso.

Para la línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética en el año 2017 se beneficiaron 22.337 personas en la vigilancia por exposición a contaminación del aire de las cuales se han encuestado un total de 13.258 personas entre menores de 14 años y adulto mayores de 60 años, 12.473 personas en la vigilancia por exposición a ruido de las cuales se realizaron 4.480 encuestas de percepción y 4.508 audiometrías. 2.801 personas en la vigilancia por exposición a radiación electromagnética y se han aplicado 2.498 encuestas

Para 2017 el programa de fármaco vigilancia logró el reconocimiento como NODO Territorial de la red nacional de fármaco vigilancia por parte del INVIMA, mediante la recopilación y presentación de evidencias, la articulación y organización de dos encuentros así: Encuentro Distrital de Fármaco-vigilancia 2017, con conferencistas de la OPS, Invima, Ministerio De Salud, Fundación Santafé Y UPSS Santa Clara y participación de 185 invitados de IPS, EAPB y representantes de la comunidad. Se implementó la estrategia de fármaco-vigilancia activa en las USS Suba, USS Engativá y UPSS Simón Bolívar de la Subred Integrada de servicios de Salud Norte, Kennedy y Fontibón, Unidad de Servicios de Salud Mental Floralia de la Subred Sur Occidente, e inició la implementación en la Sub red Sur. Se participó en el Encuentro Nacional e Internacional de Fármaco-vigilancia con una conferencia y la presentación en modalidad de posters de dos trabajos en el marco del Encuentro Internacional y Nacional de Fármaco-vigilancia 2017.

En el programa de Tecno vigilancia realizó asistencia técnica a las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito en compañía del Grupo de Tecno vigilancia del INVIMA, para la verificación de la implementación del programa institucional, otras asistencias técnicas relevantes realizadas en este periodo son:

- Asistencia a la Clínica Ricas y a la USS Santa clara por casos asociados a Implantes cocleares.
- Se realizó asistencia técnica en el establecimiento Bodybrite Rosales a solicitud del INVIMA para la verificación del efecto no deseado asociado a tecnología AFT, Centro Medico Splendor Splendor Medical Spa, por COL171006049 del INVIMA,

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

- asistencia técnica a la estética IN STETIK por solicitud del INVIMA y seguimiento y cierre del evento asociado a la máquina de anestesia en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
- Se realizaron cuatro reuniones con la Subdirección de IVCSS en donde se articularon acciones con respecto al Programa.
- Se realizó apoyo al comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud del Distrito y asistencia técnica a los brotes asociados a dispositivos médicos.
- En cuanto a la notificación el Programa de Tecno vigilancia recibió por medio del correo electrónico 2760 notificaciones entre eventos, incidentes adversos e informes de no presentar sucesos de seguridad.
- Culminación de pruebas piloto del módulo Sivigila del aplicativo del programa, de esta manera los usuarios realizarán los reportes en línea a partir del 2018, además permitirá el seguimiento de la notificación hasta su cierre. Articulación y capacitación con los bancos de sangre, prestadores de servicios de salud del distrito con el fin de promover la notificación y el adecuado uso de los dispositivos médicos para la mitigación de sucesos de seguridad.

Meta: Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado.

El Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud CDSSS se creó mediante el Decreto 812 de 2017. Si bien este Consejo existía previamente, fue reformado para incluir la Comisión Intersectorial de Salud.

El 25 de enero del presente año, se convocó la primera reunión ordinaria del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud según lo estipulado por el nuevo decreto. Esta reunión fue liderada por el Secretario Distrital de Salud (como delegado del Alcalde). El Subsecretario de Participación realizó la secretaría técnica.

Durante la sesión se hizo entrega del cronograma de las reuniones propuestas para 2018 del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud:

Reunión ordinaria: Enero 25, 2018
Socialización del Decreto 812 de 2017
Proyecto Reglamento Interno

Reunión extraordinaria: jueves 5 de abril de 2018
Presentación Modelo de Salud SDS
Aprobación Reglamento Interno y Otros Temas de Interés del CDSSS

Reunión ordinaria: 12 de julio de 2018
Presentación Análisis de la Situación de Urgencias en el Distrito.

Reunión extraordinaria: jueves 18 de octubre de 2018.
Reunión ordinaria: jueves 29 de noviembre 2018

Adicionalmente, durante el 2017 se celebró un convenio (que sigue en proceso) con el OPS para desarrollar una metodología de medición de haciamiento en urgencias como proyecto bandera de mejoramiento del sistema de urgencias de la ciudad.

También se celebró un convenio con el Clúster de salud para desarrollar, implementar en modo piloto una metodología de articulación entre los distintos actores del sistema de salud para mejorar la salud materna perinatal en el distrito

Salud Ambiental

56. Caninos y felinos esterilizados para los años 2015, 2016 y 2017.
- Total Bogotá
 - Desagregado por localidades

Tabla 146. Número de caninos y felinos esterilizados. Bogotá 2015 - 2017.

Localidad	2015	2016	2017
Usaquén	2.412	2.919	1.971
Chapinero	1.453	1.359	1.040
Santa Fe	1.315	857	1.840
San Cristóbal	6.354	5.479	8.314
Usme	3.589	6.174	10.888

Tunjuelito	3.240	2.173	1.338
Bosa	4.174	4.642	6.785
Kennedy	4.642	6.699	6.847
Fontibón	1.339	1.595	2.759
Engativá	9.022	5.164	7.321
Suba	6.043	5.549	7.900
Barrios Unidos	1.423	1.482	752
Teusaquillo	403	526	507
Los Mártires	1.093	1.499	1.607
Antonio Nariño	2.264	1.645	2.712
Puente Aranda	1.411	1.121	2.747
La Candelaria	276	844	573
Rafael Uribe	7.299	5.853	10.674
Ciudad Bolívar	4.800	7.693	10.404
Sumapaz	102	181	150
Total Bogotá	62.654	63.454	87.129

Fuente: Subredes integradas de servicios de salud.

57. Vigilancia activa de Rabia (cobertura de vacunación antirrábica animal) para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

La cobertura antirrábica canina y felina del Distrito se calcula sumando la vacunación antirrábica aplicada por el sector privado y por el sector público. En el 2017 se dieron coberturas por encima del 100% en las localidades de Barrios Unidos, San Cristóbal, Bosa y Sumapaz.

Tabla 147. Cobertura de vacuna antirrábica animal. Bogotá 2015 - 2017.

Localidad	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)
Usaquén	71	65	86
Chapinero	70	69	75
Santa Fe	61	77	82
San Cristóbal	91	109	135

Localidad	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)
Usme	57	46	34
Tunjuelito	63	58	66
Bosa	92	95	106
Kennedy	62	66	66
Fontibón	75	69	81
Engativá	61	58	73
Suba	67	61	68
Barrios Unidos	87	83	144
Teusaquillo	82	81	78
Los Mártires	79	76	93
Antonio Nariño	62	61	60
Puente Aranda	81	78	75
La Candelaria	67	68	80
Rafael Uribe	67	66	72
Ciudad Bolívar	45	63	71
Sumapaz	129	162	116
Total Bogotá	65	63	63

Fuente: Reporte de actividades del control de la rabia. Formato SV1.

c. Desagregado por caninos y felinos

Tabla 148. Cobertura de vacunación antirrábica, desagregada por caninos y felinos. Bogotá 2015 – 2017.

	2015	2016	2017
Caninos	72%	61%	59%
Felinos	46%	71%	75%

Fuente: Reporte de actividades del control de la rabia. Formato SV1.

58. Resultados mediciones intramurales de contaminación del aire por PM para los años 2015, 2016 y 2017.

a. Total Bogotá

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

b. Desagregado por localidades

Frente a los resultados de las mediciones intramurales de contaminación del aire por material particulado, se informa que la Secretaría de Salud de Bogotá realizó un estudio exploratorio durante el periodo comprendido de mayo 2015 a julio 2016; siendo los resultados relacionados en la siguiente tabla donde muestra las concentraciones de partículas suspendidas totales en 18 localidades del Distrito, discriminando el tipo de exposición. Donde a partir de los 88 registros del monitoreo se encuentran valores mínimos y máximos de $0.102\mu\text{g}/\text{m}^3$ y $168.51\mu\text{g}/\text{m}^3$ para partículas suspendidas totales.

Al tener en cuenta los tiempos de monitoreo se realizó la comparación con los valores de la normatividad nacional, teniendo en cuenta la Resolución 610 de 2010 para promedio 24 horas, en partículas suspendidas totales.

Tabla 149. Concentración de PST por localidad.

Localidad	Concentración de PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	
	Menor Exposición	Mayor Exposición
Usaquén	33,87	29,85
	36,28	7,33
	-----	4,71
Chapinero	4,76	25,00
	7,17	19,78
	-----	14,28
Santa Fe	16,11	8,86
	69,38	3,99
	18,31	-----
San Cristóbal	55,45	35,78
	4,62	0,15
	-----	3,62
Usme	1,34	21,01
	0,75	11,44
	-----	7,68
Tunjuelito	31,81	7,91
	85,96	15,10
	-----	20,68
Bosa	39,28	168,05
	32,59	6,23

Localidad	Concentración de PST (ug/m ³)	
	Menor Exposición	Mayor Exposición
	6,43	-----
Kennedy	19,19	21,33
	2,54	4,72
	-----	18,38
Fontibón	20,85	17,09
	9,12	15,35
Engativá	4,86	5,71
	4,30	6,10
	3,55	3,44
Suba	22,43	8,06
	11,03	14,27
	15,47	5,69
Barrios Unidos	14,16	6,37
	11,53	167,94
	-----	3,71
Teusaquillo	29,23	18,21
	97,62	0,53
	39,71	4,72
Los Mártires	5,17	65,33
	31,98	13,57
	5,75	10,16
Antonio Nariño	0,10	6,20
	19,68	2,34
	23,27	5,24
Puente Aranda	9,16	86,70
	10,40	72,81
	10,01	57,50
Rafael Uribe	1,30	5,12
	-----	1,94

Fuente: Secretaría Distrital de salud – línea Aire, ruido y radiación electromagnética.

59. Vigilancia intoxicación por monóxido de carbono CO para los años 2015, 2016 y 2017.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

En el año 2015, se registraron 61 casos relacionados en Bogotá D.C., correspondientes a residentes en la ciudad; la tasa de incidencia de este tipo de intoxicación fue de 0,77 casos por cada 100000

habitantes. El 62,3 % del total de casos tuvo lugar de manera accidental, mientras que el 31,1 % de los mismos se debió a exposiciones ocupacionales a monóxido de carbono. Al respecto de la distribución por localidad de los casos mencionados, los datos de la Tabla 1 permiten establecer que la mayor tasa de incidencia de este tipo de intoxicaciones correspondió a Chapinero, con 6,53 casos por cada 100000 habitantes, seguida de las de Santafé, Teusaquillo, Fontibón y Barrios Unidos. Durante 2016, el número total de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C. fue de 67; la tasa de incidencia asociada a ese número de casos fue de 0,84 casos por cada 100000 habitantes. En relación con los casos mencionados, el 89,6 % de estos tuvo origen en una exposición accidental a monóxido de carbono, mientras que el 9,0 % de los mismos se relacionó con una exposición ocupacional y el 1,5 % de los casos fue motivado en una exposición intencional suicida.

Tabla 150. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2015 y tasa de incidencia correspondiente.

Localidad	Número de casos de intoxicación con Monóxido de Carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2015	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Monóxido de Carbono (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Monóxido de Carbono en 2015 / Población a mitad de período x 100.000
Usaquén	6	1,21
Chapinero	9	6,53
Santafé	3	2,73
San Cristóbal	1	0,25
Usme	3	0,69
Tunjuelito	0	0,00
Bosa	2	0,31
Kennedy	7	0,65
Fontibón	5	1,31
Engativá	8	0,91
Suba	8	0,68
Barrios Unidos	3	1,25
Teusaquillo	2	1,32
Los Mártires	0	0,00
Antonio Nariño	0	0,00
Puente Aranda	0	0,00
La Candelaria	0	0,00

Localidad	Número de casos de intoxicación con Monóxido de Carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2015	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Monóxido de Carbono (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Monóxido de Carbono en 2015 / Población a mitad de período x 100.000
Rafael Uribe Uribe	0	0,00
Ciudad Bolívar	4	0,58
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sivigila.

En cuanto a la distribución por localidad de los casos de intoxicación con monóxido ocurridos durante 2016, los datos de la Tabla 2 muestran que la mayor tasa de incidencia de este tipo de intoxicaciones correspondió de nuevo a Chapinero, con 3,15 casos por cada 100000 habitantes, valor que representa una reducción en relación con el valor registrado en 2015, seguida de las de Usaquén, Fontibón y Suba. Esta última localidad tuvo el mayor número de residentes intoxicados con monóxido de carbono; aunque dada su población, la tasa de incidencia calculada fue la cuarta más alta.

Tabla 151. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2016 y tasa de incidencia correspondiente

Localidad	Número de casos de intoxicación con Monóxido de Carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2016	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Monóxido de Carbono (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Monóxido de Carbono en 2016 / Población a mitad de período x 100.000
Usaquén	10	2,11
Chapinero	4	3,15
Santafé	0	0,00
San Cristóbal	2	0,50
Usme	2	0,59
Tunjuelito	0	0,00
Bosa	2	0,28
Kennedy	6	0,51
Fontibón	8	1,98

Localidad	Número de casos de intoxicación con Monóxido de Carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2016	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Monóxido de Carbono (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Monóxido de Carbono en 2016 / Población a mitad de periodo x 100.000
Engativá	6	0,69
Suba	17	1,36
Barrios Unidos	0	0,00
Teusaquillo	1	0,71
Los Mártires	1	1,06
Antonio Nariño	0	0,00
Puente Aranda	3	1,33
La Candelaria	0	0,00
Rafael Uribe Uribe	1	0,28
Ciudad Bolívar	4	0,56
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sivigila.

Los casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a personas que residen en Bogotá D.C. durante 2017 fueron 58. La tasa de incidencia relacionada con estos casos correspondió a 0,72 casos por cada 100000 habitantes, que es el valor más bajo de los registrados en el período 2015 a 2017. El 62,1 % de los casos antes señalados fueron ocasionados por una exposición accidental a monóxido de carbono, mientras que el 29,3 % de los mismos tuvo su origen en una exposición ocupacional al tóxico, el 5,2 % tuvo una intencionalidad suicida y se desconoce el tipo de exposición específico en un 3,4 % de las ocasiones.

Tabla 152. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2017 y tasa de incidencia correspondiente.

Localidad	Número de casos de intoxicación con monóxido de carbono ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2017	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con monóxido de carbono (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Monóxido de Carbono en 2017 /
-----------	---	---

		Población a mitad de período x 100.000
Usaquén	7	1,48
Chapinero	1	0,79
Santafé	1	1,05
San Cristóbal	1	0,25
Usme	1	0,29
Tunjuelito	1	0,53
Bosa	5	0,68
Kennedy	9	0,74
Fontibón	3	0,73
Engativá	6	0,68
Suba	6	0,47
Barrios Unidos	1	0,37
Teusaquillo	0	0,00
Los Mártires	1	1,07
Antonio Nariño	2	1,83
Puente Aranda	2	0,90
La Candelaria	0	0,00
Rafael Uribe Uribe	2	0,57
Ciudad Bolívar	9	1,23
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sivigila.

La distribución por localidad de los casos antes mencionados se puede consultar en la tabla anterior. Con base en los datos allí registrados, la localidad con la mayor tasa de incidencia de dichos casos de intoxicación la tiene Antonio Nariño, con 1,83 casos por cada 100000 habitantes, seguida de Usaquén, con 1,48, Ciudad Bolívar, con 1,23, y Los Mártires, con 1,07 casos por cada 100000 habitantes respectivamente. En 2017 se registraron casos de intoxicación con monóxido de carbono en residentes de casi todas las localidades, a excepción de Teusaquillo, La Candelaria y Sumapaz. La tasa de incidencia de intoxicaciones en Antonio Nariño es la más alta debido a que la población es comparativamente menor que las de las otras localidades y cualquier caso que se presente en residentes de dicha localidad impactará significativamente la tasa de incidencia correspondiente. De otro lado, en Ciudad Bolívar se registró un aumento de más del doble de los casos ocurridos durante 2015 y 2016, hecho que da cuenta del aumento de la tasa de incidencia relacionada.

60. Vigilancia epidemiológica intoxicación por metales pesados para los años 2015, 2016 y 2017.
- Total Bogotá
 - Desagregado por localidades

En lo que tiene que ver con las intoxicaciones con metales pesados ocurridas en el Distrito Capital y el desagregado por localidades de estos casos durante el período señalado, durante el 2015 tuvieron lugar un total de 36 casos de intoxicación aguda con metales pesados en Bogotá D.C; la tasa de incidencia correspondiente fue de 0,46 intoxicaciones por cada 100000 habitantes. El 59,18 % del total de dichos casos se debió a exposiciones de origen ocupacional, mientras que un 12,24 % tuvo un origen accidental y el 6,12 % correspondió a intencionalidad suicida. El metal más frecuentemente implicado con los casos notificados fue el plomo, en un 47 % de los casos, seguido del mercurio en un 39 % de los mismos.

En relación con la distribución por localidad de los casos antes descritos, la siguiente tabla muestra que la mayor tasa de incidencia de este tipo de intoxicaciones se presentó en Los Mártires, en donde ocurrieron dos casos; no obstante, el resultado se afecta por tratarse de una localidad con un bajo número de habitantes. Uno de los casos es de origen ocupacional y el otro desconocido, ambos asociados a exposición a plomo.

Durante 2016, el total de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes en Bogotá D.C. fue de 32 y la tasa de incidencia correspondiente bajó, con respecto a la tasa registrada en 2015, a 0,4 casos por cada 100000 habitantes. El 68,8 % de los 22 casos de intoxicaciones agudas con metales pesados en 2016 fueron causados por exposiciones de origen ocupacional, mientras que el 15,6 % de las mismas fueron accidentales. El mayor número de estos casos de intoxicación ocurrió en hombres, equivalente a un 87,5 % de estos, en su mayoría en edades entre los 27 a 59 años. Los metales más frecuentemente implicados en los casos notificados de intoxicación fueron el mercurio, con el 50 % de los casos, seguido del plomo con el 40,6 % de estos.

Tabla 153. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2015 y tasa de incidencia correspondiente.

Localidad	Número de casos de intoxicación con Metales Pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2015	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Metales Pesados (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Metales Pesados en 2015 / Población a mitad de periodo x 100.000)
Usaquén	1	0,20
Chapinero	0	0,00
Santafé	0	0,00
San Cristóbal	1	0,25
Usme	0	0,00
Tunjuelito	0	0,00
Bosa	4	0,62
Kennedy	3	0,28
Fontibón	5	1,31
Engativá	7	0,80
Suba	5	0,43
Barrios Unidos	2	0,83
Teusaquillo	2	1,32
Los Mártires	2	2,03
Antonio Nariño	2	1,84
Puente Aranda	0	0,00
La Candelaria	0	0,00
Rafael Uribe Uribe	1	0,27
Ciudad Bolívar	1	0,15
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sívigila.

En cuanto a la distribución por localidad de los casos ocurridos en 2016, la siguiente tabla muestra que la tasa de incidencia por localidades fue mayor en Barrios Unidos, con 4 casos, seguido por Bosa, con 8 casos, y Tunjuelito, con 2 casos.

Tabla 154. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2016 y tasa de incidencia correspondiente.

Localidad	Número de casos de intoxicación con Metales Pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2016	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Metales Pesados (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Metales Pesados en 2016 / Población a mitad de período x 100.000)
Usaquén	0	0,00
Chapinero	0	0,00
Santafé	0	0,00
San Cristóbal	2	0,50
Usme	0	0,00
Tunjuelito	2	1,06
Bosa	8	1,13
Kennedy	1	0,08
Fontibón	1	0,25
Engativá	1	0,11
Suba	4	0,32
Barrios Unidos	4	1,52
Teusaquillo	0	0,00
Los Mártires	1	1,06
Antonio Nariño	0	0,00
Puente Aranda	0	0,00
La Candelaria	0	0,00
Rafael Uribe Uribe	0	0,00
Ciudad Bolívar	1	0,14
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – SiviGila.

En 2017, se registraron 22 casos de intoxicación con metales pesados de residentes en Bogotá D.C. La tasa de incidencia de estas intoxicaciones en este período fue de 0,27 casos por cada 100000 habitantes, lo que represento una reducción del 30 % del valor del 2016. El 43 % de los casos correspondió a exposiciones accidentales, mientras que un 29 % de estos tuvo una motivación suicida. La frecuencia de casos de intoxicación por metales pesados fue mayor en hombres, con un 85,7 %, en su mayoría con edades entre los 18 a 44 años. Los metales más frecuentemente implicados en los casos notificados de intoxicación fueron, el mercurio, el aluminio y mezclas de diversos metales.

La distribución de los casos de intoxicación con metales pesados en las localidades de la capital, durante 2017, se puede ver en la siguiente tabla. Se observa que la tasa de incidencia por localidades ha sido mayor para Suba, con 1,01 casos por cada 100000 habitantes, muy por encima de Chapinero y Usaquén, con 0,79 y 0,63 casos por 100000 habitantes, respectivamente.

Tabla 155. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2017 y tasa de incidencia correspondiente.

Localidad	Número de casos de intoxicación con Metales Pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C durante 2017	Tasa de Incidencia de las intoxicaciones con Metales Pesados (Número de casos nuevos de Intoxicaciones Agudas con Metales Pesados en 2017 / Población a mitad de período x 100.000)
Usaquén	3	0,63
Chapinero	1	0,79
Santafé	0	0,00
San Cristóbal	2	0,51
Usme	1	0,29
Tunjuelito	0	0,00
Bosa	0	0,00
Kennedy	1	0,08
Fontibón	1	0,24
Engativá	0	0,00
Suba	13	1,01
Barrios Unidos	0	0,00
Teusaquillo	0	0,00
Los Mártires	0	0,00
Antonio Nariño	0	0,00
Puente Aranda	0	0,00
La Candelaria	0	0,00
Rafael Uribe Uribe	0	0,00
Ciudad Bolívar	0	0,00
Sumapaz	0	0,00

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sivigila.

61. Avances y resultados del Consejo territorial de salud ambiental para los años 2015, 2016 y 2017.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



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.

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, Política de Salud Ambiental delimitada en el documento CONPES 3550 de 2008 que para su aplicación necesitará de una instancia transversal respecto de los sectores que en ella interactúan.

Es así, que la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011 - 2023, 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 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 Ecurbanismo 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.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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 para el año 2015:

- 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 de 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.

Para los años 2016 y 2017 se adjunta el informe de la Secretaría Técnica desarrollada.

62. Número de casos de abuso de sustancias psicoactivas para los años 2015, 2016 y 2017.

El abuso de sustancias psicoactivas - SPA se refiere al uso problemático de drogas lícitas e ilícitas. El subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas VESPA se constituye en el componente de la vigilancia en salud pública del Distrito Capital que da cuenta de dicho evento. El sistema utiliza varias estrategias para la captación de casos, como las encuestas de prevalencia y la vigilancia de unidades centinela. Estas últimas corresponden a centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia de origen público o privado, instituciones de resocialización orientadas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con uso problemático de drogas y centros de atención en salud mental.

Para el trienio analizado (2015 – 2017) se registraron 30932 casos de personas atendidas dentro de la red de prestación de servicios. Para el año 2016 el 17,10% (1772) correspondió a población habitante de calle, en el 2017 este porcentaje correspondió a 5,71%(325).

Tabla 156. Casos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Bogotá 2015 - 2017.

	2015	2016	2017*
Total casos	14879	10362	5691

Fuente: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Salud Pública. Base de datos VESPA 2015 – 2017

- a. Tipo de abuso de alcohol, tabaco e inhalables, heroína y otras.
- b. Desagregado por sexo

La distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas en donde se evidencia que las mayores concentraciones de este tipo de consumo se ubican para las bebidas alcohólicas y el tabaco. En relación con las sustancias ilícitas las mayores frecuencias se ubican en el consumo de cannabis, y basuco. Se discrimina la marihuana tipo crip y de otras cepas que circulan entre los consumidores. Es relevante mencionar que se mantiene el mayor consumo en hombres para todas las sustancias psicoactivas y que las diferencias de consumo entre sexo se acentúa en el caso de las sustancias ilícitas.

Las combinaciones más frecuentes en el uso abusivo de psicoactivos son: (alcohol, tabaco, marihuana); (alcohol, tabaco, marihuana y basuco); (marihuana, basuco y cocaína). El uso indebido de benzodiazepinas es un fenómeno que viene en aumento y se refiere en este caso a la búsqueda de estados alterados de conciencia a través de uso de este tipo de medicamentos.

Tabla 157. Casos de abuso de sustancias psicoactivas según droga de inicio y sexo. Bogotá 2015 - 2017

Droga de inicio/Sexo	2015			2016			2017		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Tabaco (Cigarrillo)	3475	1285	4760	2353	686	3039	1578	346	1924
Alcohol	3813	2369	6182	3220	1358	4578	1451	324	1775
Marihuana	2126	491	2617	1500	293	1793	1169	187	1356
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	479	155	634	323	87	410	191	67	258
Basuco	169	32	201	158	38	196	131	15	146
Marihuana Cripa o Cripa	114	54	168	78	18	96	68	17	85
Cocaína	102	8	110	75	10	85	44	12	56
Heroína	2	2	4	3	1	4	2	1	3
Otras	148	55	203	113	48	161	68	20	88
Total	10428	4451	14879	7823	2539	10362	4702	989	5691

Fuente: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Salud Pública Base de datos VESPA 2015 - 2017

c. Desagregado por localidades

Las localidades con mayor número de casos notificados fueron en orden descendente Suba, Usme, San Cristóbal, Bosa, Los Mártires y Puente Aranda; allí se concentró el 60,9% del total de los casos.

Tabla 158. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según localidad y sexo

Localidad	2015			2016			2017		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Ciudad bolívar	1178	541	1719	443	145	588	406	115	521
Suba	919	543	1462	987	408	1395	361	78	439
Santafé	171	69	240	345	86	431	316	93	409
Kennedy	692	171	863	510	85	595	329	65	394
Mártires	548	128	676	987	211	1198	299	87	386
Tunjuelito	280	83	363	346	65	411	328	35	363
Puente Aranda	683	163	846	627	129	756	326	33	359
Usme	992	464	1456	642	401	1043	285	53	338

Localidad	2015			2016			2017		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
San Cristóbal	1216	353	1569	665	336	1001	271	45	316
Rafael Uribe	504	206	710	259	50	309	228	37	265
Bosa	1889	1170	3059	653	260	913	234	30	264
Engativá	299	96	395	264	54	318	199	40	239
Teusaquillo	137	30	167	97	30	127	159	37	196
Usaquén	102	35	137	223	89	312	143	43	186
Fontibón	329	151	480	118	40	158	124	23	147
Chapinero	158	95	253	70	27	97	61	22	83
Antonio Nariño	39	16	55	53	14	67	69	13	82
Barrios Unidos	76	28	104	48	12	60	51	28	79
La Candelaria	47	22	69	25	5	30	37	19	56
Sumapaz	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Sin dato	168	87	255	461	92	553	476	93	569
Total Bogotá	10428	4451	14879	7823	2539	10362	4702	989	5691

Fuente: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Salud Pública Base de datos VESPA 2015 – 2017

d. Desagregado por etapas del ciclo vital.

Por curso de vida, en el trienio (2015 – 2017), la mayor proporción de casos se presenta en la adolescencia 36,94% (11428) y juventud 32,04% (9911). Seguimiento de personas entre los 27 y los 44 años con un 20,73% (6415) de los casos.

Tabla 159. Distribución de casos de abuso de sustancias psicoactivas según ciclo vital y sexo. Bogotá 2015 - 2017.

Ciclo vital	Grupo de Edad	2015			2016			2017		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Infancia	6 a 13 Años	201	168	369	196	99	295	134	36	170
Adolescencia	14 a 17 Años	3923	2091	6014	2802	1174	3976	1145	293	1438
Juventud	18 a 26 Años	3650	1272	4922	2341	666	3007	1654	328	1982
Adultez	27 a 44 Años	1994	696	2690	1767	450	2217	1270	238	1508
	45 a 59 Años	541	193	734	613	127	740	389	73	462
Vejez	60 a 69 Años	95	26	121	92	20	112	85	19	104
	70 a 79 Años	19	5	24	11	3	14	22	2	24

Ciclo vital	Grupo de Edad	2015			2016			2017		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
	80 a 99 Años	5	0	5	1	0	1	3	0	3
Total		10428	4451	14879	7823	2539	10362	4702	989	5691

Fuente: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Salud Pública - Base de datos VESPA 2015 - 2017

Información histórica para el Índice de Progreso Social – IPS del programa BCV

63. Prevalencia de bajo peso al nacer desagregado por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p61

64. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p62

65. Razón de mortalidad materna x 100.000 NV por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p63

66. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (x 1000.000 hab) por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p64

67. Tasa de incidencia de VIH x 100.000 hab por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.



Ver archivo Excel adjunto p65

68. Tasa de mortalidad en menores de un año por 1000 NV por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p66

69. Mortalidad por enfermedades crónicas (menores de 70) por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p67

70. Fecundidad específica para adolescentes de 10 a 14 años por localidades para los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Ver archivo Excel adjunto p68

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**