



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME BOGOTA COMO VAMOS VIGENCIA 2010

### Introducción

En cumplimiento de lo determinado por la Casa Editorial El Tiempo, la Fundación Corona y la Cámara de Comercio de Bogotá D. C., para el Programa “Bogotá Cómo Vamos en Salud”, cuya responsabilidad desde hace varios años es realizar el seguimiento ciudadano, periódico y sistemático a los cambios en la calidad de vida, se presenta el documento que incorpora el avance de los indicadores del sector salud con fecha de corte a diciembre 31 de 2010, los datos de mortalidad potencialmente evitable son preliminares, debido a que la Entidad responsable de la recolección y procesamiento de esta información es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], quién envía la base de datos a la Secretaría una vez las estadísticas poblacionales son oficiales; por ello, los resultados en los avances de los indicadores aquí incorporados son datos preliminares depurados por la Secretaría Distrital de Salud.

Durante 2010, se continuaron realizando esfuerzos encaminados a mantener y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de toda la población de la ciudad. Las intervenciones promocionales en los ámbitos en donde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas [hogar, escuela, trabajo, comunidad e instituciones], estuvieron caracterizadas por acciones integrales, permitiendo respuestas más acordes con las particularidades propias de los distintos grupos y territorios de la ciudad; así como, un contacto más directo, más permanente, más duradero y más cercano con el sector salud, con los actores y con los servicios Estatales. Los resultados alcanzados en términos de efectos e impactos muestran avances positivos en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad evitable de la población en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad, como reflejo y producto de las intervenciones llevadas a cabo por el sector salud y los demás sectores de la administración distrital. Así mismo junto con las intervenciones promocionales de calidad de vida y salud, se destaca la afiliación al régimen subsidiado de salud con una cobertura del 100%, certificado por el Ministerio de la Protección Social [radicado 118342 del 20 de agosto de 2010], garantizando así, el acceso a los servicios de salud y disminuyendo las barreras de acceso.

De igual forma, se destacó el programa de vacunación en grupos especiales de población [menores de cinco años, gestantes y mayores de 65 años], con resultados precisos y concretos, no solo en coberturas alcanzadas, sino en hechos como el aporte a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad infantil. Esto al esfuerzo en el mantenimiento y afinamiento de las estrategias extramurales, horarios extendidos, comunicaciones y mejoras en el sistema de información, los que constituyen los principales pilares de los logros obtenidos frente a este tema.

1



## 1. Porcentaje y número de población que se encuentra cubierta bajo el régimen contributivo afiliada por edad y género. Discriminado por localidad.

Tabla 1. Cobertura de la población afiliada al Régimen Contributivo por Grupo de edad

Grupo	Población Total Bogotá			Población Régimen Contributivo	%Cobertura Régimen Contributivo
	Edad	Mujeres	Hombres		
0-4	289.775	304.059	593.834	353.725	59,57
5-9	292.071	306.436	598.507	366.911	61,30
10-14	308.646	319.911	628.557	410.226	65,26
15-19	320.742	331.371	652.113	392.392	60,17
20-24	310.388	314.591	624.979	431.429	69,03
25-29	341.825	312.007	653.832	485.360	74,23
30-34	320.707	293.278	613.985	455.198	74,14
35-39	281.535	256.024	537.559	383.397	71,32
40-44	275.771	244.290	520.061	365.627	70,30
45-49	265.949	229.412	495.361	343.059	69,25
50-54	225.498	188.754	414.252	284.492	68,68
55-59	176.026	145.064	321.090	224.194	69,82
60-64	134.465	109.817	244.282	175.358	71,79
65-69	97.554	78.036	175.590	126.677	72,14
70-74	71.279	51.185	122.464	98.972	80,82
75-79	50.271	33.870	84.141	68.123	80,96
80 y más	52.567	30.608	83.175	79.455	95,53
Total	3.815.069	3.548.713	7.363.782	5.044.595	68,51

Fuente: Proyecciones población 2006- 2020 anualizadas por sexo y edad, Serie de población 1985-2020. DANE.  
Fuente: FIDUFOSYGA base procesamiento Diciembre 2010

La Dirección de Aseguramiento cuenta con bases de datos del Régimen Contributivo para efectos de validación de multifiliaciones, estas bases no contienen las variables de género y localidad.



## 2. Porcentaje y número de población que se encuentra cubierta bajo el régimen subsidiado afiliada por nivel SISBEN (total y parcial) por edad y género, discriminado por localidad.

Tabla 2. Cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDU) por Edad y Género

Grupo	Población Total Bogotá			Población Régimen Subsidiado			% Cobertura Régimen Subsidiado		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
0-4	289.775	304.059	593.834	42.648	44.317	86.965	14,72	14,58	14,64
5-9	292.071	306.436	598.507	75.586	78.857	154.443	25,88	25,73	25,80
10-14	308.646	319.911	628.557	77.489	78.602	156.091	25,11	24,57	24,83
15-19	320.742	331.371	652.113	60.265	51.549	111.814	18,79	15,56	17,15
20-24	310.388	314.591	624.979	48.721	35.899	84.620	15,70	11,41	13,54
25-29	341.825	312.007	653.832	45.514	30.379	75.893	13,32	9,74	11,61
30-34	320.707	293.278	613.985	45.706	30.636	76.342	14,25	10,45	12,43
35-39	281.535	256.024	537.559	50.123	34.895	85.018	17,80	13,63	15,82
40-44	275.771	244.290	520.061	50.248	36.729	86.977	18,22	15,03	16,72
45-49	265.949	229.412	495.361	60.942	64.177	125.119	22,91	27,97	25,26
50-54	225.498	188.754	414.252	41.647	32.435	74.082	18,47	17,18	17,88
55-59	176.026	145.064	321.090	30.555	26.189	56.744	17,36	18,05	17,67
60-64	134.465	109.817	244.282	22.130	18.472	40.602	16,46	16,82	16,62
65-69	97.554	78.036	175.590	17.226	13.102	30.328	17,66	16,79	17,27
70-74	71.279	51.185	122.464	14.760	10.364	25.124	20,71	20,25	20,52
75-79	50.271	33.870	84.141	10.974	6.913	17.887	21,83	20,41	21,26
80 y más	52.567	30.608	83.175	13.400	6.734	20.134	25,49	22,00	24,21
Sin información				349	476	825			
Total	3.815.069	3.548.713	7.363.782	708.283	600.725	1.309.008	18,57	16,93	17,78

Fuente: Proyecciones población 2006- 2020 actualizadas por sexo y edad, Serie de población 1985-2020. DANE.  
Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado, Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010. Dirección de Aseguramiento – SDS.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 3. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDUA) por Localidad y Grupo de Edad

Localidad	Menores un año	1-5 años	6-13 años	14-17 años	18-26 años	27-59 años	60 o más años	Sin información	Total
Usaquén	135	5.564	6.893	3.545	5.844	12.964	3.765	6	38.716
Chapinero	44	858	1.873	976	1.841	3.721	976	6	10.295
Santa Fe	165	3.145	6.830	3.733	6.087	14.422	4.648	8	39.038
San Cristóbal	511	10.238	22.874	13.050	21.864	49.625	13.527	205	131.894
Usme	638	10.229	23.883	14.061	21.958	46.820	11.541	21	129.151
Tunjuelito	164	3.218	7.434	4.557	7.248	19.938	5.557	18	48.134
Bosa	732	11.793	25.807	14.879	23.547	58.881	14.170	36	149.845
Kennedy	541	10.993	25.200	14.361	22.452	58.065	13.840	144	145.596
Fontibón	82	1.829	4.059	2.505	4.125	11.441	3.693	4	27.738
Engativa	232	4.559	11.644	7.023	10.584	31.171	8.985	24	74.222
Suba	371	7.039	16.979	10.295	15.989	41.107	10.904	86	102.770
Barrios Unidos	42	1.034	2.086	1.141	2.135	5.771	1.910	105	14.224
Teusaquillo	6	68	213	87	210	607	250	1	1.442
Los Mártires	51	1.077	2.246	1.209	2.034	5.823	1.923	30	14.393
Antonio Nariño	30	520	1.220	736	1.286	3.714	1.302	6	8.814
Puente Aranda	40	919	2.164	1.346	2.032	7.282	2.353	4	16.140
Candelaria	4	287	873	503	839	2.268	893	6	5.673
Rafael Uribe Uribe	504	8.239	17.536	10.222	16.200	40.970	11.622	15	105.308
Ciudad Bolívar	1.038	18.482	41.307	22.942	36.101	80.243	19.878	47	220.038
Sumapaz	2	113	284	162	245	561	245	-	1.612
Fuera de Bogotá	-	15	3	5	16	36	11	-	86
Sin información	8	3.037	4.236	1.967	3.496	9.000	2.082	53	23.879
Total	5.340	103.256	225.644	129.305	206.133	504.430	134.075	825	1.309.008

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010. Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento

4



Tabla 4. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDU A)  
por Localidad y nivel SISBEN

Localidad	Femenino							Masculino							Total
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Poblaciones Especiales	Sin información	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Poblaciones Especiales	Sin información	
Usaquén	10.828	7.410	1.823	1	-	969	57	8.731	6.498	1.334	-	-	992	73	38.716
Chapinero	2.370	2.333	182	-	-	625	14	2.104	1.964	112	-	-	576	15	10.295
Santa Fe	9.916	9.310	305	-	-	1.162	117	8.662	8.004	300	2	-	1.154	106	39.038
San Cristóbal	28.591	34.812	1.331	-	1	5.271	229	24.146	30.190	1.053	-	-	6.042	228	131.894
Usme	38.934	24.838	354	-	-	3.749	256	34.401	22.734	295	1	-	3.335	254	129.151
Tunjuelito	12.589	10.913	913	-	-	1.411	37	10.885	9.399	746	-	-	1.197	44	48.134
Bosa	25.190	48.422	1.134	-	-	6.465	674	21.016	40.420	786	-	-	5.171	567	149.845
Kennedy	25.719	42.025	4.597	-	-	6.121	179	21.852	36.062	3.597	1	-	5.298	145	145.596
Fontibón	6.021	4.948	3.756	-	-	788	24	4.872	4.017	2.697	-	-	590	25	27.738
Engativá	15.341	17.468	5.657	2	-	1.958	166	12.494	14.761	4.489	2	-	1.740	144	74.222
Suba	16.418	33.295	3.028	-	1	2.827	1.261	12.633	27.671	2.323	-	-	2.319	994	102.770
Barrios Unidos	3.912	717	2.300	1	-	673	93	3.112	645	1.844	-	-	833	94	14.224
Teusaquillo	390	117	125	1	-	111	3	322	89	109	-	-	171	4	1.442
Los Mártires	4.217	1.238	1.012	-	-	731	203	3.913	1.134	892	-	-	858	195	14.393
Antonio Nariño	2.396	1.069	1.023	-	-	295	36	2.026	852	821	-	-	278	18	8.814
Puente Aranda	4.789	1.168	2.403	-	-	560	28	3.754	914	1.889	-	-	606	29	16.140
Candelaria	1.435	1.224	53	-	-	192	19	1.361	1.084	45	-	-	238	22	5.673
Rafael Uribe Uribe	28.273	22.067	3.633	-	-	2.828	57	23.804	19.218	2.875	-	-	2.496	57	105.308
Ciudad Bolívar	82.780	26.479	726	-	-	9.914	314	68.088	22.717	531	-	-	8.248	241	220.038
Sumapaz	351	378	10	-	-	19	1	424	390	19	-	-	20	-	1.612
Fuera de Bogotá	11	19	14	-	-	8	-	9	9	8	-	-	8	-	86



Localidad	Femenino							Masculino							Total
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Poblaciones Especiales	Sin información	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Poblaciones Especiales	Sin información	
Sin información	4.041	3.716	1.166	-	-	3.595	213	3.704	3.170	794	-	-	3.249	231	23.879
<b>Total</b>	<b>324.512</b>	<b>293.966</b>	<b>35.545</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>50.272</b>	<b>3.981</b>	<b>272.313</b>	<b>251.942</b>	<b>27.559</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>45.419</b>	<b>3.486</b>	<b>1.309.008</b>

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 31 de Diciembre de 2010. Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento

El Número de afiliados al Régimen Subsidiado **ACTIVOS** en BDUA con corte de novedades al 24 de Diciembre de 2010 con subsidio pleno, fueron 1.258.004 usuarios y 51.004 usuarios con subsidio parcial, para un total de 1.309.008 personas afiliadas al régimen subsidiado, que corresponde al 17.78% del total de la población del Distrito (n=7.363.782). Mediante radicado 118342 del 20 de agosto de 2010, el Ministerio de la Protección Social emite certificación de cobertura del régimen subsidiado del 100%.

Según el Acuerdo 415 de 2009 la población que se reconocerá como afiliada será la que se encuentra registrada en BDUA-Base de datos única de afiliados, de esta manera el concepto de cupos asignados para las entidades territoriales que se trabajó hasta la contratación marzo de 2010 pierde vigencia y se empieza a hablar de cobertura universal.

Dentro de las dificultades que se presentaron podemos mencionar las medidas adoptadas por el Ministerio de la Protección Social, en cuanto al instrumento para el cálculo de la población a contratar, la cual se determina por base de datos BDUA y no maestro de afiliados que era la base anterior para el cálculo.

El número de afiliados en la base BDUA es inferior, por esta razón se esta trabajando con el Ministerio de la Protección Social con el fin de estandarizar las dos bases. Lo anterior teniendo en cuenta el Acuerdo 415 de Seguridad Social y las resoluciones de asignación de recursos para la presente vigencia por parte del Ministerio de la Protección Social. De igual forma, la falta de actualización de datos por parte de los afiliados cuando se encuentran en debidos procesos.



### 3. Porcentaje y número de población vinculada (sin afiliación). Discriminado por Localidad.

Tabla 5. Distribución de la Población en proceso de Libre Elección y Asignación Directa por Localidad y Sexo

Localidad	Femenino	Masculino	Total
Usaquén	10.979	10.383	21.362
Chapinero	1.296	1.335	2.631
Santa Fe	4.771	5.579	10.350
San Cristóbal	20.345	21.253	41.598
Usme	16.543	17.360	33.903
Tunjuelito	10.838	10.657	21.495
Bosa	20.540	21.769	42.309
Kennedy	52.215	49.986	102.201
Fontibón	12.186	12.049	24.235
Engativa	40.972	37.950	78.922
Suba	40.358	37.825	78.183
Barrios Unidos	5.118	5.261	10.379
Teusaquillo	672	622	1.294
Los Mártires	4.464	4.819	9.283
Antonio Nariño	5.354	5.099	10.453
Puente Aranda	16.132	14.798	30.930
Candelaria	724	875	1.599
Rafael Uribe Uribe	22.488	22.799	45.287
Ciudad Bolívar	26.603	28.705	55.308
Sumapaz	214	245	459
Fuera de Bogotá	-	-	-
Sin información	90.657	95.888	186.545
<b>Total</b>	<b>403.469</b>	<b>405.257</b>	<b>808.726</b>

Fuente: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaría Distrital de Planeación con corte a Marzo de 2010.  
Fuente: Base de datos Listado Nacional de Población Elegible – Junio 2010 – Ministerio de Protección Social.

### 4. Porcentaje y número de población que se encuentra bajo la cobertura de algún régimen especial afiliada. Discriminado por localidad.

Tabla 6. Distribución de la base de datos de Magisterio por grupos de edad y sexo

Edad	Femenino	Masculino	Total
0-4	18.610	18.875	37.485
5-9	29.049	29.627	58.676
10-14	38.910	39.635	78.545
15-19	41.926	42.193	84.119



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Edad	Femenino	Masculino	Total
20-24	29.342	25.024	54.366
25-29	20.452	12.782	33.234
30-34	28.512	16.626	45.138
35-39	35.291	20.882	56.173
40-44	46.238	29.096	75.334
45-49	43.495	28.964	72.459
50-54	44.053	28.981	73.034
55-59	42.742	28.556	71.298
60-64	33.455	22.275	55.730
65-69	18.368	12.168	30.536
70-74	8.296	6.960	15.256
75-79	4.130	3.042	7.172
80 y más	7.319	4.908	12.227
Sin información	25	17	42
<b>Total</b>	<b>490.213</b>	<b>370.611</b>	<b>860.824</b>

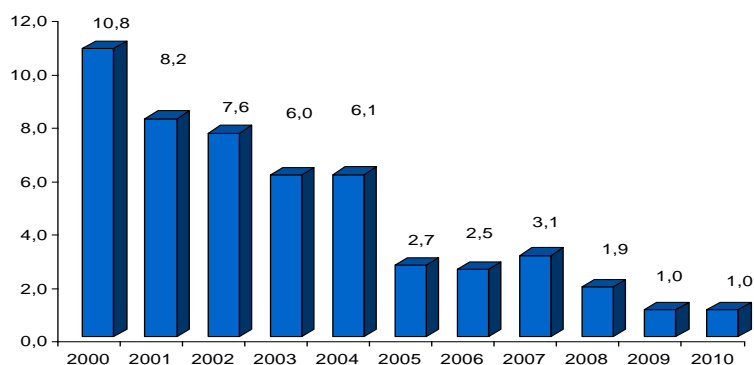
Fuente: FIDUPREVISORA S.A., 30 de Agosto de 2010

Nota: La dirección de Aseguramiento cuenta únicamente con la base del magisterio la cual no reporta variable Localidad.

### 5. Tasa y número de mortalidad en menores de cinco años por EDA. Discriminado por Localidad.

La tasa de mortalidad por EDA expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años.

Gráfico 1. Mortalidad por EDA en menores de 5 años en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción base de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

8



Tabla 7. Mortalidad por edad en menores de 5 años en Bogotá D.C. por localidades

LOCALIDADES	2010	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
1 Usaquén	1	3,0
2 Chapinero		
3 Santafé		
4 San Cristóbal	1	2,2
5 Usme		
6 Tunjuelito		
7 Bosa	1	2,1
8 Kennedy		
9 Fontibón		
10 Engativá		
11 Suba	1	1,3
12 Barrios Unidos		
13 Teusaquillo		
14 Los Mártires		
15 Antonio Nariño		
16 Puente Aranda		
17 La Candelaria		
18 Rafael Uribe		
19 Ciudad Bolívar	2	3,2
20 Sumapaz		
Sin localidad		
<b>Total BOGOTA</b>	<b>6</b>	<b>1,0</b>

Fuente: Mortalidad: Bases de datos defunciones SDS y RUAF preliminares. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

Al realizar el seguimiento del indicador se observa una tendencia a la disminución al pasar de 10.8 por 100.000 menores de 5 años en 2000 a 1.0 por 100.000 menores de 5 años en 2010, manteniendo en 2009 y 2010 la tasa de 1.0 [n=6 casos][Gráfico 1]. Así mismo al observar las tasas por localidad en 2010, aquellas donde se presenta el mayor riesgo de que un niño o niña muera por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años comparada con el Distrito, son la Localidad de Ciudad Bolívar y Usaquén con un riesgo por encima de 3. [Tabla 7].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

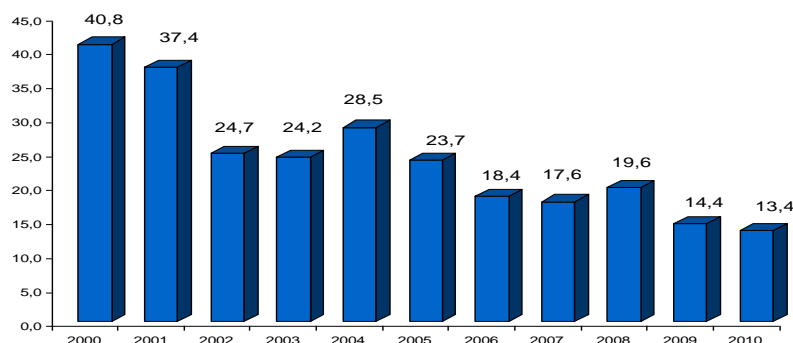
Para lograr esta tendencia a la reducción de la mortalidad por EDA, los esfuerzos se han encaminado hacia el fortalecimiento de un proceso progresivo de trabajo en la implementación de las Estrategias: Acciones Integrales para la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI), Instituciones Amigas de la Familia y de la Infancia (IAFI) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana como son, el familiar, escolar, IPS y comunitario. Así mismo, continuar o reforzar el trabajo con las aseguradoras contributivas, subsidiadas y las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] de la red adscrita y no adscrita, quienes han venido incorporando varias estrategias diseñadas e implementadas para lograr la reducción de la mortalidad infantil en general.

De igual forma se continuó con la vacunación contra Rotavirus, beneficiando con segundas dosis a 109.311 niños y niñas menores de un año de edad en menores de seis meses, alcanzando una cobertura de 91.3% para este biológico. Así como se encuentra en constante fortalecimiento la vigilancia epidemiológica tipo centinela de EDA.

#### 6. Tasa y número de mortalidad en menores de cinco años por IRA. Discriminado por Localidad.

La tasa de mortalidad por neumonía expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. La neumonía es quizás el evento más grave de las llamadas infecciones respiratoria agudas [IRA] por lo cual internacionalmente se toma como indicador trazador.

Gráfico 2. Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

Esta tasa ha tenido una tendencia a la disminución al pasar de 28.5 por 100.000<sup>10</sup> menores de 5 años en el 2004 a 13.4 por 100.000 menores de 5 años en el año 2010.





Sin embargo, el aumento de la tasa (19.6 por 100.000 menores de cinco años) en el año 2008, se debió al periodo de pico epidémico constante por prolongación de la temporada invernal y aumentó en casi el 30% (según los Boletines ERA) la circulación de virus respiratorios especialmente virus Sincitial respiratorio, lo cual puede ser un factor que explica el aumento en la mortalidad por neumonía durante ese año. [Gráfico 2]

De igual manera, según el “Informe anual consolidado sobre niveles de concentración de contaminantes, 2008” de la Secretaría Distrital de Ambiente, durante todo el año en el territorio Colombiano, se presentó el fenómeno “de la Niña” lo cual implicó una mayor precipitación de lluvias sobre Bogotá.

Tabla 8. Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en Bogotá D.C. por localidades

LOCALIDADES		2010	
		Número muertes	Tasa por 100.000 <5 años
1	Usaquén	2	6,0
2	Chapinero	2	27,0
3	Santafé	2	17,4
4	San Cristóbal	7	15,6
5	Usme	6	17,8
6	Tunjuelito	1	4,9
7	Bosa	10	20,8
8	Kennedy	9	10,2
9	Fontibón		
10	Engativá	5	7,5
11	Suba	14	18,6
12	Barrios Unidos	1	6,7
13	Teusaquillo		
14	Los Mártires		
15	Antonio Nariño		
16	Puente Aranda	1	4,5
17	La Candelaria		
18	Rafael Uribe	5	12,6
19	Ciudad Bolívar	14	22,5
20	Sumapaz		
	Sin localidad	4	0,0
TOTAL BOGOTA		83	13,4

Fuente: Mortalidad: Bases de datos defunciones SDS y RUAf preliminares. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

En 2010 el comportamiento por Localidad muestra el mayor riesgo de morir un niño o una niña por neumonía, es el caso de Chapinero donde existe 2 veces más el riesgo, así como 1.6 veces más riesgo en Ciudad Bolívar y Bosa. [Tabla 8]

Para mantener esta tendencia de reducción, la Secretaría realizó entre otras las siguientes acciones:

- Mantenimiento y funcionamiento de 87 salas ERA institucionales y funcionales en Bogotá, atendiendo a una población infantil de 3.076 menores de 2 meses, 15.996 menores de 2 meses a un año y 15.358 menores de 1 a 5 años.
- Capacitación a un total de 140 personas entre personal asistencial y de salud pública sobre las Guías de Atención Integral de AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Salas ERA.
- Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños, niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS- Familia Amiga de la Mujer y la Infancia , 665 HOBIS-Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS-Secretaría Distrital de Integración Social para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas, llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

## **7. Tasa y número de mortalidad en menores de un año (por 1.000 NV). Discriminado por Localidad.**

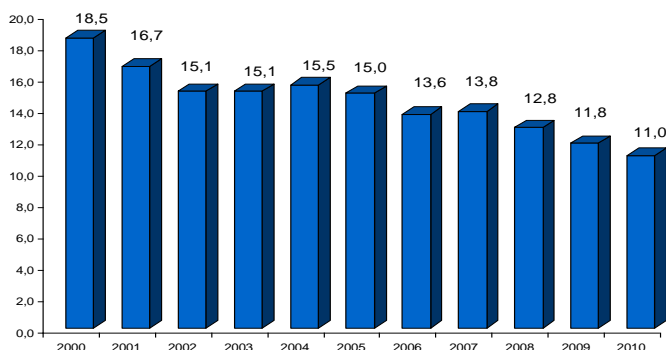
La mortalidad infantil se define como la muerte ocurrida en un niño o niña desde el período neonatal [que va desde el nacimiento hasta los 28 días de vida y el período postneonatal de mayores de 28 días hasta los 11 meses y 29 días].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Gráfico 3. Mortalidad en menores de 1 año en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

El comportamiento del indicador muestra una tendencia de reducción pasando de una tasa de 15.0 por 1.000 nacidos vivos en 2005 a 11.0 por 1.000 nacidos vivos en 2010. [Gráfico 3]

Tabla 9. Mortalidad en menores de 1 año en Bogotá D.C.

LOCALIDADES	2010		
	Número muertes	Tasa por 1000 NV	
1	Usaquén	45	7,3
2	Chapinero	8	4
3	Santafé	20	13,4
4	San Cristóbal	84	12,1
5	Usme	61	11,1
6	Tunjuelito	31	10,5
7	Bosa	128	12,4
8	Kennedy	170	10,6
9	Fontibón	51	11,6
10	Engativá	106	11,1
11	Suba	169	11
12	Barrios Unidos	25	14,6
13	Teusaquillo	9	7,1
14	Los Mártires	21	15,5
15	Antonio Nariño	14	11,5
16	Puente Aranda	35	10,1
17	La Candelaria	3	5,7



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDADES		2010	
		Número muertes	Tasa por 1000 NV
18	Rafael Uribe	77	11,1
19	Ciudad Bolívar	131	11,6
20	Sumapaz	1	35,7
	Sin localidad	75	0
TOTAL		<b>1.264</b>	<b>11</b>

Fuente: Mortalidad: Bases de datos defunciones SDS y RUAF preliminares  
Fuente: Nacimientos: Bases de datos DANE y RUAF preliminares

Al expresar el riesgo de morir de un niño o niña menor de un año, se observa que 3.2 veces más es el riesgo en la Localidad de Sumapaz, seguida por Mártires con 1.4 y 1.2 veces más en Santa fe, comparadas con la tasa Distrital. [Tabla 9]

Para mantener esta tendencia positiva a la reducción, se realizaron acciones desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana así:

- Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones amigas de la mujer y la infancia, desde el ámbito comunitario y escolar, avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes, niños y niñas menores de 5 años. En este año, se capacitaron: 516 -Familia Amiga de la Mujer y la Infancia, 665 HOBIS-Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS-Secretaría Distrital de Integración Social para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación, se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas, llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.
- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional, realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles. Así mismo, se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.

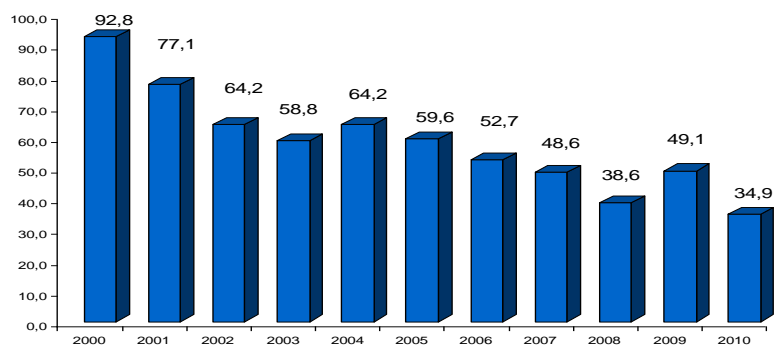
## 8. Tasa y número de mortalidad materna (por 100.000 NV). Discriminado por localidad y principales causas.

La mortalidad materna, está determinada por un conjunto de factores que interactúan entre sí y generan situaciones específicas que pueden aumentar las<sup>14</sup>



vulnerabilidades y los factores de riesgo que inciden en ella. Existen determinantes de la mortalidad materna relacionados con situaciones sociales, culturales y de la atención médica, que pueden presentarse de manera independiente o conjunta.

Gráfico 4. Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

El comportamiento del indicador muestra una reducción pasando de una razón de 59.6 por 100.000 nacidos vivos en el año 2005 a 34.9 por 100.000 nacidos vivos en el año 2010. Sin embargo durante 2009 se presentó un aumento (49.1 por 100.000 nacidos vivos) debido a los casos probables de H1N1 que se atendieron en Bogotá, de los cuales dos casos fueron descartados por laboratorio y patología, un caso de Boyacá y el otro de Bogotá, tres confirmados por laboratorio, uno de Bogotá, otro de Cundinamarca y el otro de Boyacá, el sexto caso positivo por laboratorio para H1N1 de una paciente que presenta un coriocarcinoma y es descartada como muerte materna por el tiempo de evolución de la enfermedad (más de un año). [Gráfico 4]

Tabla 10. Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.

LOCALIDADES	2010	
	Número muertes	Razón por 1.000 NV
1 Usaquén	1	16,3
2 Chapinero		
3 Santafé		
4 San Cristóbal	3	43,0
5 Usme	3	54,6
6 Tunjuelito		
7 Bosa	5	48,3



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDADES		2010	
		Número muertes	Razón por 1.000 NV
8	Kennedy	7	43,7
9	Fontibón	2	45,5
10	Engativá	3	31,4
11	Suba	7	45,6
12	Barrios Unidos		
13	Teusaquillo		
14	Los Mártires	1	73,7
15	Antonio Nariño		
16	Puente Aranda	1	29,0
17	La Candelaria		
18	Rafael Uribe		
19	Ciudad Bolívar	3	26,7
20	Sumapaz		
	Sin localidad	4	0,0
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>34,9</b>

Fuente: Mortalidad: Bases de datos defunciones SDS y RUAF preliminares. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

Las localidades en donde presenta mayor riesgo que una mujer gestante muera, es en Los Mártires, con 2.1 veces más el riesgo frente a lo distrital, seguida de Usme (1.5), Bosa, Fontibón y Suba con 1.3 veces más riesgo. [Tabla 10]

Sin embargo con el fin de mantener la tendencia de reducción, la Entidad realizó entre otras las siguientes acciones:

- Fortalecimiento en el ejercicio de la rectoría en salud materna perinatal mediante: asesoría y asistencia técnica a las EAPB, acompañamiento y asesoría a las ESE en los procesos de atención de control prenatal, trabajo de parto y parto, seguimiento a los indicadores trazadores de salud materna en espacios directivos de las ESE, exigencia del cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud para la atención materno perinatal (adherencia guías).
- Fortalecimiento de las capacidades y competencias de los equipos de salud para la atención integral de hombres y mujeres en edad fértil y la familia gestante mediante: Capacitación a 1.200 personas del equipo de salud (enfermeras, médicos, psicólogas, nutricionistas y auxiliares de enfermería) de 16



todas las ESE en “curso de preparación para la maternidad y paternidad”, articulación con la SED-Secretaría de Educación Distrital, para capacitar en curso de preparación para maternidad y paternidad a 47 gestantes escolarizadas de la Localidad de Suba, capacitación a profesionales de la salud en guías de atención, en el manejo de sífilis gestacional y congénita, VIH y embarazo, Sentencia 355 y en AH1N1 en gestantes, en todas las subredes.

- Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis Gestacional y Congénita e Hipotiroidismo Congénito. Se tamizaron 14.088 gestantes de las cuales se diagnosticaron 15 casos VIH.
- Desde el ámbito familiar se realizó seguimiento a 4.800 mujeres gestantes y 10.100 seguimientos con énfasis en señales de alarma para la atención de parto y en los cierres de caso se priorizó la información en lactancia materna, rutas de acceso a los servicios de urgencias y en señales de alarma para el recién nacido.
- De igual forma en el ámbito escolar se realizó el acompañamiento a los proyectos educativos sexuales en 410 unidades de trabajo, seguimiento a vulnerabilidades psicosociales y de salud para 2.800 gestantes adolescentes, donde se brinda orientación sobre la importancia de la asistencia a los controles prenatales, asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, entre otros. Así mismo, se desarrollo en 470 sedes, la movilización de la “ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes”, como una herramienta útil para facilitar el acceso a servicios y derechos, con el fin de fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social (Salud, Bienestar Social y Educación).

Tabla 11. Principales causas de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.

LOCALIDAD	CAUSAS	Total
USAQUEN	O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	1
Total		1
SAN CRISTOBAL	O141 Preclampsia severa	2
	O721 Otras hemorragias postparto inmediatas	1
Total		3
USME	O622 Otras inercias uterinas	2
	O980 Tuberculosis que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		3
BOSA	O141 Preclampsia severa	1
	O353 Atención materna por presunta lesión fetal debido a enfermedad vírica en la madre	1
	O822 Parto por cesárea con histerectomía	1
	O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	CAUSAS	Total
	O998 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		<b>5</b>
KENNEDY	O035 Aborto espontáneo, completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana	1
	O141 Preclampsia severa	1
	O720 Hemorragia del tercer periodo del parto	1
	O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	1
	O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
	O998 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	2
Total		<b>7</b>
FONTIBON	B24X Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	1
	O141 Preclampsia severa	1
Total		<b>2</b>
ENGATIVA	O141 Preclampsia severa	1
	O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	1
	O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		<b>3</b>
SUBA	O141 Preclampsia severa	1
	O622 Otras inercias uterinas	1
	O882 Embolia de coagulo sanguineo, obstetrica	1
	O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	1
	O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	2
	O996 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		<b>7</b>
MARTIRES	B24X Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	1
Total		<b>1</b>
PUENTE ARANDA	O994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		<b>1</b>
CIUDAD BOLIVAR	O141 Preclampsia severa	2
	O998 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total		<b>3</b>
Sin dato de localidad	O141 Preclampsia severa	1
	O95X Muerte obstétrica de causa no especificada	1



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

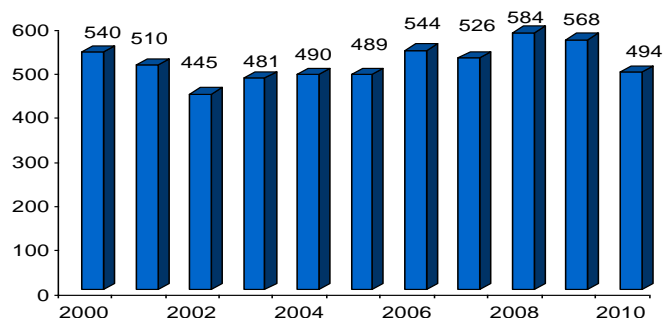
LOCALIDAD	CAUSAS	Total
	O995 Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
	O998 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	1
Total sin dato de localidad		4
<b>Total general</b>		<b>40</b>

Fuente: Mortalidad: Bases de datos defunciones SDS y RUAF preliminares

## 9. Número de embarazo en mujeres con edades de 10 a 14 y 15 a 19 años. Discriminado por Localidad.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida de las personas, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, e incluye la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Los embarazos en adolescentes convocan la complejidad de los determinantes estructurales, definidos desde lo económico, lo social y cultural.

Gráfico 5. Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

Al revisar el comportamiento de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años, se han reducido desde el año 2008 [n=584] a 2010 [n=494] [Gráfica 5], gracias a los esfuerzos e intervenciones realizadas y dirigidas a este grupo específico. Por localidad de residencia en el año 2010 se observa que las localidades que aportan el mayor número de nacimientos son: Ciudad Bolívar con el 17.4% (n=86), Kennedy con el 14.6%(n=72), Suba 10.7% (n=53) le siguen en su orden Bosa con el 10.5% (n=52), San Cristóbal 10.3% (n=51) y Usme con el 7.3%(n=36) [Tabla 12]. Estas localidades donde se concentra la población más pobre de la ciudad, son consideradas localidades de emergencia social, no sólo porque albergan gran población en condiciones de vulnerabilidad, sino que además reciben el mayor número de población desplazada procedente de diferentes zonas del país; poblaciones con bajas condiciones socioeconómicas y culturales que unido al desconocimiento de sus derechos y deberes en salud, así<sup>19</sup>

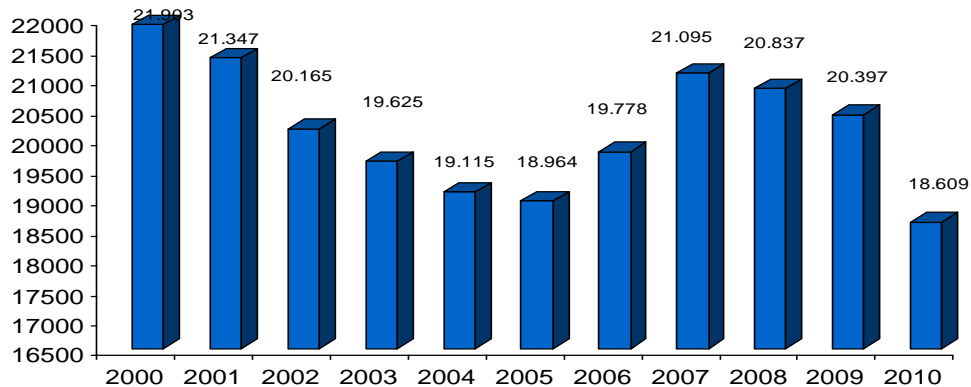


como de los derechos sexuales y reproductivos, están incidiendo fuertemente en esta problemática.

Por otro lado es de resaltar que en estas localidades, en su mayoría las familias son mono-parentales, es decir, sólo uno de los padres responde por la crianza de sus hijos que por lo general es la madre y se convierte en madre cabeza del hogar, razón por la cual debe trabajar y sus hijos adolescentes están a cargo del cuidado de sus hermanos, asumiendo el papel de cuidadores y en algunos casos privándose de la oportunidad de acudir al colegio. Así mismo la ausencia de los padres, la falta de aprovechamiento del tiempo libre, así como la falta de afecto, atención y orientación, están generando problemas en su desarrollo psicosocial, de autoestima, de falta de un proyecto de vida; incrementando y favoreciendo situaciones de riesgo para que esta población sea víctima de violencia y abuso sexual.

Situación diferente se observa en las localidades como Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Puente Aranda, Antonio Nariño, Candelaria y Sumapaz, en donde se registra el menor número de nacimientos de la ciudad en este grupo poblacional y que puede estar asociado a niveles sociales económicos y culturales que inciden positivamente en la prevención de embarazo en los adolescentes, partiendo de un núcleo familiar que presenta un mayor nivel de cohesión, en donde los padres comparten la responsabilidad de la educación y el cuidado de sus hijos ofreciendo más y mayores oportunidades de desarrollo y un mejor proyecto de vida.

Gráfico 6. Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

Con relación a los nacimientos en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, se observa una tendencia a la reducción pasando de 21.095 en 2007 a 18.609 en 2010. [Gráfico 6]. el comportamiento por localidades en el año 2010, evidencia que las localidades que aportan el mayor número de nacimientos son Ciudad Bolívar con el 14.5% (n=2702), 20



Kennedy con el 13.9%(n=2588), Bosa con el 11.6% (n=2165) y le siguen las localidades de Suba con el 10% (n=1863), San Cristóbal con el 9.1% (n=1685) y la localidad de Usme con el 7.9%(n=1464) [Tabla 12], lo que evidencia que son localidades que demandan gran atención por el número de nacimientos en este grupo poblacional y que están igualmente afectadas por condiciones sociales, culturales y económicas que pueden evidenciar un “problema social” de la ciudad, derivado de una serie de situaciones emergentes en comunidades pobres y vulnerables y limitando la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida. Por otro lado las o los adolescentes socialmente no se les permiten expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual, sus imaginarios en torno a la paternidad o maternidad, así como las representaciones sociales de este evento. De igual forma se observa que existen factores culturales que están incidiendo en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, así como en la demanda oportuna de los servicios de salud, lo que está generando embarazos no planeados y no deseados.

Situación contraria en las localidades como Teusaquillo, Candelaria y Sumapaz que presentan el menor número de nacimientos, lo cual puede estar relacionada por mejores condiciones educativas, sociales y culturales en esta población, generando más oportunidades de desarrollo personal al contar con un proyecto de vida más definido.

Tabla 12. Nacimientos en adolescentes en Bogotá D.C.

LOCALIDAD	2010		
	10-14 años	15-19 años	Total 10 A 19 años
01-Usaquén	14	583	597
02-Chapinero	2	154	156
03-Santafé	12	365	377
04-San Cristóbal	51	1685	1736
05-Usme	36	1464	1500
06-Tunjuelito	14	634	648
07-Bosa	52	2165	2217
08-Kennedy	72	2588	2660
09-Fontibón	15	608	623
10-Engativá	25	1283	1308
11-Suba	53	1863	1916
12-barríos unidos	5	181	186
13-Teusaquillo	2	55	57
14-Los Mártires	7	195	202
15-Antonio Nariño	2	150	152
16-Puente Aranda	1	365	366



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

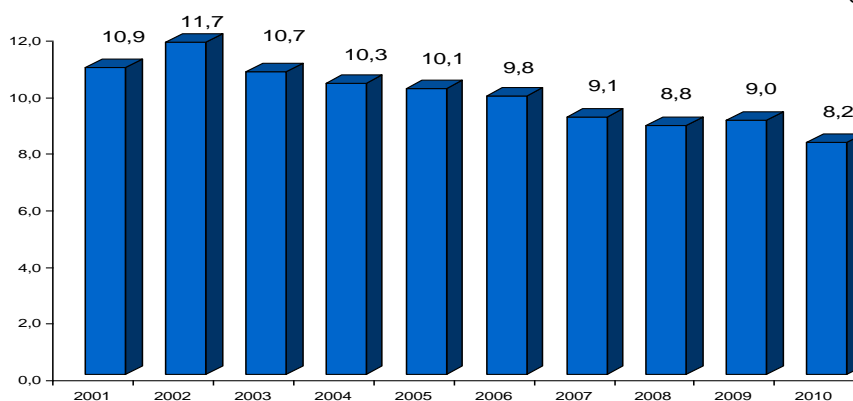
LOCALIDAD	2010		
	10-14 años	15-19 años	Total 10 A 19 años
17-La Candelaria	5	59	64
18-Rafael Uribe	30	1176	1206
19-Ciudad Bolívar	86	2702	2788
20-Sumapaz	0	13	13
Sin dato localidad	10	321	331
<b>TOTAL</b>	<b>494</b>	<b>18.609</b>	<b>19.103</b>

Fuente: Nacimientos: Certificado de Nacido vivo y RUAF preliminares

### 10. Tasa y número de desnutrición global para menores de 5 años. Discriminado por Localidad.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros. El indicador peso para la edad, refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño, considerándose un indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población.

Gráfico7. Prevalencia de Desnutrición Global en menores de 5 años Bogotá D.C.



Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN

El comportamiento del indicador muestra una reducción pasando de una prevalencia de 9,8 en 2006 a 8,2 en 2010, lo cual refleja un mejoramiento de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional para la población. [Gráfico 7].



Tabla 13. Prevalencia de Desnutrición Global en menores de 5 años Bogotá D.C

Localidad de Residencia	AÑO 2010	
	Prevalencia Desnutrición Global	Total Menores de Cinco Años Captados por el SISVAN
Usaquén	8,5	12168
Chapinero	8,8	2938
Santa fe	9,6	7247
San Cristóbal	10,3	14904
Usme	8,9	18600
Tunjuelito	8,9	5217
Bosa	7,9	34236
Kennedy	7,0	22776
Fontibón	7,1	10380
Engativá	6,9	19710
Suba	7,3	38074
Barrios Unidos	8,5	2288
Teusaquillo	8,2	1401
Los Mártires	8,3	1545
A. Nariño	8,7	2291
Puente Aranda	6,2	4858
Candelaria	8,7	1128
Rafael Uribe	9,3	13314
Ciudad Bolívar	9,5	22716
Sumapaz	7,0	386
Sin dato	8,3	6953
<b>Total Bogotá.</b>	<b>8,2</b>	<b>243.130</b>

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN

El comportamiento de este indicador por localidades, evidencia las cifras más altas de desnutrición global y por ende reflejan condiciones críticas en seguridad alimentaria y nutricional, como San Cristóbal [10.3], Ciudad Bolívar [9.5], Rafael Uribe [9.3], Usme y Tunjuelito [8.9] [Tabla 13].

#### Acciones 2010

- Mantenimiento de 281 Unidades Primarias Generadoras de Datos que cubre la vigilancia nutricional de menores de 10 años y gestantes, entre las que se incluyen el 100% de IPS públicas(138) y privadas (143) que atienden partos y que



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

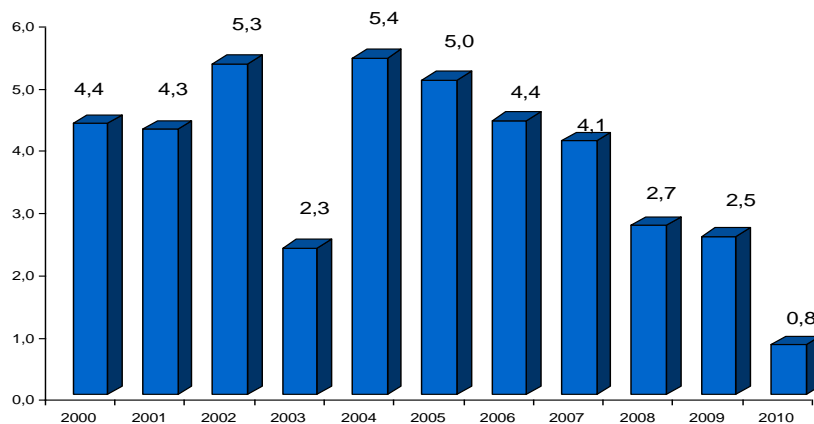
se requieren para la vigilancia del bajo peso al nacer y hacen parte de la red de vigilancia nutricional en Bogotá.

- Desarrollo de 2.209 investigaciones epidemiológicas de campo a niños y niñas menores de cinco años, identificados por el sistema con desnutrición con un porcentaje de recuperación del 83.7% medida a través de la ganancia de peso.
- Desde el ámbito escolar se realizó la suplementación con sulfato ferroso a 157.025 niños y niñas. De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 189,163 mujeres gestantes y lactantes y 457,264 menores de 12 años.
- Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, mediante el fortalecimiento de las estrategias Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones amigas de la mujer y la infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes. Se alcanzó un total de 8.273 madres gestantes y 7.188 madres lactantes, para apoyarlas en los temas referentes a la lactancia materna.

## 11. Tasa y número de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición crónica y aguda. Discriminado por Localidad.

La muerte por desnutrición es un hecho catastrófico en el que influyen las condiciones de vida de la familia. Por esta razón el análisis de cada uno de los eventos de muerte que se confirman por esta causa, deben incorporar diversos aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud. De igual manera la prevención de este tipo de mortalidad, convoca a un esfuerzo colectivo desde diferentes sectores.

Gráfico 8. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá D.C.



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2009: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

De acuerdo con las cifras reportadas por el Sistema de Información de Estadísticas Vitales, para el periodo 2005 al 2010 se evidencia una reducción en el número de casos pasando de 30 [5.4 por 100.000 menores de 5 años] a 5 casos [0.8 por 100.000 menores de 5 años] [Grafico 8]. Sin embargo es importante tener en cuenta que frente a este evento de alto impacto, se presenta subregistro de información por cuanto el poder identificar los casos de mortalidad por y asociada a deficiencias nutricionales dependen en primer lugar del reconocimiento claro del evento de desnutrición y su tipología, y en segundo lugar de un buen diligenciamiento del certificado de defunción.

Tabla 14. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá D.C.

LOCALIDADES	2010	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
Usaquen		
Chapinero		
Santafe		
San Cristóbal		
Usme	1	3,0
Tunjuelito		
Bosa		
Kennedy	3	3,4
Fontibon		
Engativa	1	1,5
Suba		
Barrios unidos		
Teusaquillo		
Mártires		
Antonio Nariño		
Puente Aranda		
Candelaria		
Rafael Uribe		
Ciudad bolívar		
Sumapaz		
Sin localidad		
Total Bogotá	5	0,8

FUENTE 2010: Bases de datos defunciones SDS.- Nacimientos DANE y RUAF preliminar  
Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

El comportamiento por localidad evidencia que el mayor número de casos en 2010 se presentó en Kennedy [n=3] con una tasa de 3.4 por 100.000 menores de 5 años y las localidades de Usme y Engativá [n=1] con un tasa de 3.0 y 1.5 por 100.000 menores de 5 años.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

de 5 años respectivamente [Tabla 14]. Este comportamiento obedece principalmente a la inadecuada alimentación de la gestante, la baja adherencia a servicios de salud con ausencia de controles prenatales que trae consigo la no suplementación necesaria para la gestante, aunado a la baja adherencia al control de crecimiento y desarrollo por parte de sus padres o cuidadores, inexistencia de una política laboral estatal que permita garantizar la lactancia exclusiva hasta los seis meses, vulnerabilidad de las viviendas donde habitan y la ausencia de servicios públicos.

#### Acciones 2010:

- Desde el ámbito escolar en los 160 jardines cubiertos por el programa, se benefició una población de 25.209 niños y niñas menores de cinco años, con los cuales se trabaja para la apropiación de las prácticas de cuidado cotidiano de todos los niños y niñas, como parte de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Se realizó la promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento de las estrategias, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes. Se alcanzó un total de 8.273 madres gestantes y 7.188 madres lactantes, para apoyarlas en los temas referentes a la lactancia materna. De igual forma se realizó la capacitación a 515 docentes y jardineras de los diferentes jardines infantiles privados y públicos que atienden a niños y niñas mayores de 2 años, en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Se realizó la suplementación con sulfato ferroso a 157.025 niños y niñas. De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 189.163 mujeres gestantes y lactantes y 457.264 menores de 12 años.

#### **12. Porcentaje y número de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos y tradicionales. Discriminado por localidad información requerida desde el año 2000 al 2010.**

Los métodos anticonceptivos son métodos que se usan prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Los métodos modernos son:

- métodos temporales: cuando se suspenden la mujer vuelve a ser fértil y puede quedar embarazada., entre ellos se encuentran: -los hormonales: píldoras anticonceptivas, implante sub-dérmico, inyectables, métodos de barrera como el condón.-Dispositivos: T de Cobre o Dispositivo Intrauterino DIU.
- Métodos definitivos: Ligadura de trompas, vasectomía.

26



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Métodos tradicionales: Ducha postcoital, lactancia materna y planificación familiar, entre otros.

El número de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos de 2000 a 2010 fueron 986.719 frente a 62.535 [6%] mujeres que usan métodos tradicionales. Se observa que el uso de los métodos tradicionales ha disminuido a través del tiempo; a partir de 2010 no se reportan mujeres que usan métodos tradicionales [fuente: información preliminar correspondiente a los tres trimestres de 2010] [Ver anexo 1], lo anterior se relaciona con: a partir de 2009 se incluyeron nuevos anticonceptivos en los planes de beneficios, aumento en las coberturas de afiliación a los diferentes regímenes, facilidades de acceso a los servicios de salud, así como fortalecimiento de actividades de promoción, prevención en temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

### **13. Población en situación de discapacidad por edad, sexo y tipo de discapacidad. Discriminado por localidad, información requerida desde el año 2000 a 2010.**

La Secretaría Distrital de Salud como ente rector debe garantizar el conocimiento de la situación de salud y calidad de vida de la población con discapacidad en Bogotá, D. C., como insumo para la planificación de actividades integrales que permitan transformar realidades adversas mediante políticas públicas construidas y fortalecidas con base en este conocimiento. Por esta razón se inició en el año 2005 el proceso de registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en el formulario DANE diseñado para este fin, caracterizando hasta el año 2007 un total de 176.592 personas. Adicionalmente entre 2008 y 2010 se han localizado y caracterizado un total de 10.042 (dato preliminar).

A finales del 2008 el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, hizo entrega de la información del registro de discapacidad para el Distrito Capital, correspondiente al periodo 2005-2007; con esta información se desarrollaron los análisis "Caracterización de la población con discapacidad" para el nivel Distrital y Local. sin embargo, debido a éste registro paso al Ministerio de la Protección Social. El cual entregó en 2011 los datos actualizados hasta el primer semestre de 2010, con el fin de depurar, procesar y analizar la información correspondiente al Distrito Capital y actualizar la caracterización de la población con discapacidad.

La fuente de información que se presenta a continuación se reporta de los formatos de control de registro de discapacidad, los cuales solamente contienen información de identificación de los usuarios registrados. Por tal razón no es posible discriminar la información por tipo de alteración.



Tabla 15. Población con discapacidad por Localidad y sexo. Bogotá D.C. 2005-2010.

LOCALIDAD	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
ANTONIO NARIÑO	1353	1,8%	2279	2,1%	3632	1,9%
BARRIOS UNIDOS	3056	4,0%	3802	3,4%	6858	3,7%
BOSA	6662	8,8%	10842	9,8%	17504	9,4%
CHAPINERO	1484	1,9%	1848	1,7%	3332	1,8%
CIUDAD BOLIVAR	5893	7,7%	6423	5,8%	12316	6,6%
ENGATIVA	5384	7,1%	6605	6,0%	11989	6,4%
FONTIBON	3328	4,4%	5365	4,9%	8693	4,7%
KENNEDY	10564	13,9%	17947	16,2%	28511	15,3%
LA CANDELARIA	516	0,7%	712	0,6%	1228	0,7%
LOS MARTIRES	1258	1,7%	1324	1,2%	2582	1,4%
PUENTE ARANDA	4149	5,5%	7286	6,6%	11435	6,1%
RAFAEL URIBE	7051	9,3%	12624	11,4%	19675	10,5%
SAN CRISTOBAL	5939	7,8%	7437	6,7%	13376	7,2%
SANTA FE	1634	2,1%	1852	1,7%	3486	1,9%
SUBA	5384	7,1%	6815	6,2%	12199	6,5%
SUMAPAZ	177	0,2%	185	0,2%	362	0,2%
TEUSAQUILLO	1414	1,9%	1617	1,5%	3031	1,6%
TUNJUELITO	2932	3,9%	4245	3,8%	7177	3,8%
USAQUEN	4285	5,6%	6647	6,0%	10932	5,9%
USME	3653	4,8%	4663	4,2%	8316	4,5%
<b>Total general</b>	<b>76116</b>	<b>100,0%</b>	<b>110518</b>	<b>100,0%</b>	<b>186634</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008. Formatos de control del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2011. (datos preliminares)

De acuerdo con la localidad de residencia se observa que la población con discapacidad registrada en el Distrito Capital pertenece en su mayoría a las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, tanto en hombres como en mujeres [Tabla 15]. Los porcentajes se refieren a la proporción de personas registradas en una localidad con relación a todas las personas registradas en el Distrito Capital. En cuanto a la población con discapacidad por sexo se observa que el 59% de la población total son mujeres y el 41% son hombres.



Tabla 16. Población con discapacidad por grupos de edad quinquenales y Localidad. Bogotá D. C. 2005-2010.

LOCALIDAD	EDAD EN AÑOS																Total general	
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79		80 y mas
ANTONIO NARIÑO	37	55	186	120	89	62	79	117	161	207	281	283	335	401	383	374	459	3629
BARRIOS UNIDOS	707	717	778	389	173	171	112	148	207	259	313	326	361	358	422	482	930	6853
BOSA	303	600	920	812	732	706	814	1024	1246	1499	1573	1568	1551	1422	1058	855	799	17482
CHAPINERO	420	289	237	162	145	162	127	140	145	148	162	176	190	193	187	177	272	3332
CIUDAD BOLIVAR	436	721	824	683	637	589	510	595	674	765	877	928	908	935	791	704	729	12306
ENGATIVA	189	463	584	481	505	494	477	585	687	759	746	742	833	942	1034	969	1479	11969
FONTIBON	153	263	334	291	318	344	340	430	468	553	629	730	781	794	766	662	822	8678
KENNEDY	409	695	983	958	862	775	937	1170	1538	1963	2629	2854	3036	2824	2553	2029	2267	28482
LA CANDELARIA	12	19	28	20	38	34	40	51	60	73	100	115	97	131	123	123	164	1228
LOS MARTIRES	42	71	91	86	68	78	87	101	127	156	162	163	202	232	254	267	395	2582
PUENTE ARANDA	87	147	213	257	386	367	286	341	513	702	896	1037	1246	1333	1274	1135	1194	11414
RAFAEL URIBE	221	456	560	586	541	502	497	652	977	1315	1702	1808	2107	2337	2036	1649	1712	19658
SAN CRISTOBAL	342	507	653	554	600	630	568	661	737	858	958	952	1052	1171	1086	967	1067	13363
SANTA FE	107	133	139	129	151	125	147	147	175	194	226	208	281	278	318	290	433	3481
SUBA	250	578	805	744	583	503	436	529	601	665	768	817	889	884	937	933	1268	12190
SUMAPAZ	10	30	28	8	10	14	11	22	20	23	28	26	31	31	29	24	16	361
TEUSAQUILLO	373	221	227	192	154	136	129	114	122	117	143	114	136	132	197	201	322	3030
TUNJUELITO	129	188	311	363	239	224	208	246	352	330	452	509	550	669	758	716	922	7166
USAQUEN	179	501	509	265	273	310	298	395	440	664	827	948	979	1090	1067	961	1211	10917
USME	170	351	438	421	383	332	306	392	470	591	682	727	759	702	630	481	471	8306
<b>Total general</b>	<b>4576</b>	<b>7005</b>	<b>8848</b>	<b>7521</b>	<b>6887</b>	<b>6558</b>	<b>6409</b>	<b>7860</b>	<b>9720</b>	<b>11841</b>	<b>14154</b>	<b>15031</b>	<b>16324</b>	<b>16859</b>	<b>15903</b>	<b>13999</b>	<b>16932</b>	<b>186427</b>

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008. Formatos de control del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2011. (datos preliminares)

Respecto a la población con discapacidad de acuerdo al grupo de edad es evidente que por encima de los 50 años la población con discapacidad aumenta, representando casi alrededor del 60% de la población registrada. Por consiguiente a mayor edad aumentan las personas con dicha condición. [Tabla 16].

#### 14. Primeras causas de morbilidad en la población por edad y género. Discriminado por Localidad, información requerida desde el año 2000 al 2010.

Se tiene como base la información de morbilidad general atendida, es decir los diagnósticos consolidados y reportados por los prestadores a través de las distintas atenciones prestadas por los servicios de consulta, hospitalización y urgencias, sobre las atenciones brindadas a la población pobre no asegurada (vinculada), población desplazada y atenciones No-POSS con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud, en cumplimiento con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000.

Estos datos son reportados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y procesados por la Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas. Los datos disponibles corresponden a los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 a 29 Diciembre 31, información preliminar. [Ver anexo 2].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

De acuerdo con los datos, observamos que para el año 2010, la Localidad que presenta la mayor frecuencia de atenciones por diagnóstico es Suba, con dolor abdominal (R103) y una frecuencia acumulada de 17.558 atenciones, predominando en mujeres entre 27 y 59 años con 8.349 atenciones.

En segundo lugar encontramos la Localidad de Kennedy, donde la hipertensión esencial (I10X) presenta una mayor concentración en la población mayor de 60 años. Otras localidades donde la Hipertensión se sitúa en los primeros lugares son Usaquén, Ciudad Bolívar y Bosa. En Ciudad Bolívar el grupo con las cifras más altas por Hipertensión se encuentra en el grupo de 27 a 59 años.

También encontramos dentro los primeros diagnósticos por frecuencia acumulada, códigos CIE-10 asociados a actividades de consulta odontológica y consulta médica. El empleo de los códigos Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, para efectos de la identificación de actividades en salud, en el marco de los modelos de atención del Distrito, evidencian un incremento en las actividades de promoción y prevención, ya que estos códigos son trazadores para estas actividades.

Las demás condiciones de salud (diagnósticos), presentan un comportamiento discreto, coherente con el perfil epidemiológico y demográfico de la ciudad, acorde con las dinámicas de salud del Distrito en sus distintos componentes.

#### **15. Tasa de mortalidad. Discriminado por localidad de residencia, edades y género año 2010.**

No se dispone de la respuesta, debido a que solo se ha recibido información en físico por parte del DANE y hasta el mes de septiembre de 2010, así mismo la información del aplicativo RUAF no ha sido codificada por el DANE ni unificadas las dos bases; por esta razón no contamos con la información del total de la mortalidad del año 2010.

#### **16. Prevención e incidencia de la población infectada por VIH/SIDA. Discriminado por Localidad, información requerida desde el año 2000 al 2010.**

El VIH/SIDA históricamente ha afectado principalmente a los grupos poblacionales con mayor actividad sexual por su relación con mayores factores de riesgo y vulnerabilidad para la transmisión del VIH y otras ITS-Infecciones de transmisión sexual, siendo la principal causa de transmisión del VIH la sexual, seguida por los no definidos y por último la transmisión perinatal.

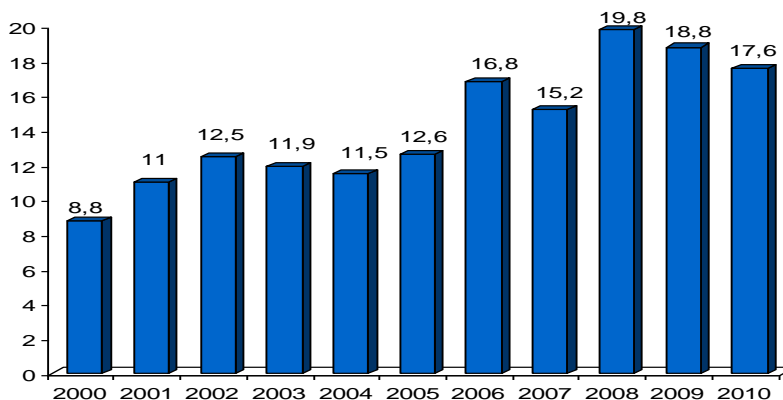
La principal complicación y causa de muerte entre las personas viviendo con VIH/SIDA son las coinfecciones, generadas por la disminución en la respuesta inmunológica relacionado con el avance de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría no presenta



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

coinfecciones, lo cual es compatible con los hallazgos en el estadio clínico de notificación, generando buenas expectativas para el tratamiento y calidad de vida de estas personas.

Gráfico 9. Proporción de incidencia de VIH por 100.000 habitantes en Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA 2000 a 2010

El comportamiento de la incidencia de VIH muestra una tendencia a la reducción pasando en 2008 de 19.8 por 100.000 habitantes a 17.6 por 100.000 habitantes en 2010. Encontrándose que entre los 20 y los 44 años de edad se agrupa el 78% de los casos, lo cual indica que la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente, impactando en el número de años de vida saludable perdidos y en la expectativa de vida [Gráfico 9].

Tabla 17. Proporción de incidencia de VIH por 100.000 habitantes en Bogotá D.C.

LOCALIDAD	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI	casos	PI
ANTONIO NARINO	0	0,0	0	0,0	12	11,4	18	17,0	8	7,5	13	12,2	56	52,3	15	14,0	33	30,6	32	29,6	23	21,3
BARRIOS UNIDOS	0	0,0	0	0,0	27	12,6	28	12,9	25	11,3	33	14,7	13	5,7	45	19,7	33	14,3	45	19,4	29	12,5
BOSA	0	0,0	0	0,0	23	5,1	30	6,5	29	6,0	51	10,3	34	6,7	46	8,8	80	14,8	80	14,4	80	14,1
CANDELARIA	0	0,0	0	0,0	12	50,0	7	29,2	6	25,0	14	58,4	1	4,2	14	58,2	1	4,2	0	0,0	29	120,2
CHAPINERO	0	0,0	0	0,0	31	25,0	51	40,9	51	40,6	46	36,4	127	99,7	60	46,7	85	65,5	77	58,8	80	60,5
CIUDAD BOLIVAR	0	0,0	0	0,0	39	7,4	71	13,1	31	5,6	40	7,0	15	2,6	63	10,6	118	19,5	87	14,1	72	11,5
ENGATIVA	0	0,0	0	0,0	78	10,2	67	8,6	86	11,0	89	11,2	25	3,1	120	14,8	165	20,1	153	18,5	135	16,1
FUERA BOGOTA	2	NA	0	NA	46	NA	56	NA	0	NA	202	NA	0	NA	153	NA	141	NA	141	NA	108	NA
FONTIBON	0	0,0	0	0,0	28	10,3	24	8,5	22	7,6	43	14,4	1	0,3	31	9,9	50	15,5	64	19,4	67	19,8
KENNEDY	0	0,0	0	0,0	60	6,8	82	9,0	56	6,0	85	9,0	103	10,7	87	8,9	146	14,8	133	13,3	167	16,5
MARTIRES	0	0,0	0	0,0	31	32,7	24	25,2	12	12,6	32	33,4	123	127,8	37	38,3	46	47,5	42	43,2	34	34,8
PUENTE ARANDA	0	0,0	0	0,0	25	9,6	22	8,5	25	9,7	34	13,2	26	10,1	40	15,5	36	14,0	47	18,2	52	20,1
RAFAEL URIBE URIBE	0	0,0	0	0,0	23	6,1	31	8,2	46	12,2	30	8,0	43	11,4	63	16,7	80	21,2	74	19,6	67	17,7
SAN CRISTOBAL	0	0,0	0	0,0	43	11,8	60	16,4	53	14,5	39	9,5	45	11,0	71	17,3	96	23,4	62	15,1	79	19,3
SANTA FE	0	0,0	0	0,0	28	25,2	65	58,9	47	42,8	40	36,5	3	2,7	48	43,8	64	58,3	80	72,8	37	33,6
SIN DATO	553	NA	702	NA	181	NA	7	NA	46	NA	50	NA	0	NA	39	NA	36	NA	18	NA	23	NA
SUBA	0	0,0	0	0,0	69	8,2	53	6,1	85	9,5	87	9,5	229	24,3	131	13,5	169	17,0	155	15,2	148	14,2
SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TEUSAQUILLO	0	0,0	0	0,0	46	33,8	25	18,2	23	16,7	23	16,5	125	89,2	48	34,0	41	28,7	58	40,3	49	33,8
TUNJUELITO	0	0,0	0	0,0	19	9,3	17	8,4	38	18,8	17	8,4	59	29,2	36	17,8	43	21,3	43	21,3	27	13,4
USAQUEN	0	0,0	0	0,0	25	5,8	68	15,6	59	13,4	78	17,5	137	30,5	45	9,9	54	11,7	69	14,8	55	11,7
USME	0	0,0	0	0,0	8	2,8	34	11,8	21	7,2	20	6,7	0	0,0	32	9,9	40	11,9	43	12,3	43	11,8
TOTAL BOGOTA	553	8,8	702	11,0	808	12,5	784	11,9	769	11,5	865	12,6	1165	16,8	1071	15,2	1416	19,8	1362	18,8	1296	17,6

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública-SIVIGILA 2000 a 2010



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Las localidades que presentan en 2010 un mayor número de casos son Kennedy [167], Suba [148] y Engativá [135]. Caso contrario ocurrió con la localidad de Sumapaz donde no registró ningún caso en 2010. El comportamiento positivo de esta localidad se evidencia desde el año 2006, posiblemente relacionado con factores demográficos y socio culturales; precisando que hay un riesgo en la administración de la información a nivel de identificación, registro y reporte desde la UPGD. [Tabla 17].

#### Acciones 2010

- Fortalecimiento de la ruta de atención, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes con un servicio humanizado y centralizado en la entrega de antirretroviral para VIH positivos en cuatro IPS de III nivel de atención [Hospital Simón Bolívar, Hospital Tunal, Hospital Santa Clara y Hospital de Kennedy].
- Se continuó con la prestación del servicio por medio de una red fortalecida, garantizando el acceso universal a la atención integral en VIH/Sida a la población en general, gracias a la ruta estandarizada que garantiza la disponibilidad, acceso y adherencia a la terapia antirretroviral y de emergencia en las 22 ESE del Distrito Capital.
- Durante el 2010 se continuó con las instituciones que conforman la red Distrital de VIH, la identificación de las redes sociales de apoyo existentes en las que se incluyen las ONG, fundaciones, organizaciones de base comunitaria, red de personas con VIH y sus familias, que incentivan la creación y organización de nuevas redes y propende por su articulación e integración a la política y su participación en el diseño, implementación, evaluación y control social para asegurar el cumplimiento de esta política.
- Promoción y coordinación para lograr la articulación de todos los sectores que tienen responsabilidad social en el control de VIH.
- Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis Gestacional y Congénita e Hipotiroidismo Congénito. Se tamizaron 14.088 gestantes de las cuales se diagnosticaron 15 casos VIH.
- Se realizaron asesorías a las IPS para el cumplimiento de la estrategia de "Disminución de la transmisión vertical de VIH", con el fin de realizar acciones de prevención de la coinfección VIH-TB (tuberculosis), al igual que con exámenes de laboratorio y vigilancia epidemiológica.
- Se fortaleció la demanda inducida hacia la asesoría pre-prueba de VIH a gestantes no aseguradas. Socialización de las guías de manejo maternas en el nivel institucional en los diferentes espacios de capacitación de cada ESE.
- Se garantizó el acceso a asesoría, realización de prueba, entrega de resultado y canalización a programa de atención integral de los casos positivos en población gestante no asegurada en el 100% de las ESE.



Tabla 18. Estudios de prevalencia en población general realizados en Bogotá D.C.

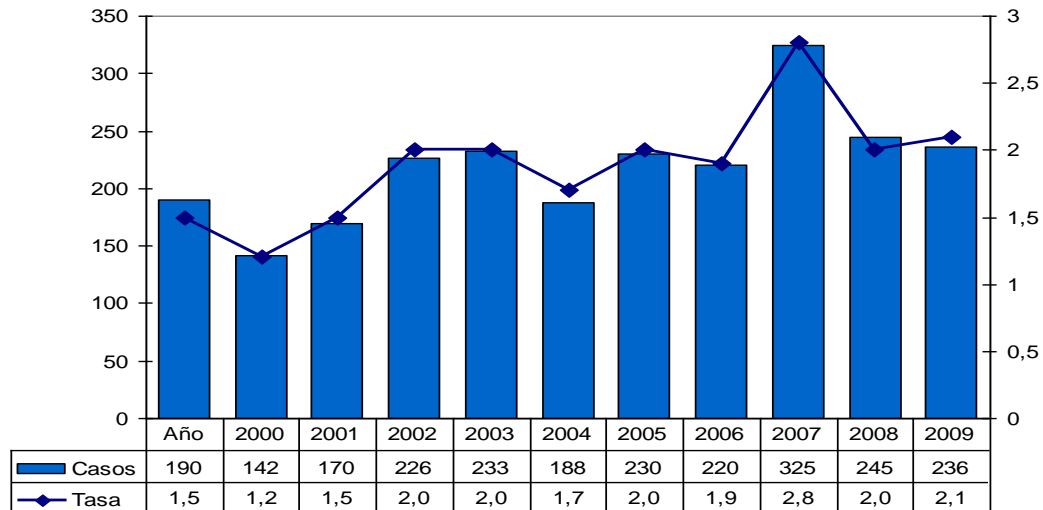
Poblacion	Año	Prevalencia	Institucion
Poblacion general	2004	0,70%	Instituto Nacional de Salud - Secretaria Distrital de Salud
Mujeres gestantes	2009	0,04%	Instituto Nacional de Salud - Secretaria Distrital de Salud

Fuente: Estudios centinela INS SDS.

La única fuente específica de prevalencia en las poblaciones, es la definida por los estudios centinela que realizan las principales ciudades del país en conjunto con el Instituto Nacional de Salud. Los últimos dos estudios realizados para población general fue en el año 2004; en 2007 se hizo el estudio en mujeres gestantes, la cual se definió como población espejo. Esta información es generada como ciudad y no permite la discriminación por localidad. [Tabla 18].

### 17. Porcentaje y número de población con sífilis congénita. Discriminado por localidad, información requerida desde el año 2000 al 2010.

Gráfico 10. Casos y Tasa de notificación de sífilis congénita en Bogotá D. C.



Fuente. SIVIGILA. Secretaría Distrital de Salud-Año 2007-2009 Nacidos Vivos: Bases de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales, 2010 Datos preliminares.

El comportamiento de la Sífilis Congénita en el Distrito Capital, muestra ascendencia sostenida de la tasa con un pico máximo desde el año 2000 [1.5 por 1.000 nacidos vivos] a 2006 [1.9 por 1.000 nacidos vivos], con un pico máximo en 2007 [2.8 por 1.000 nacidos vivos] y un descenso en el año 2009 [2.0 por 1.000 nacidos vivos]. De igual forma en el año 2010 la tasa de sífilis congénita fue de 2.1 por 1.000 nacidos vivos,<sup>33</sup>



tasa que supera la meta establecida en el Plan Nacional de Eliminación de la Sífilis Congénita 2009-2015 ( 0,5 casos por 1000 nacidos vivos). [Gráfico 10]

Lo anterior, confirma que ésta problemática está fuertemente ligada a la estructura fragmentada del sistema de salud, por problemas de aseguramiento que limitan la demanda oportuna a los servicios por parte de la gestante y por ende acciones en el tratamiento integral y continuo a la mujer gestante y su pareja sexual, generando mayor riesgo de transmisión vertical por reinfección. Así mismo, la falta de seguimiento de la gestante y/o del recién nacido para garantizar la administración oportuna y completa del tratamiento inciden en la presentación del evento. Adicionalmente, se encuentran otros elementos relacionados, tales como la inequidad de género, lo cual conlleva una pobre negociación en el uso del preservativo y la dificultad del diálogo entre las parejas sobre salud sexual y reproductiva, especialmente cuando se trata de Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] que socialmente están fuertemente estigmatizadas, esto reforzado con bajos niveles académicos y dificultades económicas en la población más afectada por esta enfermedad.

Tabla 19. Distribución de casos y tasa de notificación de sífilis congénita por localidad de residencia Bogotá D.C. - Año 2000- 2010

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA																						
DISTRIBUCION DE CASOS Y TASA DE SIFILIS CONGENITA POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA																						
AÑOS 2000-2010																						
LOCALIDAD RESIDENCIA	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
USAQUEN	13	0,2	2	0,3	10	1,7	12	2,1	9	1,6	8	1,4	7	1,2	5	0,8	12	1,9	10	1,6	4	0,7
CHAPINERO	1	0,1	2	1,0	4	2,0	7	3,5	9	5,2	5	2,8	3	1,7	4	2,2	2	1,2	1	0,5	0	0,0
SANTAFE	16	0,6	2	0,8	21	7,9	29	10,8	36	14,7	26	11,0	18	7,4	21	9,5	25	12,2	16	8,9	16	10,7
SAN CRISTOBAL	38	0,4	1	0,1	22	2,5	28	3,6	32	4,2	33	4,3	35	4,5	32	4,0	44	5,8	37	4,7	41	5,9
USME	6	0,1	0	0,0	4	0,6	6	1,0	10	1,6	7	1,2	8	1,3	4	0,6	19	2,9	12	1,7	12	2,2
TUNJUELITO	39	0,9	0	0,0	5	1,3	8	1,9	9	2,1	3	0,7	9	2,2	3	0,8	6	1,6	9	2,5	4	1,4
BOSA	6	0,1	0	0,0	5	0,5	30	3,2	19	1,9	16	1,7	20	2,1	12	1,2	29	2,6	21	1,7	11	1,1
KENNEDY	8	0,1	0	0,0	17	1,3	17	1,3	18	1,3	17	1,2	33	2,3	23	1,5	30	1,9	30	1,8	26	1,6
FONTIBON	5	0,1	6	1,3	4	0,8	7	1,4	2	0,4	3	0,6	3	0,6	2	0,4	8	1,6	4	0,7	6	1,4
ENGATIVA	12	0,1	84	6,4	11	0,9	16	1,3	18	1,4	15	1,2	9	0,7	20	1,7	17	1,5	11	1,0	14	1,5
SUBA	18	0,1	35	2,5	16	1,1	14	1,0	19	1,3	12	0,8	17	1,1	13	0,8	24	1,5	29	1,8	20	1,3
BARRIOS UNIDOS	3	0,1	0	0,0	2	1,0	1	0,6	3	1,9	1	0,7	2	1,1	7	3,9	1	0,6	2	1,2	2	1,2
TEUSAQUILLO	0	0,0	2	1,0	3	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,5	4	3,3	3	2,3	0	0,0	0	0,0
LOS MARTIRES	11	0,7	0	0,0	7	5,1	4	2,4	8	4,7	8	5,0	11	7,1	11	7,5	18	12,6	13	10,9	0	0,0
ANTONIO NARIÑO	0	0,0	1	0,6	1	0,8	6	5,6	3	2,6	1	0,9	1	0,9	3	2,6	3	2,4	5	4,7	5	4,1
PUENTE ARANDA	1	0,0	3	0,7	5	1,3	2	0,5	2	0,5	4	1,0	7	1,7	5	1,2	7	1,9	1	0,3	8	2,3
LA CANDELARIA	0	0,0	1	2,2	4	6,9	4	20,9	0	0,0	3	18,4	3	18,8	4	17,5		0,0	0	0,0	0	0,0
RAFAEL URIBE URIBE	6	0,1	0	0,0	10	1,4	14	2,1	10	1,5	12	1,7	22	3,3	24	3,5	27	3,8	24	3,4	28	4,0
CIUDAD BOLIVAR	7	0,1	3	0,3	18	1,8	14	1,3	11	1,0	10	0,9	14	1,3	17	1,5	49	4,1	19	1,6	39	3,5
SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	1	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
SIN DATO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	2,3	15	4,9	4	1,7	5	1,8	6	3,4	1	1,5	1	0,5	0	0,0
TOTAL	190	1,5	142	1,2	170	1,5	226	2,0	233	2,0	188	1,7	230	2,0	220	1,9	325	2,8	245	2,0	236	2,1

Fuente. SIVIGILA. Secretaria Distrital de Salud-Año 2007-2009 Nacidos Vivos: Bases de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales, Año 2010 Datos preliminares.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Al revisar el comportamiento de la Sífilis Congénita por localidad de residencia en Bogotá, se observa que en el año 2010 las localidades con mayor tasa de incidencia de sífilis congénita son en su orden: la localidad de Santafé (tasa 10.7 x 1.000 nacidos vivos), San Cristóbal (tasa de 5.9 x 1.000 nacidos vivos), Antonio Nariño (tasa de 4.1 x 1.000 nacidos vivos), Rafael Uribe (tasa de 4.0 x 1.000 nacidos vivos), Ciudad Bolívar con una tasa de 3.5 x 1.000 nacidos vivos, Kennedy [1.6 x 1.000 nacidos vivos], Suba [1.3 por 1.000 nacidos vivos], al igual que Usme [2.2 por 1.000 nacidos vivos] y Bosa [1.1 por 1.000 nacidos vivos] presentan una tasa que es superior a la meta Nacional de eliminación de la Sífilis Congénita 2009-2015 (tasa de 0.5 x 1000 nacidos vivos) [Tabla 19]. Es importante anotar que las localidades de Bosa, Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Suba, Santafé y Antonio Nariño, son localidades que concentran la población más pobre de la ciudad y por debajo de la línea de indigencia, razón por la cual son consideradas como de emergencia social ya que albergan población en condiciones de vulnerabilidad, gran población desplazada procedente de diferentes zonas del país, en donde confluyen múltiples culturas, con creencias propias de sus regiones, que unido al desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y a las bajas condiciones socioeconómicas limitan el acceso oportuno a los servicios de salud, así mismo por su cultura no consideran necesario acudir en forma temprana a una institución de salud y demanda atención en forma tardía; así mismo se identifica entre las limitaciones en la dificultad que tienen los contactos para el acceso a servicios de salud, básicamente por problemas de aseguramiento, constituyéndose en una barrera de acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de estos, generando reinfecciones en la gestante y por ende incidiendo en la transmisión vertical madre –hijo.

Finalmente las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Mártires, Candelaria y Sumapaz no notificaron casos en el año 2010, situación que puede obedecer a que la población acude oportunamente a los servicios de salud asegurando el diagnóstico y tratamiento oportuno en la gestante.

#### **18. Número de personas atendidas por causa de alta contaminación sonora y visual entre otras características. Discriminado por localidad, información requerida desde el año 2000 al 2010.**

Se tiene como base la información de morbilidad general atendida y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 Capítulo VIII. La fuente de los datos corresponde a los reportados por los prestadores a través de las distintas atenciones prestadas por los servicios de consulta, hospitalización y urgencias, sobre las atenciones brindadas a población pobre no asegurada (vinculada), población desplazada y atenciones No-POSS con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud, en cumplimiento con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Los datos disponibles corresponden a los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 a Diciembre 31, información preliminar. [Ver anexo 3]

En relación a las atenciones potencialmente atribuibles a contaminación sonora y visual, tenemos que para el año 2010 se registran 20.978 atenciones, donde las localidades de Ciudad Bolívar, Usaquén y San Cristóbal, registran las cifras más altas de hipoacusia (H919) y está presente como causa de consulta en todas las localidades de Bogotá. La hipoacusia es la disminución del nivel de audición por debajo de lo normal, lo cual constituye un motivo habitual de consulta y es especialmente frecuente en la población adulta mayor, oscilando entre el 28% en los mayores de 65 años.

Con frecuencia, conduce a discapacidad con importantes secuelas tanto físicas como psicológicas. La contaminación sonora en Bogotá tiene como principales fuentes, la circulación de vehículos, las industrias que se encuentran dentro de espacios urbanos y las zonas comerciales y a nivel de los hogares, la televisión, los juegos de video y los artículos electrónicos reproductores de audio.

La hipoacusia más común es la moderada, donde la pérdida de la capacidad auditiva está entre 35 y 60 decibeles. También encontramos la presbiacusia (H911) y el tinitus (H931), que tienen relación directa con la contaminación sonora en el Distrito.

### **19. Esperanza de vida al nacer total hombres y mujeres: actual y proyecciones a 2015.**

La esperanza de vida al nacer en Bogotá periodo 2000-2005: para hombres 70,17 años, para mujeres 76,45 años y para ambos sexos 73,23 años.

La esperanza de vida al nacer en Bogotá periodo 2006-2010: para hombres 71,77 años, para mujeres 77,61 años y para ambos sexos 74,62 años.

La esperanza de vida al nacer en Bogotá periodo 2011-2016: para hombres 72,52 años, para mujeres 78,92 años y para ambos sexos 75,64 años.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), proyecciones demográficas para Bogotá D.C.

### **20. Número de personas atendidas en la red hospitalaria. Especificando la frecuencia de atención discriminado por hospital.**

La información sobre las atenciones brindadas a población pobre no asegurada, desplazada y atenciones No-POSS con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud, corresponde a los datos reportados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y procesados por la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Los datos disponibles corresponden a los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 a Diciembre 31, información preliminar. [Ver anexos 4]

Se presenta la información acumulada teniendo en cuenta la información reportada de las atenciones prestadas durante el año 2009, tanto por las veintidós (22) Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, como de los prestadores de servicios de salud privados que prestan sus servicios con cargo al FFDS.

Desde el año 2004 al año 2010, las veintidós (22) Empresas Sociales del Estado, han reportado para la población ya mencionada, un total de 51.104.471 atenciones que incluyen actividades, procedimientos e intervenciones de consulta, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones, entre otras, con una concentración general de 7,3 atenciones por individuo que demandó servicios de salud.

En el caso particular del año 2010, observamos que el Hospital que reportó más atenciones fue Kennedy con 340.941 atenciones, brindadas a 36.662 individuos con una concentración de 9,3 actividades por paciente. El mayor volumen de atenciones esta relacionado con el nivel de complejidad donde encontramos dentro de los primeros cinco (5) hospitales, cuatro (4) de tercer nivel. El único de primer nivel de atención que registró un volumen importante de atenciones fue el Hospital de Sur, situándose en segundo lugar por debajo de Kennedy con 324.897 atenciones.

El Hospital de segundo nivel que más atenciones registró fue la Empresa Social del Estado San Blas, que durante el 2010, alcanzo las 195.541 actividades.

Dentro de los hospitales que registraron menor número de atenciones están Vista Hermosa con 66.598, Usaquén con 60.902 y Nazareth con 12.370. La concentración acumulada del año 2010 llegó a las 7,3 actividades por individuo.

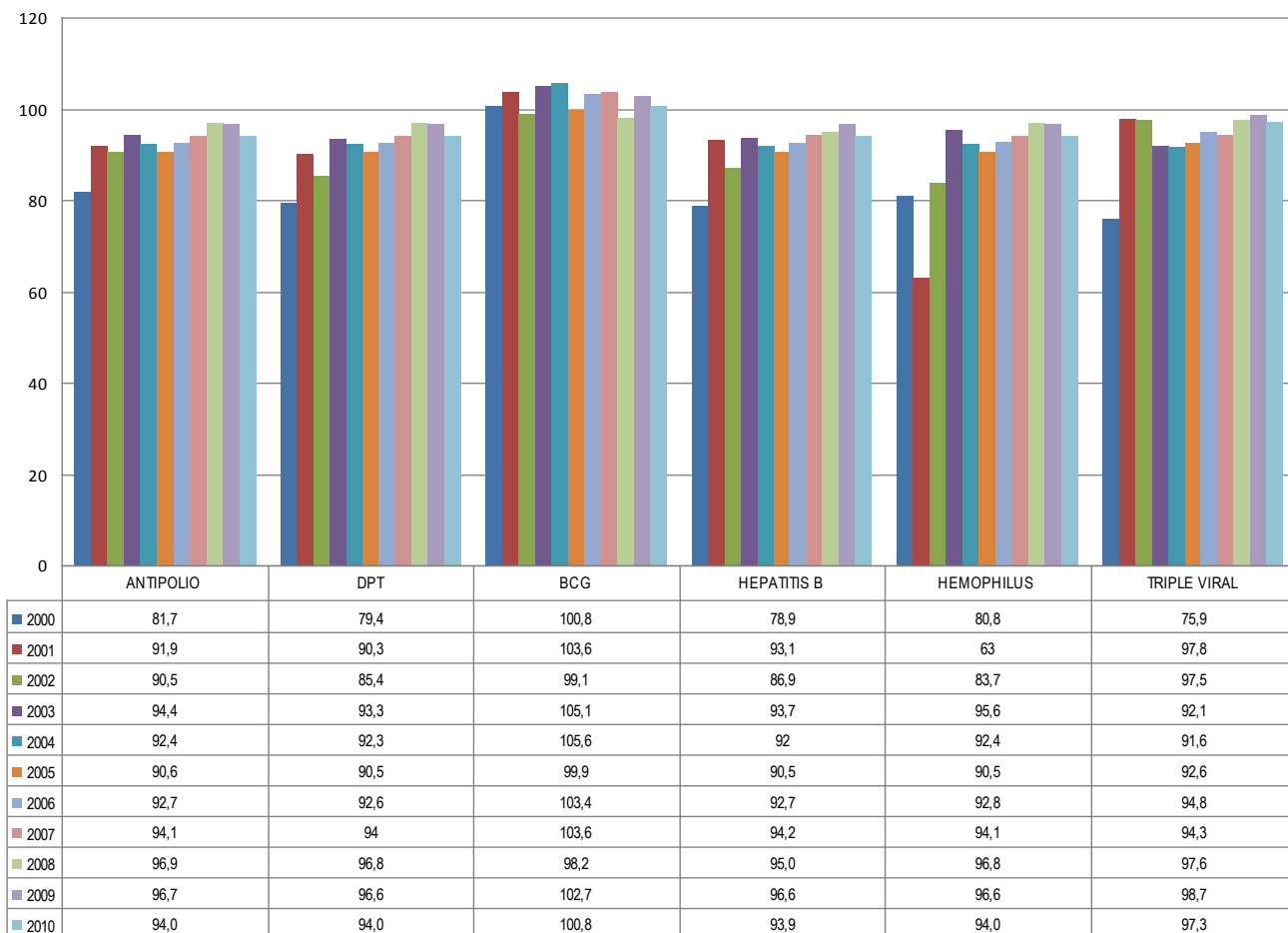
## **21. Número de vacunas aplicadas y cobertura de vacunación por grupo de edades de Antipolio, DPT, BCG (tuberculosis), Triple Viral, Hepatitis B, Haemophilus influenza tipo B. Discriminado por localidad, información requerida desde el año 2000 al 2010.**

El cubrimiento del esquema de vacunación a los niños y niñas permite la no ocurrencia de eventos no deseados en salud, para esta población, considerada vulnerable y de especial protección con el fin de garantizar individuos sanos y productivos a la sociedad. La mayoría de vacunas protegen de enfermedades específicas, pero también hay otras que combinadas protegen más de una enfermedad, es el caso de la vacuna triple viral [sarampión, parotiditis y rubéola] o la vacuna pentavalente [difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y Haemophilus influenza tipo B].

37



Gráfico 11. Cobertura de vacunación por biológico



Fuente: Proyecciones de Población DANE, censo 2005

Fuente Población Sumapaz: Censo 2002 -Acta Consejo local de Gobierno Sumapaz 30/01/03

NOTA: La distribución por localidad y edad se realizó una simulación estadística con base en los resultados del censo 2005. Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

En el desarrollo de las metas del PAI-Programa Ampliado de Inmunizaciones, la Secretaría Distrital de Salud, mantiene su liderazgo a nivel nacional, dado su eficiente cubrimiento en el desarrollo del programa, manteniendo coberturas útiles por encima del 95% en todos los biológicos y del 94% en 2010. [Gráfico 11] [Ver anexo 5]. De igual forma en 2010, por lineamiento del Ministerio de la Protección Social se realizaron jornadas de vacunación masiva durante gran parte del año (marzo a noviembre), así:



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Jornada de vacunación contra la influenza AH1N1 desarrollada de marzo a junio y dirigida a profesionales de la salud, gestantes, adulto mayor, personas con riesgo clínico, niños y niñas menores de 23 meses con patologías de riesgo clínico, en esta jornada se aplicaron 310.315 dosis.
- Jornada de vacunación contra el sarampión y rubéola dirigida a niños y niñas de 1 a 8 años de edad. Esta jornada masiva fue desarrollada de abril a diciembre donde se vacunaron 801.716 niños y niñas de 1 a 8 años.
- Vacunación contra la influenza a 109,718 niños y niñas de 6 a 35 meses de edad de los cuales 78,089 han completado el esquema con la aplicación de la segunda dosis.

#### Acciones 2010:

- Vacunación permanente en los 350 puntos de Bogotá.
- Vacunación a través de la estrategia extramural casa a casa, jardines, seguimiento a cohortes, horarios extendidos.
- Ejecución de las actividades de gestión y administración del programa en el 100% de las ESE que incluye asesoría y asistencia técnica en las IPS públicas y privadas, seguimiento al cumplimiento de las metas por cada biológico entre otras.
- Demanda inducida en IPS de manera telefónica y por los diferentes servicios (crecimiento y desarrollo, odontología, pediatría, medicina general entre otras).
- Demanda inducida hacia los servicios de vacunación de la población que a noviembre no habían recibido a la edad adecuada tercera dosis de polio y/o estaban pendientes por la dosis de sarampión y rubéola desde el Call Center contratado por el nivel central, seguimiento del uso adecuado de los insumos del programa (vacunas, jeringas, carnés entre otros).
- Capacitación permanente sobre los biológicos y procedimientos del programa de vacunación a las auxiliares vacunadoras de las IPS, equipo extramural y centros de acopio.
- Visitas de asesoría y asistencia técnica desde el nivel central a las IPS con bajo cumplimiento en todos los biológicos del programa.
- Reuniones semanales con los gerentes de las ESE para presentar avances del programa regular de vacunación y las jornadas.
- Se realizó la culminación del proceso de evaluación y certificación de la competencia laboral denominada "administrar inmuno biológicos de acuerdo con la normatividad vigente.



## 22. Principales proyectos para el aumento de coberturas en vacunación, especificando los recursos asignados y ejecutados años 2009 y 2010. Discriminado por localidad y género.

El proyecto de inversión en donde se encuentra incluido el Programa Ampliado de Inmunizaciones se denomina "Niñez Bienvenida y Protegida", a través del cual se asignan los recursos para la operación del programa en el nivel local y central.

Después de realizarse el estudio pre-introductorio, Bogotá se convirtió en la primera ciudad en incluir la vacuna contra el neumococo para todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de octubre de 2008 con residencia habitual en Bogotá. Para el 2010 se presentó una cobertura de 93,2% de cumplimiento que corresponde a 110.939 niños y niñas con el esquema de vacunación contra neumococo - aplicación del refuerzo al año de edad.

A continuación se relacionan los recursos ejecutados en el nivel local y central

Tabla 20. Recursos a nivel central y local

Recursos	Año 2009	Año 2010
<b>Distribución por localidad</b>		
Hospital Engativa	435.205.662	491.609.912
Hospital Fontibón	575.868.285	671.777.464
Hospital Tunjuelito	369.738.788	414.758.962
Hospital Centro Oriente	419.157.563	516.238.099
Hospital Chapinero	717.083.245	686.185.714
Hospital Suba	724.013.072	926.243.766
Hospital Usaquén	554.658.932	538.202.554
Hospital Usme	584.740.522	649.159.513
Hospital del Sur	827.393.811	1.356.263.414
Hospital Nazareth	101.396.023	114.255.236
Hospital Pablo VI Bosa	609.345.801	740.741.830
Hospital San Cristóbal	573.032.855	630.368.259
Hospital Rafael Uribe Uribe	629.264.656	720.955.979
Hospital Vista Hermosa	678.500.828	743.196.498
Sub-total	<b>7.799.400.043</b>	<b>9.199.957.200</b>
<b>Distribución a nivel central</b>		
Comunicaciones	500.445.760	741.166.549
Vacuna contra el Neumococo	7.326.828.000	11.278.012.581
Vacuna contra la Hepatitis A	583.032.870	2.570.967.000
Red de frío	2.458.000	50.874.569
Estudios preintrodutorios	-	49.567.580
Talento humano	-	377.018.667



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Recursos	Año 2009	Año 2010
Estrategias-Call Center	-	154.000.000
Sub-total	<b>8.412.764.630</b>	<b>15.221.606.946</b>
Total	<b>16.212.164.673</b>	<b>24.421.564.146</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud pública

El Programa Ampliado de inmunizaciones-PAI no asigna recursos de acuerdo con el género poblacional, teniendo en cuenta que el indicador trazador mundial, nacional y distrital para evaluación del cumplimiento de las metas incluye niños y niñas vacunados acorde con la edad y el biológico.

### **23. Acciones realizadas y resultados alcanzados en la prevención de embarazos en mujeres adolescentes, especificando los recursos asignados y ejecutados años 2009 y 2010. Discriminado por Localidad.**

Acciones:

Ámbito Familiar

- A través del ámbito familiar se continuó con las intervenciones de caracterización, seguimiento y mantenimiento de los micro-territorios de los equipos de Salud a su Casa, donde se desarrollan actividades, como los núcleos de gestión de la salud; estos espacios se realizan bimensualmente con familias e individuos de un territorio con el fin de realizar la intervención de educación y asesoría en temas relacionados con la prevención del embarazo en adolescentes, fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales en la familia con adolescentes, con el propósito de fomentar las buenas relaciones y los factores familiares protectores, como la importancia de los valores y el fortalecimiento de la autoestima en los niños niñas y adolescentes. De igual forma se enfatiza sobre la importancia de asistir al programa de regulación de la fecundidad, con orientación y canalización a estos programas.
- Se realizó la identificación de las mujeres gestantes en los territorios de Salud a su Casa para vincularlas oportunamente al programa de control prenatal y preparación para la maternidad, con el fin de aportar a la disminución de la mortalidad materna.
- Se continuó con el desarrollo de una segunda actividad, que busca dar respuesta indirecta a esta intervención relacionada con las actividades educativas casa a casa que realizan diariamente los promotores de Salud a su Casa con las familias. En estas visitas se orientan a la población en edad fértil [incluidos los y las adolescentes] sobre la importancia de prevenir el embarazo en edades entre los 10 y 19 años, portafolios de servicios y programas de planificación familiar que tienen los hospitales de la red y sobre la forma como pueden acceder o solicitarlos.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

### Ámbito Escolar:

Desde el programa salud al colegio se crea una alianza intersectorial con la Secretaría de Educación, con el fin de implementar procesos de salud escolar que promuevan la participación de las comunidades educativas, potenciando el papel de la escuela como espacio de producción de una cultura de la salud, la convivencia, el auto cuidado y el afecto.

### Acciones

- Se realizó el abordaje de 470 sedes de colegios distritales y 8 instituciones de educación superior (IES), para el desarrollo de estrategias que facilitan el reconocimiento y apropiación de los Derechos Humanos y de la salud sexual y reproductiva y promueven la transformación de imaginarios sociales asociados a la vivencia de la sexualidad, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población infantil, adolescente y joven. De esta manera se promueve la vivencia de una sexualidad responsable que favorezca el desarrollo de la autonomía, incluyendo la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, además de la prevención del embarazo no planeado y el abuso sexual.
- Las temáticas priorizadas y desarrolladas son abordadas a través de diversas metodologías como grupos focales, conversatorios, cuadros teatrales, obras de teatro, cartografía, cine foro y talleres, entre otros, a través de las cuales se ha dado prioridad a la prevención del embarazo en adolescente, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, y temas de salud sexual y reproductiva.
- Desde la "Línea 106: al alcance de los niños, las niñas y los adolescentes", como un espacio de comunicación telefónica tiene como propósito promover el buen trato y la salud mental en Pro de la población infantil, prevenir y atender las diferentes expresiones de violencia, ante la invisibilidad de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, brindando orientación psicológica inmediata, apoyo psicosocial, y garantiza la atención integral en salud y las acciones de protección y denuncia; a su vez, activa la ruta de atención integral desde la perspectiva de derechos.

### Ámbito Institucional:

- Los servicios Amigables para adolescentes y jóvenes se constituye en una estrategia para reorganizar los servicios de salud, de tal manera que contribuya a responder las necesidades en salud de este grupo poblacional, disminuyendo las barreras de acceso y facilitando la orientación y la toma de decisiones responsables frente a la salud sexual y reproductiva, el auto cuidado y los derechos sexuales y reproductivos.
- Actualmente, la Secretaría Distrital de Salud, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) realiza el acompañamiento y42





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

asesoría a las Empresas Sociales del Estado que conforman la Red Pública, con el fin de implementar los servicios Amigables para adolescentes y jóvenes, como estrategia para impactar los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Se realizó el acompañamiento a las 14 ESE de I nivel de la Red Pública a través de las siguientes acciones:

- Capacitación a profesionales en el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (221 profesionales)
- Conformación de grupos funcionales y elaboración de plan de trabajo para los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (Local y Distrital).
- Construcción de propuestas, retroalimentación y seguimiento de implementación Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en cada ESE.
- Frente a la promoción de uso de métodos de regulación de la fecundidad, al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se brindan conocimientos científicos a profesionales del área asistencial para fortalecer la asesoría en salud sexual y reproductiva y anticoncepción, la oferta de métodos modernos y seguros y, acompañamiento a los usuarios y usuarias en la elección libre, responsable y voluntaria de un método anticonceptivo.

Ámbito Comunitario:

- Se realizaron acciones dirigidas a grupos comunitarios de pre-adolescentes y adolescentes, incluyendo prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual, así como formación en derechos sexuales y reproductivos, dirigidos a movilizar conocimientos, relaciones, prácticas con el fin de generar iniciativas desde un enfoque diferencial, y desde la operación en redes sociales que potencien su voz en los servicios de salud. De igual forma se llevó a cabo la planeación y ejecución de una movilización social que generó un acercamiento frente a los servicios de salud y de apoyo social y la exigibilidad de sus derechos.

Resultados alcanzados

Ámbito familiar:

Los equipos básicos de salud familiar y comunitaria, durante 2010 realizaron 42.364 actividades de información, educación, consejería, a familias para la prevención del embarazo en adolescentes en los territorios de Salud a su Casa.

- Se han fomentado las buenas relaciones intergeneracionales y los factores familiares protectores con la importancia de los valores y el fortalecimiento de la autoestima en los niños, niñas y adolescentes.
- Se realizaron 1.271.132 visitas de seguimiento a niños, niñas y adolescentes que ya se encuentran adscritos a la estrategia Salud a su Casa.
- Se realizaron 1.275.135 intervenciones, entre canalizaciones a diferentes servicios, verificación de asistencia a programas y actividades de información, 43 educación y comunicación.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- A través de la operación de los equipos básicos de Salud a su Casa, durante 2010 se caracterizaron 27.714 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 12.434 se encuentran entre los 0-5 años, 10.186 entre 6-13 y 5.094 entre 14 -17 años.

#### Ámbito Escolar:

- 27.238 niños, niñas, adolescentes y jóvenes 10-19 años de colegios distritales capacitados y sensibilizados en derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el abordaje integral de la violencia y el abuso sexual y la prevención del embarazo adolescente (no deseado/no planeado).
- 167.326 niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años de edad beneficiados con actividades como grupos focales, conversatorios, cuadros teatrales, obras de teatro, cartografía, cine foro, talleres, entre otras, con temas como la prevención del embarazo en adolescente, prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, y temas de salud sexual y reproductiva.
- Se sostuvo 15 horas diarias de atención de domingo a domingo, a través de la línea 106 (nivel central).
- Se trabajó en forma directa con el total de grupos promotores conformados (438) que corresponden a 8.679 NNA- niños niñas y adolescentes escolarizados formados en salud mental, en la línea 106 y formación de derechos. Así mismo se realizó la formación en habilidades sociales, actitudinales y valorativas a 3.321 docentes, 50.116 niños y niñas y 3.339 padres de familia de la comunidad educativa.

#### Ámbito institucional:

- El 100% de las ESE de primer nivel tienen implementado en sus servicios de regulación de la fecundidad, asesoría para menores de 14 años, así como asesorías prioritarias en caso de abuso sexual y anticoncepción de emergencia. Durante el 2010 se atendieron en consulta de asesoría en métodos de regulación de la fecundidad a 4.745 adolescentes menores de 14 años y 5.336 adoptaron métodos de planificación por primera vez.
- Movilización de 3.500 adolescentes y jóvenes del Distrito Capital en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y realización de una jornada de salud sexual y reproductiva en las 20 localidades.

#### Ámbito Escolar:

- Se culminaron los procesos de formación en derechos sexuales y reproductivos con 40 grupos y organizaciones de adolescentes y jóvenes, los cuales han adquirido conocimientos y habilidades para la vivencia responsable de su sexualidad.
- Se realizó el proceso de sistematización del proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles en las 20 localidades del Distrito.

44



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Adicionalmente, en el marco del convenio suscrito con el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], se desarrollaron las siguientes acciones 2009-2010:

- Se entregaron a las IPS de la red pública y privada 280 kits, a través de procesos de capacitación e información a profesionales de la salud, con el fin de garantizar la adecuada atención de emergencia en salud sexual y reproductiva relacionada con evento de violencia.
- Se capacitaron en protocolo para la atención integral y toma de muestras y evidencias a víctimas de violencia sexual incluido el tema de anticoncepción de emergencia a 1.300 profesionales de la salud, ciencias sociales y academia del sector público y privado.
- Se distribuyeron 2.000 ejemplares del manual de "Gestión de servicios de anticoncepción moderna: modelo y guía para el mejoramiento continuo", en el 100% de IPS públicas, privadas, universidades, así como en instituciones de educación superior con formación en áreas de la salud de medicina y enfermería y otros sectores, con el fin de crear un trabajo articulado en función de la consecución de objetivos comunes frente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de procesos de capacitación e información a profesionales de la salud, que realizan las asesorías en planificación familiar a adolescentes y jóvenes.
- Se diseñó la estrategia de comunicación "Que tu primer amor sea el amor propio", con actividades en la Localidad de Suba [colegio Alberto Lleras Camargo ] donde participaron 2.000 estudiantes, en la Localidad de Kennedy [Colegio O.E.A] 1.200 estudiantes, Localidad de Fontibón [Colegio Costa Rica] 2.500 estudiantes, Localidad de San Cristóbal [Colegio Nueva Dely] 700 estudiantes, Localidad de Bosa [Colegio Luis López de Mesa] 2.000 estudiantes y en la Localidad de Ciudad Bolívar se realizó al aire libre con 20 estudiantes de cada colegio para un total de 500 adolescentes.
- Se emitieron mensajes radiales como refuerzo a la estrategia "Que tu primer amor sea el amor propio", llegando a más de 10.000 adolescentes y jóvenes. Así como la grabación de boletines especiales para fomentar el diálogo en temas de sexualidad entre padres e hijos.
- Diseño, producción y distribución de piezas de comunicación de mercadeo de la temática de regulación de la fecundidad: cinco mil (5.000) dispensadores personales de condones y cinco mil (5.000) planificadores.
- A través de actividades de comunicación junto con los equipos de salud al colegio se desarrollaron actividades lúdicas de prevención de embarazos, ITS- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, violencia sexual, y promoción de desarrollo de salud reproductiva y hábitos de vida saludables. Estas actividades beneficiaron a más de 10.000 jóvenes de sexto a once grado de colegios de las localidades de Suba, Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Fontibón y Engativá.

45



- Se desarrolló una estrategia de comunicación apoyada con la entrega de postales e información en 5 colegios [Colegio Domingo Faustino Sarmiento, Colegio Alemania Solidaria (Sede A y D), Colegio Tomás Carrasquilla, Colegio Enrique Olaya Herrera], 5 universidades [Universidad de la Salle (sede Chapinero), Universidad Cooperativa (primer y segunda sede), Corporación Unificada Nacional, Corporación Universitaria Republicana] y 5 centros comerciales [Centro Comercial Gran Estación, Centro Comercial Hayuelos, Centro Comercial Portal 80 y Centro Comercial Unicentro], impactando y sensibilizando en las referencias [No te convierte en santa, pero es tu salvación y la de muchos más, No te convierte en santo, pero es tu salvación y la de muchos más, A ti que te gusta probar hazte la prueba de VIH (versión mujer), A ti que te gusta probar hazte la prueba de VIH (versión hombre), Proyectamos nuestra vida... planificamos nuestro futuro, Siempre, te reconocemos, te apoyamos, Que tu primer amor sea el amor propio y Tengo derecho a enamorarme, y a vivir una relación sin presión], en forma directa a 40.000 adolescentes y jóvenes e indirectamente a 120.000 personas.
- Participación en el evento "Rock al parque" llegando a aproximadamente a 300.000 adolescentes y jóvenes con mensajes alusivos a la prevención de embarazo en adolescentes e ITS- Infecciones de transmisión sexual /VIH/Sida

Tabla 21. Recursos invertidos para la prevención de embarazos entre 10-19 años. 2009-2010

2009	
Apropiación definitiva	Compromisos
1.864.543.673	1.864.543.673

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Usaquén	100.373.047	100.373.047
Chapinero	69.163.814	69.163.814
Santafé	56.798.797	56.798.797
San Cristóbal	130.746.314	130.746.314
Usme	150.876.188	150.876.188
Tunjuelito	101.011.433	101.011.433
Bosa	167.518.534	167.518.534
Kennedy	116.296.659	116.296.659
Fontibón	120.835.682	120.835.682
Engativá	153.986.299	153.986.299
Suba	142.784.467	142.784.469
Barrios Unidos	66.995.376	66.995.376
Teusaquillo	63.501.782	63.501.782
Los Mártires	53.235.451	53.235.451
Antonio Nariño	72.436.105	72.436.103



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Puente Aranda	113.305.737	113.305.737
Candelaria	48.959.437	48.959.437
Rafael Uribe	62.977.617	62.977.617
Ciudad Bolívar	167.323.806	167.323.806
Sumapaz	76.294.758	76.294.758
Metropolitano	174.503.253	171.082.851
<b>Total</b>	<b>2.209.924.558</b>	<b>2.206.504.156</b>

Fuente: SDS-Dirección de Planeación y Sistemas-Seguimiento de proyectos 2009-2010

#### 24. Acciones realizadas y resultados alcanzados en el programa salud a su casa, especificando los recursos asignados y ejecutados. Discriminado por Localidad.

Acciones y resultados:

- Se realizó la caracterización de individuos, familias y entornos de 5 micro-territorios nuevos, implementados en la Localidad de Kennedy, así como seguimiento y mantenimiento a los 351 micro-territorios antiguos; además se realizaron actividades de seguimiento y mantenimiento a 4 territorios de salud a su casa, los cuales realizaron actividades de caracterización en el primer semestre de 2.010. De estos 4 territorios 2 se ubican en la localidad de Engativá (Barrios Unir I y II, en el sector aledaño del Humedal de Jaboque) y 2 en la Localidad de Usme (Sectores Villa Alemania y Serranía).
- Se logró una cobertura de 523.800 familias compuestas por 1.701.078 personas ubicadas en los sectores más vulnerables de 19 de las 20 localidades del Distrito [Tabla 22]

Tabla 22: Distribución de familias e individuos de Salud a su Casa por localidad

LOCALIDAD	FAMILIAS	INDIVIDUOS	Micro-territorios
ANTONIO NARIÑO	3.413	7.782	2
BARRIOS UNIDOS	1.396	4.446	1
BOSA	63.317	209.128	50
CANDELARIA	3.610	10.094	2
CHAPINERO	3.456	13.204	2
CIUDAD BOLIVAR	52.215	191.950	35
ENGATIVA	34.543	115.552	23
FONTIBON	22.649	76.020	13
KENNEDY	42.238	134.597	29
MARTIRES	8.602	20.919	4
PUENTE ARANDA	4.631	12.435	3

47



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	FAMILIAS	INDIVIDUOS	Micro-territorios
RAFAEL URIBE	51.886	143.481	34
SAN CRISTOBAL	43.608	150.925	31
SANTA FE	16.138	47.184	10
SUBA	93.820	291.674	70
SUMAPAZ	686	2.799	2
TUNJUELITO	20.374	63.915	12
USAQUEN	18.097	65.586	11
USME	39.121	139.387	26
<b>Total</b>	<b>523.800</b>	<b>1.701.078</b>	<b>360</b>

Fuente: Base de datos APS-Dirección de Planeación y Sistemas

-Se continuó con el seguimiento y mantenimiento a los micro-territorios antiguos [351] con acciones de información, educación y sensibilización por parte de los equipos de Salud Familiar y Comunitaria, en temas generales que inciden en las condiciones de vida y de salud de las familias, canalización a programas y servicios, fomento y seguimiento a la Adherencia a Programas y acciones Individuales de promoción y prevención en las ESE [Tabla 23-29]. Estas actividades se realizan en familias con prioridades relacionadas con el grupo etáreo o con condiciones específicas, con el fin de promover competencias y corresponsabilidad en las familias, desarrollar potencialidades individuales y familiares, conciliando intereses, gestionando voluntades y compromisos de la sociedad, en función de generar las condiciones necesarias para que la familia ejerza un mayor control sobre los determinantes de su calidad de vida y salud.



Tabla 23 Intervenciones de información realizadas a las familias por localidad enero a diciembre 2.010

Localidad	Servicios prestados en el puesto de atención y en la ESE	Deberes y derechos en el SGSSS	Importancia adherencia a los programas	Información educación en prevención difusión de virus h1n1	Información educación en prevención intoxicación monóxido de carbono	Subtotal de intervenciones de información general
USAQUEN	4.635	7.117	8.810	16.180	8.013	<b>44.755</b>
CHAPINERO	3.857	3.570	3.487	5.181	8	<b>16.103</b>
SANTA FE	5.588	7.147	8.867	9.976	14	<b>31.592</b>
SAN CRISTOBAL	16.109	31.895	42.785	38.115	13.550	<b>142.454</b>
USME	20.859	27.923	36.242	29.604	61	<b>114.689</b>
TUNJUELITO	29.053	28.848	28.587	38.958	35	<b>125.481</b>
BOSA	18.808	31.221	31.762	23.712	7	<b>105.510</b>
KENNEDY	9.592	17.456	14.214	11.347	2.431	<b>55.040</b>
FONTIBON	13.317	14.070	19.224	23.376	13.600	<b>83.587</b>
ENGATIVA	7.058	9.535	16.793	12.988	4.435	<b>50.809</b>
SUBA	18.995	44.250	61.881	80.754	209	<b>206.089</b>
BARRIOS UNIDOS	928	1.372	1.409	2.652	7	<b>6.368</b>
MARTIRES	3.683	5.186	3.704	2.482	3	<b>15.058</b>
ANTONIO NARIÑO	2.016	4.777	5.489	5.568	1.483	<b>19.333</b>
PUENTE ARANDA	2.450	3.862	3.170	2.477	346	<b>12.305</b>
CANDELARIA	1.796	1.447	2.254	2.518	4	<b>8.019</b>
RAFAEL URIBE	10.151	52.741	56.093	49.545	7.016	<b>175.546</b>
CIUDAD BOLIVAR	20.000	26.734	36.423	35.722	1.403	<b>120.282</b>
SUMAPAZ	765	771	663	6	0	<b>2.205</b>
<b>Total</b>	<b>189.660</b>	<b>319.922</b>	<b>381.857</b>	<b>391.161</b>	<b>52.625</b>	<b>1.335.225</b>

Fuente: ÁPS en línea. SQL-Server. Año 2.010

Tabla 24. Intervenciones de información y educación general realizadas a mujeres gestantes por localidad - enero a diciembre 2.010

Localidad	Verificación de asistencia a programas de control prenatal	Información sobre la para gestación (lactancia materna, alimentación adecuada, higiene personal, signos de alarma)	Canalización al programa de control prenatal	Canalización de gestantes adolescentes a programas de la secretaria de integración social	subtotal de intervenciones realizadas
USAQUEN	879	934	543	16	<b>2.372</b>
CHAPINERO	164	161	55	3	<b>383</b>
SANTA FE	699	763	573	10	<b>2.045</b>
SAN CRISTOBAL	1.024	1.177	643	10	<b>2.854</b>
USME	773	817	345	20	<b>1.955</b>
TUNJUELITO	400	426	157	7	<b>990</b>
BOSA	305	281	240	2	<b>828</b>
KENNEDY	734	800	451	7	<b>1.992</b>
FONTIBON	490	521	390	6	<b>1.407</b>
ENGATIVA	932	998	560	1	<b>2.491</b>
SUBA	1.113	1.095	571	3	<b>2.782</b>



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Verificación de asistencia a programas de control prenatal	Información sobre la para gestación (lactancia materna, alimentación adecuada, higiene personal, signos de alarma)	Canalización al programa de control prenatal	Canalización de gestantes adolescentes a programas de la secretaría de integración social	subtotal de intervenciones realizadas
BARRIOS UNIDOS	118	130	33	2	<b>283</b>
LOS MARTIRES	356	363	266	5	<b>990</b>
ANTONIO NARIÑO	59	62	40	2	<b>163</b>
PUENTE ARANDA	82	85	37	4	<b>208</b>
LA CANDELARIA	103	100	56	0	<b>259</b>
RAFAEL URIBE	794	839	418	17	<b>2.068</b>
CIUDAD BOLIVAR	746	881	396	13	<b>2.036</b>
SUMAPAZ	14	16	10	0	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>9.785</b>	<b>10.449</b>	<b>5.784</b>	<b>128</b>	<b>26.146</b>

Fuente: ÁPS en línea. SQL-Server. Año 2.010

Tabla 25. Intervenciones de información y educación general realizadas a familias con niños y niñas menores de cinco años por localidad - enero a diciembre 2.010.

Localidad	verificación de esquema completo de vacunación	verificación de asistencia a programa de crecimiento y desarrollo	educación información en estrategia AIEPI	canalización a programa de control de crecimiento y desarrollo	canalización a programa de vacunación n-PAI	canalización a ICBF - protección al menor de 7 años, HOBIS y FAMIS	canalización a programas sed-cadel - menores no escolarizados	total de intervenciones realizadas con niños
USAQUEN	4.188	3.433	4.548	2.641	623	0	5	<b>15.438</b>
CHAPINERO	225	586	621	369	52	0	74	<b>1.927</b>
SANTA FE	1.370	1.948	2.803	2.552	535	2	116	<b>9.326</b>
SAN CRISTOBAL	2.181	3.054	4.788	4.626	1.715	3	260	<b>16.627</b>
USME	3.703	4.614	4.922	2.181	631	1	8	<b>16.060</b>
TUNJUELITO	2.701	2.578	2.669	924	240	0	32	<b>9.144</b>
BOSA	1.122	3.191	3.045	2.718	321	1	28	<b>10.426</b>
KENNEDY	1.927	2.101	2.834	2.573	805	0	59	<b>10.299</b>
FONTIBON	3.336	3.240	3.701	3.126	569	0	7	<b>13.979</b>
ENGATIVA	1.365	1.600	2.046	1.720	453	0	32	<b>7.216</b>
SUBA	8.452	9.063	8.189	1.520	459	0	3	<b>27.686</b>
BARRIOS UNIDOS	257	298	369	209	79	1	48	<b>1.261</b>
MARTIRES	901	847	1.185	1.059	354	0	8	<b>4.354</b>
ANTONIO NARIÑO	429	440	425	322	57	0	4	<b>1.677</b>
PUENTE ARANDA	413	480	542	453	136	0	72	<b>2.096</b>
CANDELARIA	407	322	477	399	80	0	71	<b>1.756</b>
RAFAEL URIBE	4.303	4.676	5.141	3.872	590	0	217	<b>18.799</b>
CIUDAD BOLIVAR	1.674	3.811	6.392	3.800	653	0	1	<b>16.331</b>
SUMAPAZ	39	41	61	43	2	10	1099	<b>1.295</b>
<b>Total</b>	<b>38.993</b>	<b>46.323</b>	<b>54.758</b>	<b>35.107</b>	<b>8.354</b>	<b>18</b>	<b>2.144</b>	<b>185.697</b>

Fuente: ÁPS en línea. SQL-Server. Año 2.010



Tabla 26. Intervenciones de realizadas a familias con discapacidad por localidad enero a diciembre 2.010.

localidad	verificación de asistencia a programa discapacidad	Educación para cuidadores de personas mayores de 75 años o con discapacidad (prevención de accidentes, alimentación adecuada).	canalización al programa de discapacidad de la ESE	subtotal de intervenciones realizadas en discapacidad
USAQUEN	109	481	101	691
CHAPINERO	120	200	35	355
SANTA FE	155	497	86	738
SAN CRISTOBAL	214	923	175	1.312
USME	466	1.202	206	1.874
TUNJUELITO	292	962	100	1.354
BOSA	237	426	29	692
KENNEDY	103	346	46	495
FONTIBON	271	477	127	875
ENGATIVA	66	392	19	477
SUBA	355	1.063	70	1.488
BARRIOS UNIDOS	26	80	16	122
MARTIRES	62	154	26	242
ANTONIO NARIÑO	73	213	33	319
PUENTE ARANDA	31	222	17	270
CANDELARIA	21	125	15	161
RAFAEL URIBE	289	826	109	1.224
CIUDAD BOLIVAR	286	629	77	992
SUMAPAZ	31	69	13	113
<b>Total</b>	<b>3.207</b>	<b>9.287</b>	<b>1.300</b>	<b>13.794</b>

Fuente: APS en línea. SQL-Server. Año 2.010

Tabla 27 Intervenciones relacionadas con la salud sexual reproductiva realizadas a familias por localidad - enero –diciembre 2.010.

localidad	verificación de asistencia a programa de citología	educación para salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad)	información educación consejería para la prevención del embarazo en adolescentes	canalización a programa de detección de cáncer cérvico-uterino (citología)	subtotal de intervenciones realizadas con las gestantes
USAQUEN	3.949	5.624	1.050	4.580	15.203
CHAPINERO	1.676	2.111	632	1.333	5.752
SANTA FE	3.717	5.014	640	4.176	13.547
SAN CRISTOBAL	6.971	15.532	5.516	12.086	40.105
USME	15.869	19.193	4.262	8.477	47.801
TUNJUELITO	5.840	11.117	746	6.667	24.370
BOSA	18.346	6.242	754	14.221	39.563
KENNEDY	3.962	4.446	792	4.634	13.834
FONTIBON	9.940	8.648	778	11.082	30.448
ENGATIVA	4.095	4.852	1.140	4.564	14.651
SUBA	24.666	22.636	9.003	7.358	63.663
BARRIOS UNIDOS	548	514	87	599	1.748



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

localidad	verificación de asistencia a programa de citología	educación para salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad)	información educación consejería para la prevención del embarazo en adolescentes	canalización a programa de detección de cáncer cérvico-uterino (citología)	subtotal de intervenciones realizadas con las gestantes
MARTIRES	1.557	2.191	297	1.962	<b>6.007</b>
ANTONIO NARIÑO	1.190	2.425	961	1.638	<b>6.214</b>
PUENTE ARANDA	986	1.018	179	1.025	<b>3.208</b>
CANDELARIA	789	857	156	833	<b>2.635</b>
RAFAEL URIBE	10.895	25.689	8.653	13.835	<b>59.072</b>
CIUDAD BOLIVAR	9.949	8.034	4.363	11.170	<b>33.516</b>
SUMAPAZ	129	263	34	119	<b>545</b>
<b>Total</b>	<b>125.074</b>	<b>146.406</b>	<b>40.043</b>	<b>110.359</b>	<b>421.882</b>

Fuente: ÁPS en línea. SQL-Server. Año 2.010

Tabla 28. Intervenciones relacionadas con la salud oral realizadas a familias por localidad enero –diciembre 2.010.

Localidad	educación para salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal)	canalización a programa de salud oral	subtotal de intervenciones realizadas en salud oral
USAQUEN	4.103	7.121	<b>11.224</b>
CHAPINERO	1.266	4.063	<b>5.329</b>
SANTA FE	2.748	9.635	<b>12.383</b>
SAN CRISTOBAL	11.004	40.266	<b>51.270</b>
USME	11.460	17.272	<b>28.732</b>
TUNJUELITO	4.613	8.405	<b>13.018</b>
BOSA	2.028	21.497	<b>23.525</b>
KENNEDY	3.611	12.130	<b>15.741</b>
FONTIBON	4.160	17.379	<b>21.539</b>
ENGATIVA	3.965	18.533	<b>22.498</b>
SUBA	15.062	27.906	<b>42.968</b>
BARRIOS UNIDOS	450	1.426	<b>1.876</b>
MARTIRES	1.318	5.274	<b>6.592</b>
ANTONIO NARIÑO	1.234	5.756	<b>6.990</b>
PUENTE ARANDA	735	2.601	<b>3.336</b>
CANDELARIA	569	2.842	<b>3.411</b>
RAFAEL URIBE	12.386	52.744	<b>65.130</b>
CIUDAD BOLIVAR	9.633	33.231	<b>42.864</b>
SUMAPAZ	97	582	<b>679</b>
<b>Total</b>	<b>90.442</b>	<b>288.663</b>	<b>379.105</b>

Fuente: ÁPS en línea. SQL-Server. Año 2.010



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 29. Intervenciones de canalización intersectorial realizadas a familias por localidad enero –diciembre 2010.

INTERVENCIONES DE CANALIZACION INTERSECTORIAL PARA LAS FAMILIAS DEL PROGRAMA SALUD A SU CASA EN EL PERIODO ENERO -DICIEMBRE 2010										
Localidad	Secretaría de Integración Social - Adolescentes gestantes	Secretaría de Integración Social - Comedor Comunitario	Secretaría de Integración Social - Personas con discapacidad	Secretaría de Integración Social - OTROS PROGRAMAS	ICBF - Protección al menor de 7 años, HOBIS y FAMIS	Programas SED-CADEL - Menores no escolarizados	REGISTRADURIA	SECRETARIA DE HABITAT	ACUEDUCTO	SUBTOTAL DE INTERVENCIONES DE INFORMACION GENERAL
USAQUEN	16	3.722	149	3.708	2	54	224	3.091	239	<b>7.875</b>
CHAPINERO	3	1.309	37	1.365	0	5	94	738	304	<b>2.813</b>
SANTA FE	10	3.642	118	3.690	0	74	194	2.055	281	<b>7.728</b>
SAN CRISTOBAL	10	7.747	189	7.752	2	116	413	2.996	277	<b>16.229</b>
USME	20	15.117	220	15.129	3	260	1.139	9.833	752	<b>31.888</b>
TUNJUELITO	7	3.704	211	3.776	1	8	272	2.155	54	<b>7.979</b>
BOSA	2	2.195	69	2.198	0	32	144	1.160	94	<b>4.640</b>
KENNEDY	7	3.796	66	3.799	1	28	324	1.746	81	<b>8.021</b>
FONTIBON	6	9.270	143	9.275	0	59	553	3.204	213	<b>19.306</b>
ENGATIVA	1	976	43	1.009	0	7	89	388	77	<b>2.125</b>
SUBA	3	4.995	73	4.992	0	32	297	1.248	60	<b>10.392</b>
BARRIOS UNID	2	493	16	486	0	3	43	309	48	<b>1.043</b>
MARTIRES	5	2.033	26	2.036	1	48	157	1.197	55	<b>4.306</b>
ANTONIO NARI	2	1.145	43	1.145	0	8	111	446	31	<b>2.454</b>
PUNTE ARAN	4	984	26	984	0	4	91	452	20	<b>2.093</b>
CANDELARIA	0	886	18	890	0	72	166	528	125	<b>2.032</b>
RAFAEL URIBE	17	9.301	208	9.299	0	71	874	4.354	317	<b>19.770</b>
CIUDAD BOLIV	13	7.629	88	7.733	0	217	1.153	4.378	657	<b>16.833</b>
SUMAPAZ	0	206	15	207	0	1	5	193	199	<b>434</b>
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>79.150</b>	<b>1758</b>	<b>79.473</b>	<b>10</b>	<b>1099</b>	<b>6343</b>	<b>40471</b>	<b>3884</b>	<b>167.961</b>

Fuente: Aplicativo APS en Línea SQL Server Año 2010

Localidad	Canalizar para vacunación anti-rábica de perros y gatos	Canalizar a acciones de saneamiento ambiental del PAB	Educación en "Vivienda Saludable"	Total actividades
Usaquén	270	1.192	17.686	19.148
Chapinero	41	146	4.276	4.463
Santa fe	183	1.099	15.381	16.663
San Cristóbal	1.414	4.901	103.043	109.358
Usme	1.464	7.655	113.939	123.058
Tunjuelito	198	1.264	50.783	52.245
Bosa	155	962	22.206	23.323
Kennedy	1.173	6.524	39.442	47.139
Fontibón	47	532	18.617	19.196
Engativá	63	336	12.027	12.426
Suba	119	1.551	123.333	125.003
Barrios Unidos	12	114	1.029	1.155
Teusaquillo	97	755	9.182	10.034
Los Mártires	15	165	5.684	5.864
A. Nariño	99	710	8.039	8.848
Puente Aranda	6	80	2.886	2.972
Candelaria	425	3.102	53.969	57.496
Rafael Uribe	1.308	6.313	65.062	72.683
Ciudad Bolívar	102	331	809	1.242
<b>Total</b>	<b>7.191</b>	<b>37.732</b>	<b>667.393</b>	<b>712.316</b>

Fuente: APS en línea. SQL-Server. Año 2010

53





Las intervenciones de los equipos de Salud Familiar y Comunitaria se complementan con las intervenciones de los equipos ampliados o complementarios, cuyas intervenciones se relacionan con asesorías específicas que se brinda a los miembros de las familias de cada territorio, acorde con las condiciones y prioridades:

- Se desarrolló intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en 2.131 familias con caso cerrado lo que equivale a una ejecución del 100%.
- Se realizaron 12 encuentros en los que se abordaron un total de 273 familias con promoción de los derechos y la calidad de vida de las familias en situación de discapacidad.
- Se integraron a Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC 8.473 familias en situación de discapacidad.
- Se abordaron 660 Unidades de trabajo Informal [Candelaria, Mártires y Santa Fe] que comparten el uso productivo con el habitacional, con el fin de generar entornos de trabajo saludables.
- Se desarrollaron acciones promocionales de salud oral en 4.663 familias.
- Se desarrolló la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años [AIEPI], con visitas de seguimiento a 91.545 familias con niños y niñas menores de cinco años, donde se educó a las familias en acceso a los servicios de salud, según novedades en el aseguramiento, deberes y derechos en salud y se continuó educando a las familias en la prevención y manejo del virus de la Influenza A(H1N1).
- Se realizaron 7 encuentros de saberes, en alimentación de la gestante, con el propósito de desarrollar habilidades en los gestores para orientar a la familia gestante acerca de una alimentación adecuada y balanceada de acuerdo con las características propias de esta etapa, promover hábitos alimentarios saludables e integrar la familia con el fin de prevenir el bajo peso de la gestante, la anemia ferropénica, y el bajo peso al nacer, así como la promoción de la suplementación con micronutrientes en la gestante.
- A través de las acciones de acompañamiento y fortalecimiento de la red primaria y el cuidado de la mujer gestante, se intervinieron 4.620 familias gestantes con 10.100 seguimientos donde se abordaron temas como: Información sobre signos de alarma (Sopa de letras), importancia de asistir al control prenatal y canalización a los servicios de salud que necesite la mujer gestante.
- Se abordaron 12.041 familias con intervención psicosocial, de las cuales 2.252 corresponden a familias con mujeres gestantes y 1.855 familias intervenidas por conducta suicida. Del total de las familias abordadas, 11.069 [91.92%] lograron un cambio positivo en su dinámica familiar frente al evento que influye en su salud mental y calidad de vida.
- Se desarrolló la intervención psicosocial a las familias desplazadas con perspectiva diferencial y de derechos a 3.000 familias desplazadas.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Se realizó asesorías a 200 familias con tenencia inadecuada de animales.
- Se desarrollaron 220 asesorías para control de vectores en interiores.

Tabla 30. Recursos invertidos en el proyecto Salud a su Casa.

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Usaquén	1.409.092.003	1.409.092.003
Chapinero	280.849.113	280.849.113
Santafé	727.574.236	727.574.236
San Cristóbal	2.501.825.235	2.501.825.235
Usme	2.001.227.722	2.001.227.722
Tunjuelito	1.437.476.203	1.437.476.203
Bosa	3.611.494.471	3.611.494.471
Kennedy	1.328.001.736	1.328.001.736
Fontibón	1.768.268.628	1.768.268.628
Engativá	1.833.202.615	1.833.202.615
Suba	3.341.080.594	3.341.080.594
Barrios Unidos	280.849.113	280.849.113
Teusaquillo	280.849.113	280.849.113
Los Mártires	727.574.236	727.574.236
Antonio Nariño	1.394.656.021	1.394.656.021
Puente Aranda	1.328.001.736	1.328.001.736
Candelaria	727.574.236	727.574.236
Rafael Uribe	1.394.656.021	1.394.656.021
Ciudad Bolívar	2.718.368.990	2.718.368.990
Sumapaz	711.095.245	711.095.245
Metropolitano	280.043.000	279.991.629
<b>Total</b>	<b>30.083.760.263</b>	<b>30.083.708.892</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-SDS, Dirección de Planeación y sistemas.  
Seguimiento a proyectos de inversión. Proyecto 623-Salud a su casa.

## 25. Acciones realizadas y resultados alcanzados en la prevención de enfermedades respiratorias, especificando los recursos asignados y ejecutados años 2009 y 2010. Discriminado por Localidad.

La mortalidad por neumonía está asociada a tres grandes procesos sobre los cuales se ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- El Primer proceso es la promoción de la salud, incluye mejoramiento en la calidad del aire. Bogotá a partir del año 2007 ha venido mejorando la calidad



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

de aire al disminuir los promedios anuales de material particulado respirable PM, frente a la norma ambiental. Sin embargo, todavía se presentan episodios de excedencia que afectan la salud de los niños. Las concentraciones de material particulado respirable frente a la norma sanitaria OMS permanecen altas.

- El segundo Proceso es el acceso y utilización de los servicios de salud.
- La Salas ERA, (Enfermedad Respiratoria Aguda) es una estrategia que busca una atención oportuna y adecuada de casos de enfermedad respiratoria aguda, con la cual se han logrado disminuir las hospitalizaciones que anteriormente requerían de dicha intervención, además ha sido una estrategia que ha racionalizado el uso de antibióticos y el uso de exámenes para clínicos. Se inició en 2010 el proceso de implementación de salas ERA persona mayor. En la actualidad se encuentran en proceso de habilitación 8 ESE, de las cuales 3 ofrecen sus servicios como sala ERA persona mayor.
- El tercer proceso es el de la calidad de los servicios de salud, mediante el cual, se han capacitado casi 2 mil trabajadores de la salud en guías y protocolos de manejo clínico. Acciones que se destacan durante los años 2009 y 2010. Así mismo se han realizado las siguientes intervenciones:
  - Continuidad en la operación y ampliación de las Salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), así como en la realización periódica de comités de vigilancia epidemiológica en salud de mortalidad por neumonía en menores de cinco años.
  - En las 20 localidades y con las aseguradoras EPS se avanzó en el desarrollo de la estrategia AIEPI-Atención integral en las enfermedades prevalentes de la infancia en sus componentes clínico, comunitario (enfaticando en la identificación de alarmas tempranas para acudir de manera oportuna a los servicios de salud y minimizar el riesgo de morir) y de gestión. Entre los años 2008 y 2010 se han formado más de 5 mil gestores comunitarios en esta estrategia.
  - Se actualizó y validó la herramienta para formación de profesionales (médicos y enfermeras) en salud materna e infantil, estrategias AIEPI-Atención integral en las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la infancia e IAFI-Instituciones Amigas de la Familia y la Infancia, en ambientes virtuales de aprendizaje.
- Se continuaron con las acciones de suplementación a la población infantil con vitamina A, con el fin de promover una mayor protección frente a infecciones de vías respiratorias.

Resultados:

- Se resalta el mejoramiento en la calidad del combustible diesel que ha pasado de tener 5000 partes por millón de azufre a casi 500 partes, lo cual es alto frente a la norma internacional de 50 partes por millón, pero representa una mejoría importante y progresiva para disminuir fuentes de emisión de PM por parte del 56





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

transporte público; como un factor estructural que incide de manera directa en la morbimortalidad por esta causa. Así mismo se han evidenciado prevalencias de tabaquismo pasivo casi en un 30% de hogares (Según estudio de Síntomas respiratorios realizado por la SDS en tres localidades de Bogotá años 2007-2009) para lo cual se han reforzado las estrategias de Ambientes Libres de Humo dentro de las viviendas y espacios cerrados. En diciembre de 2009 se inauguró el Observatorio de Calidad de Aire y Salud de la Secretaría Distrital de Salud y Hospital del Sur, el cual servirá para orientar las políticas públicas en calidad de aire.

- Se ha atendido la siguiente cantidad de niños y niñas en las Salas ERA: Para el año 2008: 35000 niños; en el año 2009: atendidos 37000; y en el año 2010: 34430 niños de los cuales 3.076 fueron menores de 2 meses, 15.996 menores de 2 meses a un año y 15.358 menores de 1 a 5 años.
- Mantenimiento de las salas ERA- Enfermedad Respiratoria Aguda, disminuyendo la hospitalización de los menores y con esto el riesgo de adquirir alguna infección nosocomial.
- Capacitación sobre el manejo adecuado de las salas ERA dirigido a los profesionales encargados de la atención.
- Vigilancia en Salud Pública de la ERA, con mayor consolidación, notificación y revisión continúa de los casos reportados a través del SIVIGILA, centinelas de virus respiratorio y de eventos Enfermedad Similar a Influenza-ESI, Infección Respiratoria Aguda Grave-IRAG infección respiratoria aguda grave, que brindan mejor información y generan herramientas que apoyan el análisis de la situación de la mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda).
- Realización de los COVE de mortalidad en el cual participan un grupo interdisciplinario de profesionales brindando una visión más amplia y generando un análisis incluyendo los determinantes de calidad de vida y salud de las comunidades.
- Definición de Proyecto de Autonomía (PDA) de salud respiratoria con el fin de buscar el desarrollo de una política de salud respiratoria.
- 110,939 niños y niñas completaron el esquema de vacunación contra neumococo.
- Capacitación a un total de 140 personas entre personal asistencial y de salud pública sobre las guías de atención integral de AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Salas ERA.
- Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños, niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS- Familia Amiga de



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

la Mujer y la Infancia, 665 HOBIS-Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

Tabla 31. Recursos invertidos en la prevención de enfermedades respiratorias 2009-2010

2009	
Apropiación definitiva	Compromisos
1.616.368.127	1.615.143.250

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Usaquén	78.352.880	78.352.880
Chapinero	82.941.144	82.936.020
Santafé	67.398.174	67.398.174
San Cristóbal	122.180.539	122.180.539
Usme	102.827.119	102.827.119
Tunjuelito	86.006.378	86.006.378
Bosa	157.244.838	157.244.838
Kennedy	110.023.235	110.023.235
Fontibón	98.233.385	98.233.385
Engativá	94.908.325	94.908.325
Suba	113.100.205	113.100.205
Barrios Unidos	75.196.723	75.174.864
Teusaquillo	62.719.602	62.719.602
Los Mártires	54.671.940	54.394.719
Antonio Nariño	98.108.803	98.108.803
Puente Aranda	99.602.293	99.384.734
Candelaria	39.400.460	39.400.460
Rafael Uribe	64.328.488	64.328.488
Ciudad Bolívar	149.716.417	149.716.417
Sumapaz	42.699.485	42.699.485
Metropolitano	349.093.327	337.591.459
<b>Total</b>	<b>2.148.753.758</b>	<b>2.136.730.127</b>

Fuente: SDS-Dirección de Planeación y sistemas-Seguimiento proyecto de inversión 2009-2010



## **26. Acciones realizadas y resultados alcanzados en infraestructura de la red hospitalaria del Distrito, especificando los resultados asignados y ejecutados años 2009 y 2010. Discriminado por Localidad.**

A la fecha se han entregado a la ciudad las siguientes obras de infraestructura, contempladas en el anexo 2 del Decreto 318 de 2006:

- Centro de atención integral en salud mental Balkanes – Reordenamiento y terminación.
- UBA El Porvenir – obra nueva reposición
- CAMI Ferias – reforzamiento estructural (parcial)
- UPA 36 Asunción Bochica – reforzamiento estructural y reordenamiento
- CAMI Emaus – reforzamiento estructural (parcial) y ampliación
- Clínica Fray Bartolomé de las Casas – reforzamiento estructural
- CAMI Trinidad Galán – obra nueva reposición
- Hospital pediátrico Centro Oriente – reordenamiento
- Centro de Ecoterapia – obra nueva
- Hospital de Meissen – obra nueva reposición (área asistencial etapa 1)
- CAMI Vista Hermosa – obra nueva reubicación
- Hospital El Guavio – obra nueva reposición

Se encuentran en ejecución los siguientes proyectos de obra:

- Hospital El Tintal – avance estimado 80%
- Hospital Meissen (Etapa II)
- Hospital Occidente de Kennedy, reordenamiento, reforzamiento y ampliación – Etapa I, en fase de actividades preliminares para inicio de obras, quedando pendiente la suscripción del acta de inicio de obras e interventoría, una vez se surta el trámite de legalización de los contratos.
- CAMI Chapinero en ejecución a partir del 15 de diciembre de 2010.

Así mismo, se cuenta con los estudios técnicos y se trabaja en la fase precontractual de obras e interventoría de los siguientes proyectos:

- UPA Libertadores – obra nueva
- UPA Antonio Nariño – obra nueva

Actualmente se trabaja en el desarrollo de los siguientes estudios técnicos:

- CAMI Diana Turbay – obra nueva reposición
- Hospital Santa Clara - reforzamiento, reordenamiento y ampliación.
- UPA 48 Fontibón (zona franca) – obra nueva reubicación

Actualmente se trabaja en la fase precontractual (elaboración de términos de referencia) para los estudios técnicos y diseños de:

- Hospital de Bosa II Nivel (San Bernardino) – obra nueva



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Hospital Simón Bolívar – obra nueva reposición
- Hospital de Usme II Nivel – obra nueva
- Sede administrativa y de salud pública del hospital San Cristóbal – obra nueva reposición.
- CAMI Pablo VI Bosa - reforzamiento, reordenamiento y ampliación

A la fecha se cuenta con los siguientes predios:

- UPA Mexicana - obra nueva reubicación

Finalmente, se realiza gestión de adquisición de predios para:

- UBA Danubio – obra nueva reposición
- Hospital de Usme II Nivel – obra nueva reposición

En las vigencias 2009 y 2010, la entidad ejecutó el proyecto 633 denominado "Desarrollo de la infraestructura hospitalaria" del Distrito Capital, con los siguientes recursos:

2009		2010	
Apropiación	Ejecutado	Apropiación	Ejecutado
\$46.585.340.803	\$ 25.204.729.035	\$ 163.524.587.792	\$ 142.801.728.778

## **27. Acciones realizadas y resultados alcanzados en la disminución de la desnutrición crónica, aguda y global. Especificando los recursos asignados y ejecutados años 2009 y 2010. Discriminado por Localidad.**

Dentro de las acciones desarrolladas por el sector y que contribuyen a la reducción de la desnutrición y la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, se encuentra:

- Se fortaleció la gestión Distrital y local en seguridad alimentaria y nutricional a través de la Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria Nutricional-SAN.
- Se realizó la coordinación de los 20 comités locales de SAN-Seguridad Alimentaria Nutricional, con el fin de fortalecer la gestión local.
- Promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento de las estrategias, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes.
- Promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del programa "Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz", dirigido a cuidadores de niños, niñas y personas mayores.

60



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Promoción de la alimentación saludable e inocuidad en comedores comunitarios, grupos y organizaciones de base comunitaria.
- En el ámbito escolar se realizó la promoción de prácticas alimentarias saludables en los colegios distritales, desparasitación y suplementación con micronutrientes (hierro y vitamina A) a niños y niñas menores de 12 años y mujeres gestantes y lactantes.
- Se desarrolló una estrategia de educación, información y comunicación dirigida a actores institucionales y comunitarios para la transformación de prácticas saludables en la alimentación y nutrición de la familia gestante.
- Se desarrolló una estrategia de comunicación sobre reconocimiento y resignificación de imaginarios sociales ligados a esta práctica en el marco de la semana mundial de la lactancia materna, y en cumplimiento del código internacional de sucedáneos de la leche materna.
- Se realizó vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional en menores de 10 años, gestantes, recién nacidos y escolares. Así mismo, se fortaleció el proceso de búsqueda activa de los casos de mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años, la vigilancia del bajo peso al nacer y se avanzó en la inclusión de Unidades primarias generadoras de datos UPGD de la red privada en la vigilancia intensificada del estado nutricional de niños y niñas menores de 10 años y mujeres gestantes.

#### Resultados:

- Aumento de la participación de actores sociales del nivel comunitario en los comités locales de seguridad alimentaria y nutricional en las 20 localidades avanzando de un espacio institucional a uno de carácter mixto.
- Inserción en el proceso de implementación de la estrategia gestión social integral para visibilizar las problemáticas que afectan la seguridad alimentaria y nutricional y proponer estrategias para su abordaje.
- Fortalecimiento de la primera Sala empresarial amiga de la familia lactante en la Secretaría distrital de salud, la cual ya fue certificada por la UNICEF/ SDIS como sala amiga y es una estrategia para promover el mantenimiento de la lactancia materna en las mujeres trabajadoras.
- Se realizó la Celebración distrital del mes [agosto] de la lactancia materna donde asistieron 410 personas.
- Se realizó el primer Conversatorio de redes de apoyo a la lactancia materna con participación de 100 personas.
- Se realizó un encuentro de salas amigas de los jardines infantiles para su establecimiento en los hogares del ICBF con la asistencia de 130 personas.
- Se llevaron a cabo festivales de nutrición y actividad física realizados conjuntamente entre las secretarías de Educación y Salud, donde se efectuaron acciones dirigidas a la promoción de la alimentación saludable y la actividad física; con un total de 103 eventos masivos en 16 localidades del distrito capital.



con una cobertura de 44.935 niños, niñas y adolescentes; 708 docentes y 575 padres de familia.

- Como producto, y en coordinación con la SED-Secretaría de Educación Distrital, se elaboró la estrategia: “niños, niñas activos y saludables que aprenden más y mejor”, donde se incluyeron las transversalidades de actividad física, discapacidad y SAN; la cual será implementada en el 2011 en 12 IED-Instituciones de educación distrital pertenecientes a cinco localidades.
- Desde el ámbito escolar en los 160 jardines cubiertos por el programa, se benefició una población de 25.209 niños y niñas menores de cinco años, con los cuales se trabaja para la apropiación de las prácticas de cuidado cotidiano de todos los niños y niñas, como parte de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Se realizó la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento de las estrategias Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes. Se alcanzó un total de 8.273 madres gestantes y 7.188 madres lactantes, para apoyarlas en los temas referentes a la lactancia materna. De igual forma se realizó la capacitación a 515 docentes y jardineras de los diferentes jardines infantiles privados y públicos que atienden a niños y niñas mayores de 2 años, en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Se realizó la suplementación con sulfato ferroso a 157.025 niños y niñas. De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 189,163 mujeres gestantes y lactantes y 457.264 menores de 12 años.
- Se capacitaron 4.373 madres de hogares comunitarios de Bienestar modalidad de atención del ICBF, para la prestación del servicio público de bienestar familiar y garantía de los derechos de los niños y niñas desde los seis meses de edad hasta los cinco años 11 meses. Con el trabajo de estos agentes se logró el cubrimiento en forma directa e indirecta a 10.240 gestantes, 8.950 lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años.
- Desarrollo de procesos de sensibilización, actualización y capacitación en las estrategias de atención en salud materna e infantil a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas, y auxiliares 1811.
- Se expandió la red de vigilancia nutricional contando con 291 UPGD-Unidad Primaria Generadora de Datos para la Vigilancia de los menores de 10 años y gestantes. El 100% (69 IPS) públicas y privadas con atención de partos para la vigilancia del evento de bajo peso al nacer y 88 Colegios centinela públicos y privados para la vigilancia nutricional del escolar.
- Socialización en 291 Instituciones de salud del protocolo para la detección y



vigilancia de la mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años.

- Desarrollo de 7.612 investigaciones epidemiológicas de campo a recién nacidos a términos con bajo peso, niños y niñas menores de 5 años y gestantes con bajo peso con los siguientes resultados, medidos a través de la ganancia de peso en un periodo de tiempo [Tabla 32]

Tabla 32. Porcentaje de Mejoría Nutricional de Menores de 10 Años, Gestantes y Recién Nacidos con Bajo Peso Bogotá D.C. – 2009 – 2010

GRUPO	2009		2010	
	Número de IEC*	% de recuperación	Número de IEC*	% de recuperación
Niños y niñas menores de 10 años con desnutrición aguda	2.209	82.8%	3.462	83.7%
Gestantes con bajo peso	1.828	91,0%	2.758	94,0%
Recién nacidos a Término con BP	985	94.9%	1.392	95.4%
<b>TOTAL</b>	<b>5.022</b>		<b>7.612</b>	

\* IEC - Investigaciones Epidemiológicas de Campo

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN

Tabla 33. Recursos invertidos para la disminución de la desnutrición crónica, aguda y global. 2009-2010

2009	
Apropiación definitiva	Compromisos
4.118.217.959	.118.217.959

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Usaquén	387.727.756	387.727.756
Chapinero	244.080.996	244.076.327
Santafé	189.478.493	189.536.955
San Cristóbal	479.425.473	479.425.473
Usme	532.659.140	532.659.140
Tunjuelito	386.258.778	386.258.778
Bosa	639.123.972	631.123.973
Kennedy	539.040.569	532.777.957
Fontibón	360.089.115	358.155.396
Engativá	602.829.446	602.829.446
Suba	683.619.510	683.619.510
Barrios Unidos	182.666.085	182.646.165
Teusaquillo	148.853.348	148.877.937



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	2010	
	Apropiación definitiva	Compromisos
Los Mártires	132.265.956	132.013.325
Antonio Nariño	183.055.514	161.873.378
Puente Aranda	273.909.189	267.250.055
Candelaria	112.421.352	112.615.521
Rafael Uribe	327.820.491	349.002.626
Ciudad Bolívar	680.938.075	665.705.535
Sumapaz	212.345.065	212.345.065
Metropolitano	342.087.728	261.092.441
<b>Total</b>	<b>7.640.696.055</b>	<b>7.521.612.760</b>

Fuente: SDS-Dirección de Planeación y Sistemas-Seguimiento a proyectos de inversión 2009-2010

## 28. Evaluación financiera de los hospitales de la red pública, flujo de recursos, deudas y viabilidad financiera.

Los siguientes son los valores de la ejecución presupuestal de ingresos con corte al 31 de diciembre de 2010.

ESE	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	% DE RECAUDO
LA VICTORIA	68.495	58.022	84,7%
EL TUNAL	109.164	80.594	73,8%
SIMÓN BOLÍVAR	158.527	110.652	69,8%
OCCIDENTE DE KENNEDY	125.015	96.485	77,2%
SANTA CLARA	105.000	80.587	76,7%
BOSA	55.449	23.201	41,8%
ENGATIVÁ	67.014	56.760	84,7%
FONTIBÓN	50.317	40.707	80,9%
MEISSEN	118.495	93.740	79,1%
TUNJUELITO	31.589	30.652	97,0%
CENTRO ORIENTE	42.224	42.410	100,4%
SAN BLAS	41.878	41.274	98,6%
CHAPINERO	26.167	34.890	133,3%
SUBA	97.432	79.194	81,3%
USAQUÉN	19.448	18.184	93,5%
USME	61.845	37.991	61,4%
DEL SUR	58.258	51.724	88,8%
NAZARETH	9.019	7.791	86,4%
PABLO VI	42.614	46.459	109,0%
SAN CRISTÓBAL	25.592	31.411	122,7%
RAFAEL URIBE URIBE	39.622	36.279	91,6%
VISTA HERMOSA	46.771	47.276	101,1%
TOTAL 22 ESE	1.399.936	1.146.282	81,9%

Fuente: Dirección de financiera-ejecuciones presupuestales de cada Hospital.



Los resultados en cuanto al presupuesto de gastos de funcionamiento, operación e Inversión fueron:

ESE	PPTO INICIAL GASTOS	PPTO DEFINITIVO GASTOS	COMPROMISOS	% DE EJEC.
LA VICTORIA	58.617	68.495	67.317	98,3%
EL TUNAL	90.172	109.164	108.514	99,4%
SIMÓN BOLÍVAR	134.134	158.527	113.724	71,7%
OCCIDENTE DE KENNEDY	102.450	125.015	124.760	99,8%
SANTA CLARA	83.290	105.000	101.130	96,3%
BOSA	50.249	55.449	24.165	43,6%
ENGATIVÁ	65.040	67.014	66.384	99,1%
FONTIBÓN	41.968	50.317	50.031	99,4%
MEISSEN	92.917	118.495	116.972	98,7%
TUNJUELITO	30.832	31.589	30.804	97,5%
CENTRO ORIENTE	34.509	42.224	40.420	95,7%
SAN BLAS	40.939	41.878	41.450	99,0%
CHAPINERO	23.746	26.167	25.763	98,5%
SUBA	81.315	97.432	95.938	98,5%
USAQUÉN	19.448	19.448	18.030	92,7%
USME	50.088	61.845	32.177	52,0%
DEL SUR	47.878	58.258	58.239	100,0%
NAZARETH	7.944	9.019	8.236	91,3%
PABLO VI	31.245	42.614	40.169	94,3%
SAN CRISTÓBAL	25.592	25.592	24.179	94,5%
RAFAEL URIBE URIBE	37.476	39.622	36.158	91,3%
VISTA HERMOSA	39.447	46.771	44.724	95,6%
TOTAL 22 ESE	1.189.296	1.399.936	1.269.283	90,7%

Fuente: Dirección de financiera-ejecuciones presupuestales de cada Hospital.

Respecto a las deudas con los hospitales, susceptibles de ser recuperadas, el siguiente es el estado de cartera:

Orden	nombre	nivel	cartera
1	ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL	3	28.626
2	ESE HOSPITAL EL TUNAL	3	58.419
3	ESE HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL	3	106.684



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Orden	nombre	nivel	cartera
4	ESE HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL	3	63.301
5	ESE HOSPITAL SANTA CLARA	3	30.903
6	ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL	2	8.139
7	HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	2	22.077
8	HOSPITAL FONTIBON ESE	2	11.310
9	HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	2	29.245
10	HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	2	8.788
11	ESE HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL	2	6.507
12	HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE	2	13.153
14	HOSPITAL DE SUBA ESE II NIVEL	2	38.469
13	ESE HOSPITAL CHAPINERO	1	6.766
15	ESE HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL	1	2.448
16	ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	1	10.251
17	ESE HOSPITAL DEL SUR	1	11.554
18	HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	1	1.137
19	HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE I NIVEL DE ATENCION	1	8.494
20	ESE SAN CRISTOBAL	1	4.824
21	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	1	3.946
22	ESE HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	1	7.247
<b>TOTAL</b>			<b>482.288</b>

Fuente: Dirección de financiera-ejecuciones presupuestales de cada Hospital.

## 29. Estado actual y proyección de la entrada en funcionamiento de la EPS Distrital.

En el año 2010, se logró la Habilitación de Capital Salud EPS-S S. A. S para la operación y administración de recursos del Régimen Subsidiado en Bogotá D. C., por Resolución 1228 del 22 de julio de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, con lo cual se cumple la meta del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, de contar con una EPS Distrital.

La EPS Distrital una vez en operación aumentará la oferta de Aseguramiento dentro del régimen subsidiado de salud del Distrito, con un cubrimiento de 261.284 habitantes de la ciudad, privilegiando y fortaleciendo la contratación con la red pública de prestación de servicios de la ciudad y contribuyendo a eliminar barreras de acceso a la salud a través de la universalización en la prestación de los servicios a la población pobre y vulnerable, al proporcionar acceso en más de 170 puntos de atención de la Red Pública Distrital, distribuidos por toda la ciudad.

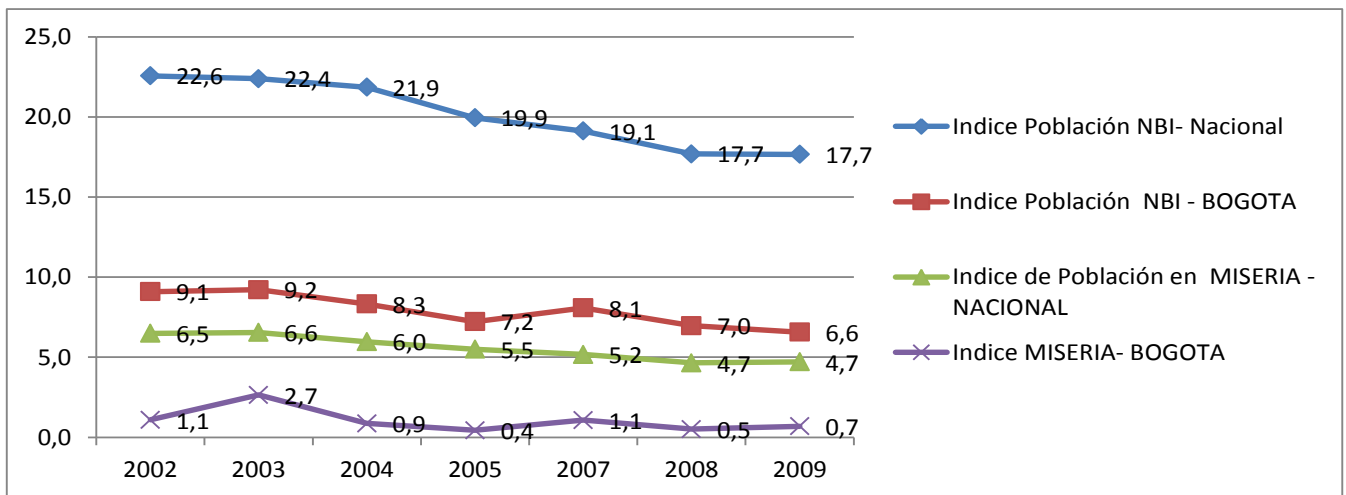


Teniendo en cuenta las metas planteadas para Bogotá por los Objetivos del Milenio, Cuáles son los logros a 2010 por localidad de las siguientes metas:

**1. Reducir de 38.58% a 17.56% el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza.**

Conforme al índice de población con necesidades Básicas Insatisfechas y a la Población en condiciones de miseria [Gráfico 12], Bogotá ha venido con tendencia de mejoramiento de 2003 a 2009. En el año 2009, el índice de NBI de Bogotá disminuyó 7% con respecto al 2008 y un 18% comparado con el 2007, que es producto de la dinámica social, la actividad económica de la ciudad y las acciones que la administración distrital viene realizando para mejorar condiciones de vida de la población pobre y vulnerable de la ciudad.

Grafico 12. Índice de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas y en Condiciones de Miseria en Bogotá y a Nivel Nacional 2002 a 2009



Fuente: Departamento Nacional de Planeación - Índice de Condiciones de Vida - ICV 2010

Desde el sector salud de Bogotá, se contribuye a disminuir las condiciones de pobreza y vulnerabilidad en la ciudad, a través de la integralidad de las acciones que se realizan, bajo la coordinación y liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud. Se da respuesta a las necesidades de grupos poblacionales considerados prioritarios y se busca incidir en mejoramiento de sus condiciones de vida. A continuación se relacionan las principales estrategias y acciones del sector que impactan directamente en disminuir las condiciones de vulnerabilidad y pobreza:



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

1]. Estrategia de salud al trabajo. La tasa de trabajo infantil ha venido disminuyendo de manera considerable en Bogotá D.C.<sup>1</sup>, haciéndose así evidente la adecuada articulación intersectorial que se realiza en el Distrito Capital, bajo el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., para el abordaje integral de la problemática de calidad de vida y de salud de la población menor trabajadora de la ciudad. Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo, con el consecuente y evidente impacto negativo en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas de la ciudad.

2]. Fortalecimiento de prestación de servicios de salud, brindado acceso a los servicios de salud de la población de pobre y vulnerable de la ciudad. Para fortalecer la prestación de servicios, la Administración de Bogotá, ha creado y puesto en operación el Primer Banco Público Distrital de Tejidos Humanos y de Células, así mismo, la construcción y puesta en operación de centros hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel de atención, dentro de los cuales cabe mencionar la construcción y puesta en operación de los Hospitales de Segundo Meissen y Guavio y la construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital El Tunal.

3]. Erradicación y control de enfermedades inmuno prevenibles. En Bogotá D.C., en 2010, debido a las coberturas de vacunación alcanzadas durante los últimos años, se erradicaron y mantuvieron bajo control las enfermedades inmunoprevenibles por las principales causas y eventos como Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, el Sarampión, Rubéola, Influenza y Paperas. Con las intervenciones se evitaron consecuencias nefastas sobre la población infantil, gestante y adulta, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte. De igual forma como producto de la introducción para la ciudad de nuevos biológicos, en 2010 se aplicaron 344.273 dosis de neumococo a 110.939 niños y niñas recién nacidos; frente a una meta inicial de 20.000 dosis. En hepatitis A, se aplicaron 67.668 dosis a igual número de niños de 12 a 23 meses de edad. En rotavirus se aplicaron 109.311 dosis, para 109.311 niños y niñas de 2 a 6 meses.

4]. Reducción de mortalidad evitable por principales causas y eventos. En la ciudad se viene registrando una disminución considerable y sostenida en las principales causas de enfermar y de morir. La tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos se redujo de 14,0 en 2007 a 11,8 en 2009; la tasa de mortalidad en menores de 5 años se redujo de 31,4 por 10.000 menores de cinco años a 25,4 por diez mil menores de cinco años; la tasa de mortalidad perinatal, disminuyó de 23,2 por mil nacidos vivos a 14,1 por mil nacidos vivos; la tasa de mortalidad en menores de cinco años por enfermedad

<sup>1</sup>De acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Ministerio de la Protección Social, la tasa de trabajo infantil con corte al 2009 medida por el DANE (Fuente oficial), en Bogotá disminuyó del 3.3% al 2.8%, siendo objeto de reconocimiento público la gestión adelantada por la ciudad para la erradicación del fenómeno.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

diarreica aguda paso de 15,0 por cien mil menores de cinco años a 6 por cien mil menores de cinco años y la tasa mortalidad por desnutrición, descendió de 4,1 por cien mil menores de cinco años a 3,2 por cien mil menores de cinco años.

5]. Intervenciones en ámbitos de vida cotidiana. Debido a la mayor cobertura registrada en los micro-territorios de salud a su casa, organizados bajo la Estrategia de Atención Primaria en Salud, el número de casos de mortalidad para algunos grupos etéreos ha venido disminuyendo. En salud materna, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos registró un comportamiento favorable en la vigencia 2007 a 2009, al pasar de una tasa de 41,4 por cien mil nacidos vivos a 33,1 por cien mil nacidos vivos. De igual forma, en salud al colegio, la población de las instituciones educativas del Distrito Capital, de jardines infantiles y de universidades, vienen realizando acciones integrales inherentes a los sectores salud y educación, bajo una perspectiva promocional de calidad de vida en la cual se vienen diseñando e implementando respuestas integrales que tienen en cuenta a los miembros de las comunidades educativas, así como los procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar, con cubrimiento para cerca de 500.000 estudiantes de 470 colegios y escuelas distritales, 25.209 niños y niñas de jardines infantiles y 58.216 de instituciones educativas de educación superior.

6]. Gestión para eliminar barreras de acceso a servicios de salud. Frente a las barreras de acceso se afianzaron intervenciones que apuntan a garantizar el acceso a los servicios en salud y a minimizar las barreras de acceso de más frecuencia identificadas; entre las cuales están: "Gratuidad en Salud" y "Gestión de la atención en salud, Central Única de Referencia y Contra referencia [CURYC]", cuya finalidad es, en el primer caso, asumir los valores de las cuotas de recuperación y copagos de la población afiliada al régimen subsidiado con encuesta SISBEN I y II y, en el segundo, propender por la oportunidad accesibilidad, integralidad y continuidad en los servicios en salud requeridos por la población pobre y vulnerable del régimen subsidiado y no asegurada. De 2008 a diciembre 31 de 2010 se afiliaron al régimen subsidiado de la seguridad social en salud, 459.217 personas, de las cuales, 46.221 fueron por incremento de cobertura 46.221 y 412.9962, por reemplazos. De estos, en 2010 se afiliaron 204.630 nuevas personas. Así mismo, se garantizó la continuidad de 1.309.008 afiliados al régimen Subsidiado en Bogotá D. C. En total, se brindaron 665.390 atenciones de manera gratuita, de las cuales 430.452 para adultos mayores de 65 años, 179.143 para menores de 5 años y 55.795 para personas en condición de discapacidad.

---

<sup>2</sup> Contratación realizada el 1 de junio de 2010 Resolución 2114 de 2010, se adoptan los instrumentos y se definen procedimientos de giro de los recursos del régimen Subsidiado. [Fuente: Base de Datos única de Afiliados-BDUA].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## **2. Reducir de 9.97% a 4.30% el porcentaje de personas por debajo de la línea de indigencia.**

Las contribuciones que hace el sector salud, para disminuir el porcentaje de personas por debajo de la línea de indigencia, corresponde a: 1. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud; 2. Acciones para reducir la mortalidad evitable; 3. Gestión para la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud y 4. Intervenciones en ámbitos de vida cotidiana. En este último, la Secretaría Distrital de Salud ha venido trabajando con el Proyecto Comunidades Saludables, para incidir en condiciones de vida de población vulnerable de la ciudad, trabajando directamente con población en situación de indigencia, al igual que en grupos sociales que enfrentan condiciones de riesgos que pueden llevar a que individuos o ciudadanos incurriera en este fenómeno social. Los grupos sociales intervenidos en el 2010 fueron 8.710 personas en situación de desplazamiento, establecidos en 26 grupos y 16 Organizaciones, de las cuales 2.416 hombres y 6.294 mujeres; se implementó 52 Centros de escucha canalizando las acciones de mitigación del riesgo. (Discapacidad – Desplazados – Habitante de Calle – Salud Mental – jóvenes) y se trabajó en acciones de salud para 4.600 hombres y mujeres en ejercicio de la prostitución.

Desde la prestación de servicios de salud, a través de la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, se realizaron 6.278 habitantes de calle en el 2010.

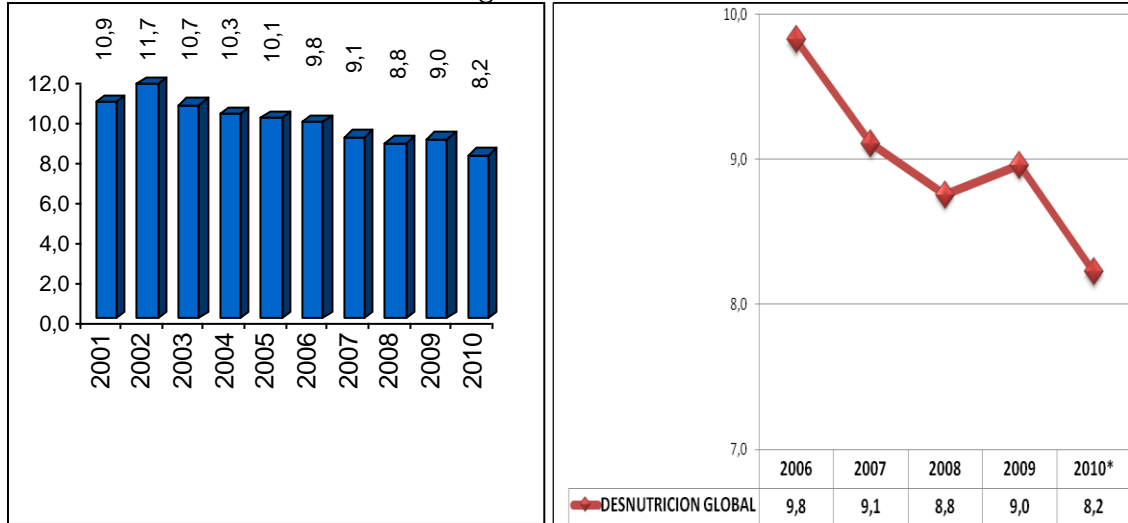
## **3. Reducir de 10.23% a 3.06% el porcentaje de niños menores de 7 años con peso inferior al normal.**

En relación a la tendencia para la ciudad de Bogotá y tomando el periodo comprendido entre el 2006 y el 2010 se evidencia una disminución significativa en la prevalencia de retraso ponderal pasando de 9.8% a 8.2%, lo cual refleja un mejoramiento en las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en la ciudad. [Gráfico 13].



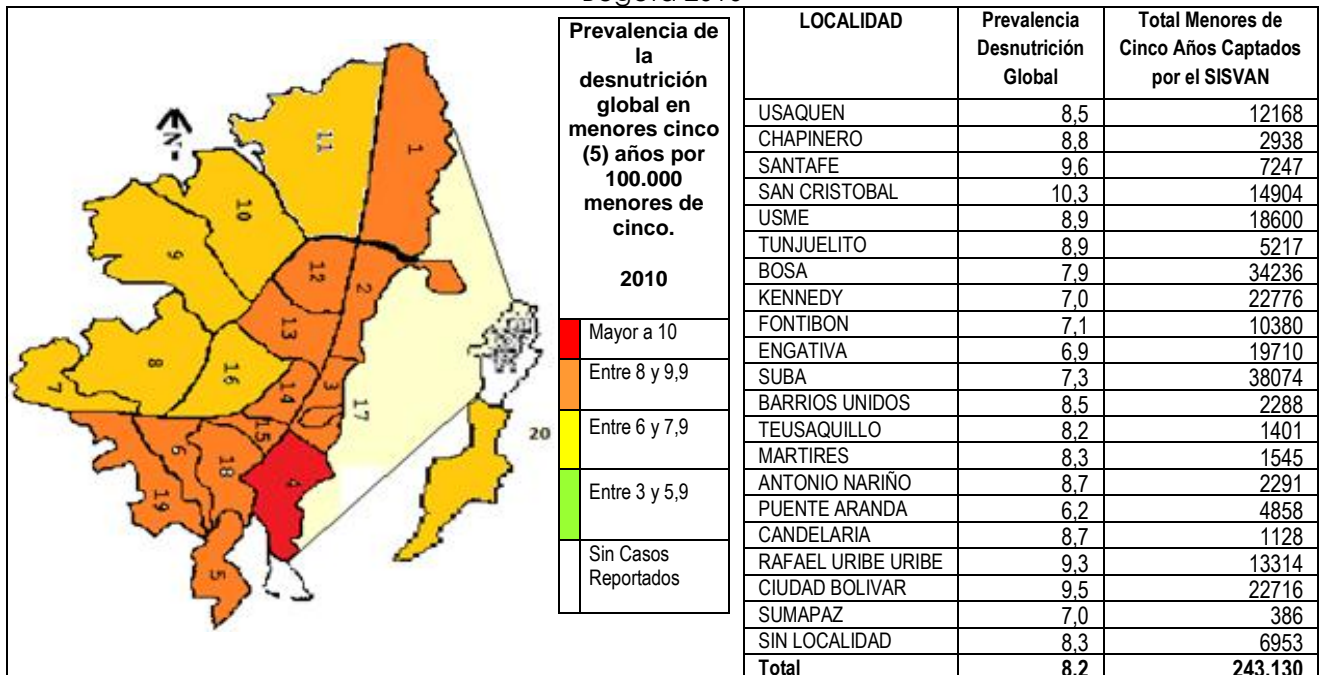
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 13. Tendencia de la Desnutrición Global en menores de cinco años. Bogotá 2001-2010.



Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN

Gráfica 14. Prevalencia de Desnutrición Global en menores de Cinco Años en localidades de Bogotá 2010



Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública-Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN

En el análisis de la Tasa de Prevalencia de Desnutrición Global, en las localidades de 71 Bogotá [Gráfico 14] se observa que San Cristóbal [10,3] presenta la mayor tasa en la



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Ciudad, seguida de las localidades de Santafé [9,6], Ciudad Bolívar [9,5], Rafael Uribe [9,3], Usme [8,9], Tunjuelito [8,9], Chapinero [8,8] Antonio Nariño [8,7], Candelaria, [8,7], Barrios Unidos [8,5], Usaquén [8,5], Mártires [8,3] y Teusaquillo [8,2].

Las acciones que permitieron incidir en la tasa de prevalencia de la desnutrición global, desarrolladas en el año 2010, fueron:

- Implementación de los planes de acción en el marco de los planes locales de seguridad alimentaria y nutricional.
- Aumento de la participación de actores sociales del nivel comunitario en los comités locales de seguridad alimentaria y nutricional en las 20 localidades avanzando de un espacio institucional a uno de carácter mixto.
- Desarrollo de acciones sociopolíticas y de comunicación tendientes a generar procesos de movilización social por el derecho a la alimentación.
- Formación de agentes comunitarios en derecho a la alimentación los cuales se insertaron a procesos locales tales como el comité local de seguridad alimentaria y nutricional.
- Apoyo en la gestión a la canalización de los casos de personas con déficit nutricional identificados desde el sector salud.
- Organización de eventos locales para visibilizar estrategias en seguridad alimentaria y nutricional como lactancia materna y el día mundial de la alimentación.
- Inserción en el proceso de implementación de la estrategia gestión social integral para visibilizar las problemáticas que afectan la seguridad alimentaria y nutricional y proponer estrategias para su abordaje.
- Suplementación con micronutrientes a Mujeres gestantes y lactantes 181750
- Suplementación con hierro a 255.911 niños y niñas menores de 12 años.
- Fortalecimiento de la primera Sala empresarial amiga de la familia lactante en la Secretaria distrital de salud, la cual ya fue certificada por la UNICEF/ SDIS como sala amiga y es una estrategia para promover el mantenimiento de la lactancia materna en las mujeres trabajadoras.
- Respecto a la protección a la niñez, se capacitó a 515 docentes de los diferentes jardines infantiles, privados y públicos en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, acción dirigida a jardines que atienden a niños y niñas mayores de 2 años y se realizó la identificación y caracterización de 1288 adolescentes gestantes y lactantes (familia gestante, lactante), con quienes se realizó el fomento de prácticas de auto cuidado, canalización a servicios sociales (apoyo alimentario) y de salud (controles prenatales, suministro de micronutrientes).
- Se consolidaron las redes de apoyo de 4 localidades y la sala amiga empresarial. Se alcanzo un total de 8273 madres gestantes y 7188 madres lactantes, para apoyarlos en los temas referentes a la lactancia materna.
- Celebración distrital del mes de la lactancia materna. Asistencia 410 personas, realizado el 10 de agosto de 2010.

72



- Primer conversatorio de redes de apoyo a la lactancia materna, realizado el 26 de agosto con la participación de 100 personas.
- Encuentro de salas amigas de los jardines infantiles para su establecimiento en los hogares del ICBF. Realizado el 30 de septiembre con la asistencia de 130 personas.
- Capacitación a 4.373 madres de hogares comunitarios de Bienestar modalidades de atención del ICBF para la prestación del servicio público de bienestar familiar y garantía de los derechos de los niños y niñas desde los seis meses de edad hasta los cinco años 11 meses en los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar -HOBIS- equivalente al (73%) de la población total de madres comunitarias modalidad HOBI. Con el trabajo de estos agentes se ha logrado cubrimiento de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 gestantes, 8.950 lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años.
- Desarrollo de procesos de sensibilización, actualización y capacitación en las estrategias de atención en salud materna e infantil a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas, y 1811 auxiliares.
- Mantenimiento de 281 Unidades Primarias Generadoras de Datos que cubre la vigilancia nutricional de menores de 10 años y gestantes, entre las que se incluyen el 100% de IPS públicas(138) y privadas (143) que atienden partos y que se requieren para la vigilancia del bajo peso al nacer y hacen parte de la red de vigilancia nutricional en Bogotá.
- Desarrollo de 3.462 investigaciones epidemiológicas de campo a niños y niñas menores de cinco años identificados por el sistema con desnutrición con un porcentaje de recuperación del 83.7% medida a través de la ganancia de peso [Tabla 1].
- Desarrollo de 1.392 investigaciones epidemiológicas de campo a recién nacidos con un porcentaje de recuperación del 95,4% medido a través de la ganancia de peso [Tabla 1].
- Vigilancia nutricional de 278.280 niños y niñas menores de diez años.
- Socialización en 291 Instituciones de salud del protocolo para la detección y vigilancia de la mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años.

Tabla 34. Porcentaje de Mejoría Nutricional de Menores de 10 Años, y Recién Nacidos con Bajo Peso Bogotá D.C. – 2009 – 2010

GRUPO	AÑO 2009		AÑO 2010	
	NUMERO DE Investigaciones Epidemiológicas de Campo IEC.	% DE RECUP	NUMERO DE Investigaciones Epidemiológicas de Campo IEC	% DE RECUP
Niños y niñas menores de 10 años con desnutrición aguda	2209	82.8%	3462	83.7%
Recién nacidos a Termino con BP	985	94.9%	1392	95.4%
<b>TOTAL</b>	<b>5.022</b>		<b>7.612</b>	

73

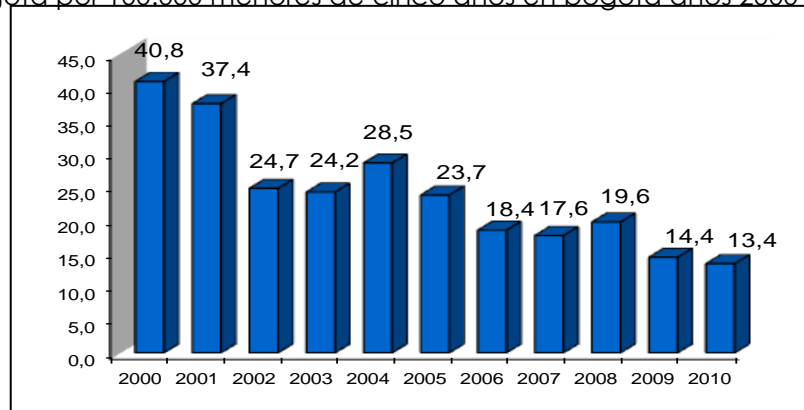
Fuente: SISVAN – Seguimientos epidemiológicos de campo, primera vez y control



#### 4. Reducir a 9.7 muertes por 100.000 menores de 5 años la mortalidad en menores de 5 años por neumonía.

La tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años ha venido disminuyendo desde el año 2000 de forma continua, con la excepción de los años 2006 y 2008, en donde hubo dos picos de tasa de mortalidad [Tasas de 28,5 y 19,6 respectivamente]; sin embargo se puede concluir que ha habido una tendencia marcada a la disminución de los evento de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años desde el año 2000 al año 2010 [Gráfico 15]. La tasa reportada por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. en el 2010, fue de 13,4 muertes por neumonía por 100.000 menores de 5 años.

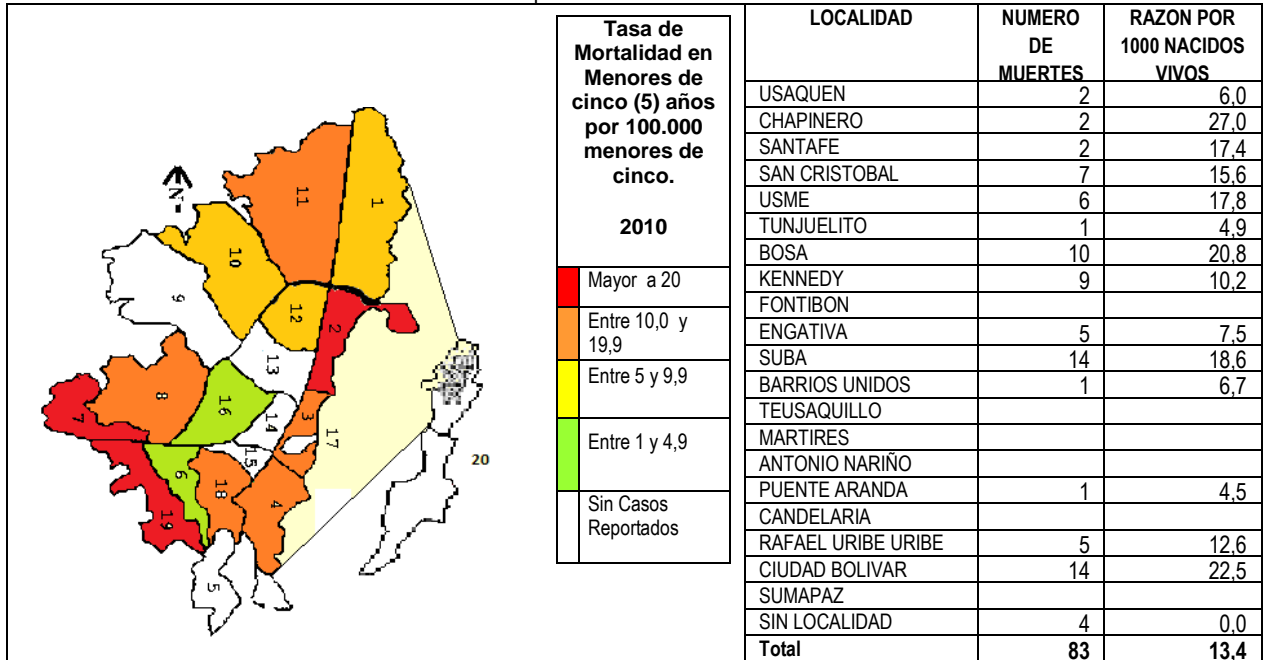
Gráfico 15. Tasa de mortalidad neumonía en Bogotá por 100.000 menores de cinco años en bogota años 2000 a 2010



Fuente Dirección de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud - 2010.  
Información Preliminar Sujeto a Ajustes.



Gráfico 16. Tasa de mortalidad por neumonía en Bogotá por 100.000 menores de cinco años y por localidades



Fuente– Dirección de Salud Pública – Secretaría Distrital de Salud 2010

Respecto a las tasas de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años por localidades en Bogotá [Gráfico 16], ocho (8) localidades están por encima de la meta del milenio de 9,7 muertes por neumonía por 100.000 menores de 5 años la mortalidad en menores de 5 años. Las localidades que presentan mayores valores son Chapinero [27], Ciudad Bolívar [22,5] y Bosa [20,8]. En su orden continúan Suba [18,6], Santafé [17,4], San Cristóbal [15,6], Rafael Uribe Uribe [12,6] y Kennedy [10,2]. Por debajo de la meta del milenio de 9,7 muertes por neumonía por 100.000 menores de 5 años, están 12 localidades con los siguientes datos: Usaquén [6], Tunjuelito [4,9], Engativá [7,5], Barrios Unidos [6,7], Puente Aranda [4,5], las demás localidades no reportan casos.

Los procesos que han contribuido a disminuir las tasas de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años, han sido:

Primer Proceso: Promoción de la salud e incluye mejoramiento en la calidad del aire. En Bogotá durante el año 2010 se ha venido en mejoramiento de calidad de aire al disminuir los promedios anuales de material particulado respirable partículas por millón frente a la norma ambiental. Sin embargo, todavía se presentan episodios de excedencia que afectan la salud de los niños. Sin embargo las concentraciones de material particulado respirable frente a la norma sanitaria definidas por la Organización Mundial de la Salud, permanecen altos.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Segundo Proceso: Es el acceso y utilización de los servicios de salud, en el que se destaca la estrategia de Sala ERA que busca una atención oportuna y adecuada de casos de enfermedad respiratoria aguda, con la cual se han logrado disminuir las hospitalizaciones que anteriormente requerían de dicha intervención, además ha sido una estrategia que ha racionalizado el uso de antibióticos y el uso de exámenes para clínicos.

La cantidad de niños y niñas atendidos en las salas ERA (Salas de atención para la Enfermedad Respiratoria Aguda) ha sido la siguiente durante el 2010:

Se ha mantenido la operación de 87 salas ERA institucionales y funcionales en Bogotá, atendiendo a una población infantil de 3.076 menores de 2 meses, 15.996 menores de 2 meses a un año y 15.358 menores de 1 a 5 años. El porcentaje de resolutivez de las Salas ERA está en promedio del 82% es decir de cada 100 casos de niños con bronquiolitis 82 continúan con tratamiento en la casa. El número de Salas ERA ha oscilado entre 87 y 110 de acuerdo a la contingencia de picos epidémicos, comportamiento que para el 2010 se ha acentuado por la época invernal.

El tercer proceso corresponde a las acciones de mejoramiento de la calidad de los servicios de Salud a través de la estrategia AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en la cual se han capacitado casi 2 mil trabajadores de la salud en las guías y protocolos de manejo clínico. En el caso del virus pandémico H1N1/09 se desarrolló en conjunto con el Ministerio de la Protección Social el protocolo de atención de casos sobre el cual se capacito a todas las aseguradoras y 400 prestadores de servicios de salud.

Como logros de las estrategias para reducir la mortalidad en menores de cinco años por neumonía, en el 2010, se tiene:

- Se resalta el mejoramiento en la calidad del combustible diesel que ha pasado de tener 5000 partes por millón de azufre a casi 500 partes, lo cual es alto frente a la norma internacional de 50 partes por millón pero representa una mejoría importante y progresiva para disminuir fuentes de emisión de PM por parte del transporte público; como un factor estructural que incide de manera directa en la morbimortalidad por esta causa. Así mismo se ha evidenciado prevalencias de tabaquismo pasivo casi en un 30% de hogares (Según estudio de Síntomas respiratorios realizado por la SDS en tres localidades de Bogotá años 2007-2009) para lo cual se ha reforzado la estrategias de Ambientes Libres de Humo dentro de las viviendas y espacios cerrados. En diciembre de 2009 se inauguró el Observatorio de Calidad de Aire y Salud de la Secretaría Distrital de Salud y Hospital del Sur el cual servirá para orientar las políticas públicas en calidad de aire.
- Se mantienen las acciones en el Distrito Capital para suplementar a la población infantil con vitamina A que genera mayor protección frente a infecciones de vías respiratorias. Finalmente, dentro de las intervenciones en los factores ambientales, 76





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

la entidad viene desarrollando un sistema de monitoreo de la relación de calidad del aire y salud en las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón con énfasis en niños y niñas menores de 5 años.

- Con el fin de favorecer la formación desde pregrado de los profesionales en los programas de salud pública que incluyen las Estrategias AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, se lideró la consolidación del Grupo Dinamizador de universidades por la salud pública materna e infantil, integrado por representantes de la OPS, facultades de medicina, enfermería, nutrición, odontología y terapias de universidades con sede en Bogotá.
- El desarrolló especializado del componente ERA como parte de la organización de la prestación de los servicios de salud en Bogotá D.C. con la consolidación de 110 Salas ERA en la red pública y privada y 2.000 profesionales capacitados.

Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS-Familia Amiga de la Mujer y la Infancia, 665 HOBIS-Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.
- Así mismo se reporta por parte de la red adscrita que se cuenta con 86.5% de consultorios dotados y adecuados para la atención de niños y niñas menores de cinco años, esto ha favorecido brindar atención con calidad y calidez por parte de 132 puntos de atención de primero y segundo nivel.
- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.

77



- Así mismo se reporta por parte de la red adscrita que se cuenta con 86.5% de consultorios dotados y adecuados para la atención de niños y niñas menores de cinco años, esto ha favorecido brindar atención con calidad y calidez por parte de 132 puntos de atención de primero y segundo nivel.
- El comportamiento por localidad para 2010 ha mostrado en localidades como Chapinero [27.0 x 100.000 menores de 5 años], Ciudad Bolívar [22.5 x 100.000 menores de 5 años] y Bosa [20.8 x 100.000 menores de 5 años] un aumento en comparación al comportamiento distrital.
- Al calcular las localidades que presentan mayor riesgo de que un niño o niña muera por neumonía en menores de 5 años en comparación al distrito, se observa que existe 2.0 más riesgo de que un niño o niña muera cuando vive en la localidad de Chapinero, 1.6 en la localidad de Ciudad Bolívar y 1.5 veces más riesgo en la localidad de Bosa en comparación al Distrito.
- En las 20 localidades y con las aseguradoras EPS se ha avanzado en el desarrollo de la estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) en sus componentes clínico, comunitario [enfaticando en la identificación de alarmas tempranas para acudir de manera oportuna a los servicios de salud y minimizar el riesgo de morir] y de gestión. Entre los años 2008 y 2009 se han formado más de 5 mil gestores comunitarios en AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Se da continuidad en la operación y se ampliarán las salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA]; se realizarán de manera periódica Comités de Vigilancia Epidemiológica de Salud [COVES] de mortalidad por neumonía e investigaciones epidemiológicas de campo e intervenciones frente a análisis de casos y toma de medidas tanto en empresas promotoras de salud como en instituciones prestadoras de servicios de salud dónde ocurrió el evento y se realizarán alianzas estratégicas con las empresas sociales del Estado Distritales.
- Se actualizó y validó la herramienta para formación de profesionales [médicos y enfermeras] en salud materna e infantil estrategias AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAFI-Instituciones amigas de la familia y la infancia, en ambientes virtuales de aprendizaje. A través de ella se formaron 50 tutores para la capacitación de profesionales en las estrategias en ambientes virtuales de aprendizaje, involucrando a universidades, EPS del contributivo y subsidiado y ESE se desarrollaron dos cursos clínicos en las estrategias en ambiente virtual, dirigidos a 120 profesionales médicos y enfermeras.
- Se desarrolló propuesta de Gestión Institucional que incluye componente de Evaluación externa de los servicios de Atención materna e infantil.

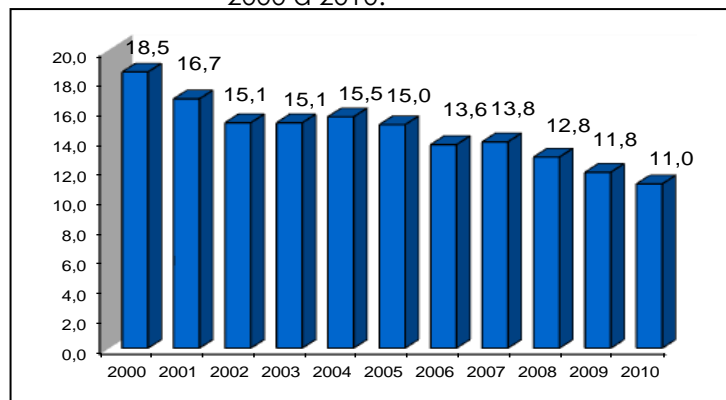


ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## 5. Reducir a 12 muertes por 1.000 nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año.

Se observa una tendencia a la disminución pasando de una tasa de 12.8 en 2008 a 11.0 por 1.000 nacidos vivos en 2010 [Gráfico 17], con lo cual Bogotá está por debajo de la meta del milenio de 12 muertes por 1000 nacidos vivos en menores de 1 año. Frente al comportamiento por localidad las que presentaron una tasa superior a la distrital fueron Sumapaz [35.7], seguida de Mártires [15.5], Barrios Unidos [14.6] y Santa fe [13.4] [Gráfico 18].

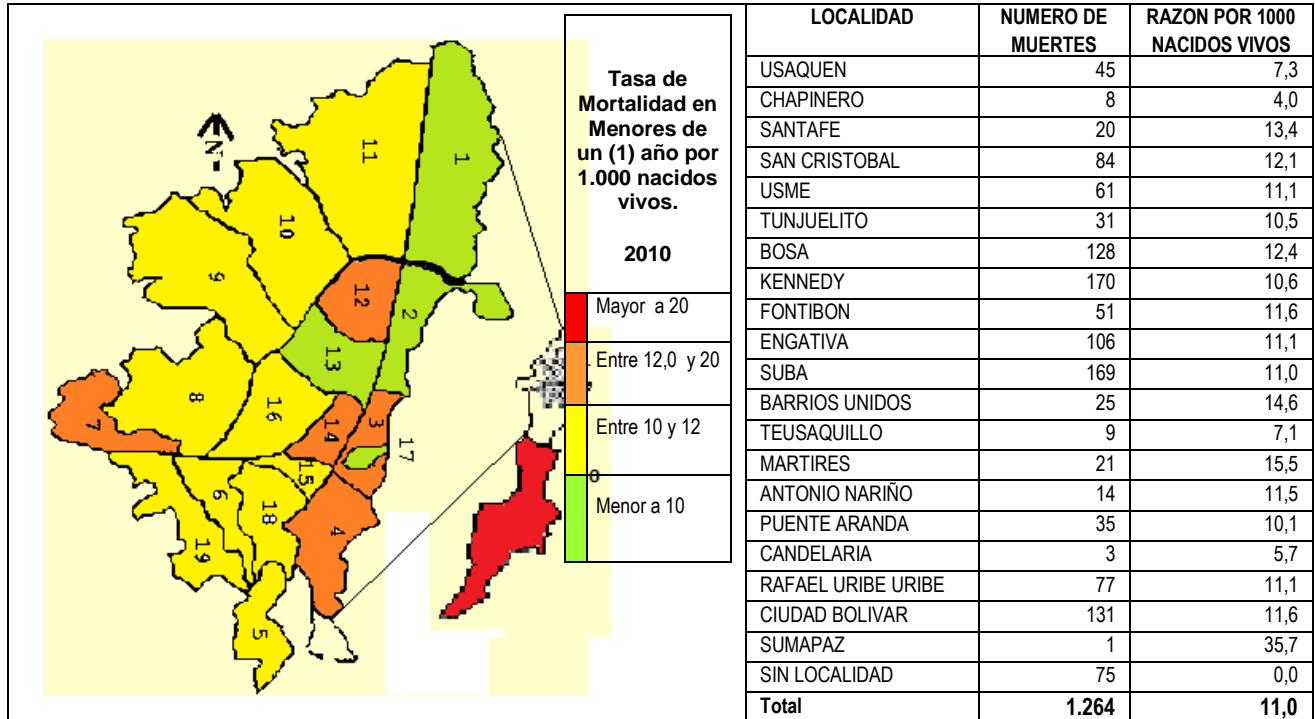
Gráfico 17. Tasa de mortalidad en menores de un año en Bogotá por 1000 nacidos vivos años 2000 a 2010.



Fuente Dirección de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud - 2010.  
Información Preliminar Sujeto a Ajustes.



Gráfico 18 tasa de mortalidad en menores de un año en localidades de Bogotá por 1000 nacidos vivos año 2010.



Fuente Dirección de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud - 2010. Información Preliminar Sujeto a Ajustes.

El riesgo que un nacido vivo muera antes de cumplir el primer año de vida [estimado por la diferencia entre la tasa local y la tasa distrital] en las localidades donde se presenta un mayor riesgo es en primer lugar Sumapaz [3.2] seguido por Mártires [1.4], Barrios Unidos [1.3] y Santa fe [1.2], y que es el riesgo de morir un niño o niña menor de 5 años por neumonía comparado con la distrital. De acuerdo con los hallazgos evidenciados en los análisis de caso podemos mencionar que parte de esta mortalidad se atribuye a la calidad del control prenatal en la detección del riesgo obstétrico, calidad en la atención del parto y el periodo neonatal y la detección temprana de alarmas para enfermedades transmisibles como ERA y EDA.

Durante la vigencia 2010 se observa que las principales causas de muerte en los niños y niñas menores de 1 año están relacionadas con afecciones originadas en el período neonatal temprano [0 a 7 días de nacimiento] tales como trastornos relacionados durante la gestación y de crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas dentro de este periodo.

Otros factores que persisten y están relacionados con las complejas condiciones socio culturales de las gestantes en vulnerabilidad, pueden corresponder a la tardía



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

demanda de atención para el inicio del control prenatal, identificación de signos de alarma, riesgo obstétrico y adherencia a las recomendaciones y acciones de seguimiento por parte del equipo de salud de la Institución Prestadora de servicio de salud tratante [IPS] tratante.

Para incidir positivamente en el indicador, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. continúa trabajando con su red pública en el desarrollo y el fortalecimiento de la política pública de salud y los proyectos de inversión tales como: Salud a su casa, Aseguramiento en salud, Niñez bienvenida y protegida, Vigilancia epidemiológica e Instituciones saludables y amigables entre otros; apoyados además por el trabajo intersectorial de manera que la intervención sea conjunta y complementaria.

Acciones que se destacan durante el 2010 para influir positivamente en el comportamiento del indicador:

- Se continúa con la vigilancia de malformaciones congénitas como estrategia central para la disminución de la mortalidad infantil potencialmente evitable desde los casos de difícil afectación por el conocimiento y tecnologías que se manejan actualmente.
- Se continúa con el desarrollo de todas las estrategias comunitarias e institucionales que garantizan las coberturas útiles [mayor a 95%] de vacunación, siendo esta la estrategia más importante disminuir la mortalidad infantil.
- Se promueve la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad; se continuaron fortaleciendo las estrategias de información y educación masiva, así como la capacitación al personal de salud para que se fomente esta práctica protectora. De igual forma, se encuentra en proceso el diseño de un sistema de evaluación y graduación del riesgo de morir de niños y niñas menores de 1 año, con el fin de desarrollar las acciones necesarias para controlar los riesgos y proteger al recién nacido acompañando su crecimiento. Así mismo, el proceso de implementación de las estrategias AIEPI-Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, IAMI-Instituciones amigas de la mujer y la infancia y Línea ERA.
- En la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, como práctica protectora, durante 2010 se ha continuado el trabajo en el marco de la mesa Distrital de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, la cual integra acciones del ICBF regional Bogotá IDIPROM y SaludCoop, al interior de los jardines incluidos en la meta de cada localidad se continuo el desarrollo del plan de acción, el cual contempla principalmente actividades de formación en lactancia materna y alimentación infantil saludable. Con esta estrategia se llega indirectamente a 28.000 niñas y niños del distrito. Unido a lo anterior se continuaron acciones de promoción del código de sucedáneos de la leche materna y del decreto 1397 de 1992, en las 20 localidades de Bogotá.

81



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- En el proceso de implementación de las estrategias AIEPI Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia y LINEA ERA se ha avanzado en los siguientes procesos:
- Se continúa fortaleciendo la acción intersectorial a través de la mesa de trabajo con Secretaría de Integración Social para direccionar la operación de la Resolución 057 de 2009 que reglamenta los estándares de Calidad para la Educación Inicial en jardines infantiles públicos y privados.
- Continuidad de la mesa de trabajo del comité interinstitucional que coordina lo establecido en el Convenio 8087/2008 con el ICBF para el trabajo y atención integral de la población infantil de los programas de prevención y protección y capacitación.
- Se continúa el trabajo con los actores sociales [Instituciones y organizaciones comunitarias que contribuyen en la atención materno infantil, como Iglesias, Policía comunitaria, organizaciones Indígenas, ONG] en cada localidad se promueve el desarrollo de habilidades frente al cuidado y atención a la población materno e infantil.

#### Logros Alcanzados 2010

- En el 2009 se obtiene el Premio Internacional América a la Excelencia en el Servicio Público, en la categoría de "Premios de Liderazgo en Salud Pública: Reducción en Mortalidad Infantil". El premio fue iniciativa: Instituto de Naciones Unidas para la formación e investigación (UNITAR), CIFAL Atlanta la cual es apoyada por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Corporación Andina de Fomento (CAF), entre otras.

Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS-Familia Amiga de la Mujer y la Infancia, 665 HOBIS-Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno

82



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.

- Durante todo el año 2010 la SDS logró la motivación a las 8 EPSS en la realización de acciones dirigidas a niños y niñas menores de 1 y 5 años en el compromiso de la ciudad para contribuir de manera específica en el porcentaje de reducción de mortalidad, solicitando que se maneje la consulta de niños y niñas enfermos con la metodología AIEPI (Amigas de Instituciones de Enfermedades Prevalentes de la Infancia), fortalecimiento de las Salas ERA (Enfermedades Respiratorias Agudas), garantizando el acceso efectivo y calidad plena en la prestación de los servicios de salud en el I y II nivel de atención como la puerta de entrada a los servicios en salud para los niños y menores de 1 año, en la red adscrita de IPS de las 8 EPS-S, así como el seguimiento a los resultados de los análisis de muertes en menores de 5 años, evitable por Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), para la disminución de las barreras administrativas y factores asociados a esas muertes, proponiendo planes de mejoramiento, articulación entre las IPS y el asegurador, en RN con bajo peso o en riesgo para una correcta ubicación y seguimiento en la atención, mayor control y seguimiento a la calidad de la prestación de servicios de salud por parte de los aseguradores y sus respectivos prestadores.

Por parte de la Dirección de aseguramiento incluyó desde el 1 de junio de 2010, dentro de los anexos del contrato entre el Ente Territorial y las 8 EPSS Distritales el reporte de las acciones en menores de 1 y 5 años con el compromiso de la reducción de la mortalidad, a las que se realizaran seguimiento por parte de la firma interventora, verificando sus avances, logros y resultados en compañía de la Dirección de Aseguramiento.

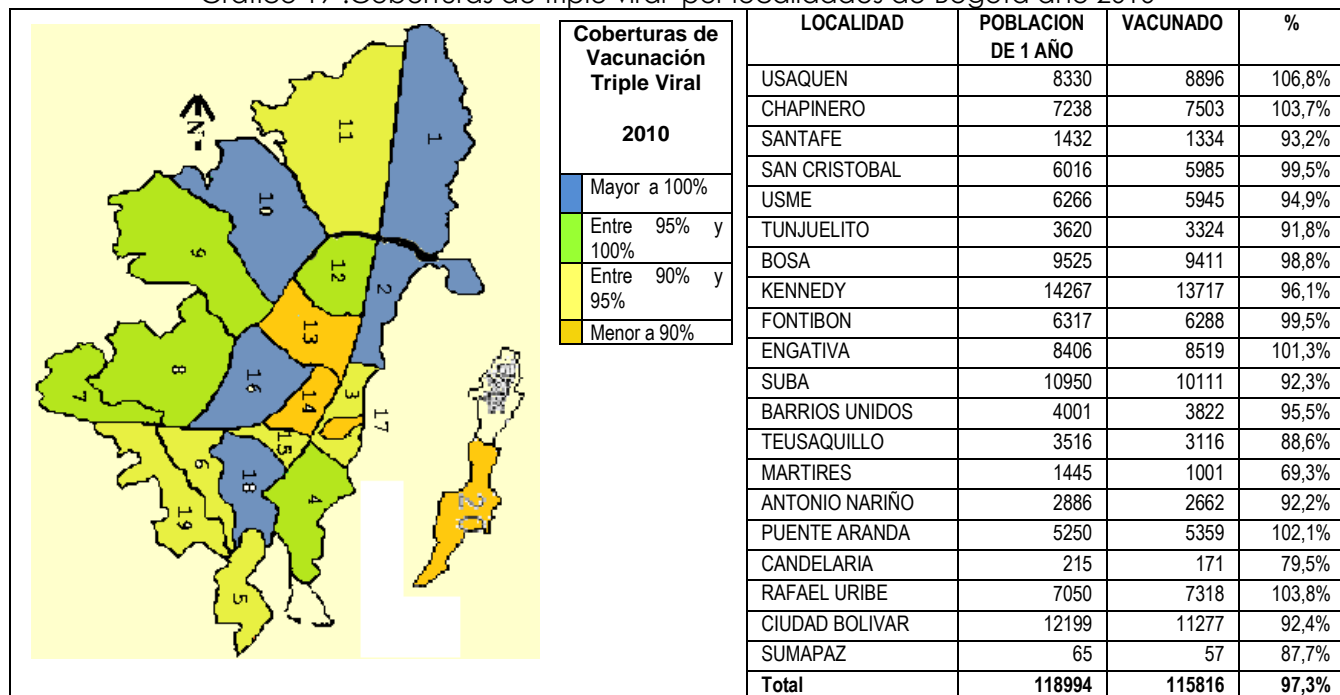
La línea 195, la Central Única de Referencia y Contra referencia – CURYC, ha operado durante todo el año 2010 solucionando las dificultades en la atención en salud, disminuyendo las barreras de acceso a los servicios. La intervención priorizada en menores de cinco años y particularmente en los menores de una año, que realiza la Línea 195 de la CURYC – Secretaría Distrital de Salud, en los Regímenes Subsidiado, Contributivo, Regímenes Especiales y población participante vinculada, ha generado hasta la fecha más de 37.000 solicitudes de intervención con 75.000 seguimientos a dichos casos hasta la fecha, En la Línea 195 los casos solamente son cerrados en al Bitácora de seguimiento hasta tanto el usuario logra de manera efectiva su solicitud de servicios de salud sin importar el plan de beneficios o régimen de atención en salud a que pertenezca.



## 6. Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación contra triple viral en 95%.

Bogotá alcanzó el 97.3% de coberturas para el biológico triple viral en la población de un año de edad en el Año 2010.

Gráfico 19 .Coberturas de triple viral por localidades de Bogotá año 2010



Fuente PAI – Dirección de Salud Pública – Secretaría Distrital de Salud 2010

Alcanzaron coberturas útiles de vacunación mayores o iguales al 95% diez (10) localidades del Distrito Capital: con coberturas mayores al 100% en el 2010 están las localidades de Usaquén [106,8%], Chapinero [103,7%], Engativá [101,3%], Puente Aranda [102,1%] y Rafael Uribe Uribe [103,8%]. Con coberturas entre el 95% y 100% en el 2010, están las localidades de San Cristóbal [99,5%], Bosa [98,8%], Kennedy [96,1%], Fontibón [99,5%] y Barrios Unidos [95,5%].

Las demás localidades [10] no alcanzaron coberturas útiles de vacunación mayores o iguales al 95% en el año 2010: con coberturas del 90% al 95% están las localidades de Santafé [93,2%], Usme [94,9%], Tunjuelito [91,8%], Suba [92,3%], Antonio Nariño [92,2%] y Ciudad Bolívar [92,4%]. Finalmente, con coberturas menores del 90% en el 2010, se encuentran cuatro (4) localidades del Distrito Capital que son: Teusaquillo [88,6%], Mártires [69,3%], Candelaria [79,5%] y Sumapaz [87,7%].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

**Al haber alcanzado en el Distrito Capital, una cobertura del 97,3% en Triple Viral, se considera que la población de niños y niñas de un año en la ciudad está cubierta [inmunizada] contra riesgos que cubre este biológico.**

En complementariedad con las acciones de vacunación de triple viral para niños de un año, se realizó jornada masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola en la población de 1 a 8 años de edad en la cual se obtuvo como resultado la vacunación de 801.716 niños y niñas con una cobertura del 95% por monitoreo rápido de coberturas, logrando así la certificación del cumplimiento de la jornada por parte de la Organización Panamericana de la salud.

El cubrimiento del esquema de vacunación permite la no ocurrencia de eventos no deseados en salud, para esta población, considerada vulnerable y de especial protección a fin de garantizar individuos sanos y productivos a la sociedad.

En el desarrollo de las metas del PAI, la Secretaría Distrital de Salud, mantiene su liderazgo a nivel nacional, dado su eficiente cubrimiento en el desarrollo del programa, que inicia con la articulación de los programas de promoción y prevención ofrecidos en los hospitales de la red pública y privada de servicios de salud y se refuerza con la articulación de programas como Salud a su Casa, Salud al Colegio y Comunidades Saludables.

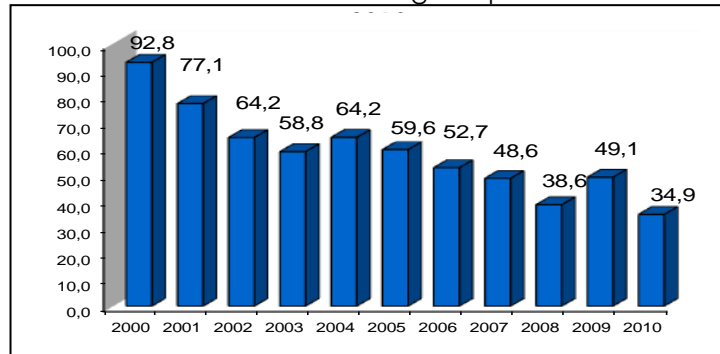
## **7. Reducir la tasa de mortalidad materna a 42,9 muertes por cien mil nacidos vivos.**

En Bogotá, en el año 2010, se tuvo una tasa de 34,9 muertes por cien mil nacidos vivos, tasa inferior a la meta del milenio [42,9 muertes por cien mil nacidos vivos]. Respecto al 2009 [49,1 muertes por cien mil nacidos vivos], se tuvo una disminución del 29% manteniendo la tendencia que desde el año 2001, ha manifestado este indicador, evidenciando el logro de la ciudad para incidir en los riesgos que pueden determinar la muerte de una materna [Gráfico 20]. Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva; dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta Estatal [entre los que se destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud y la normatividad vigente] que son inherentes a su estado de salud.



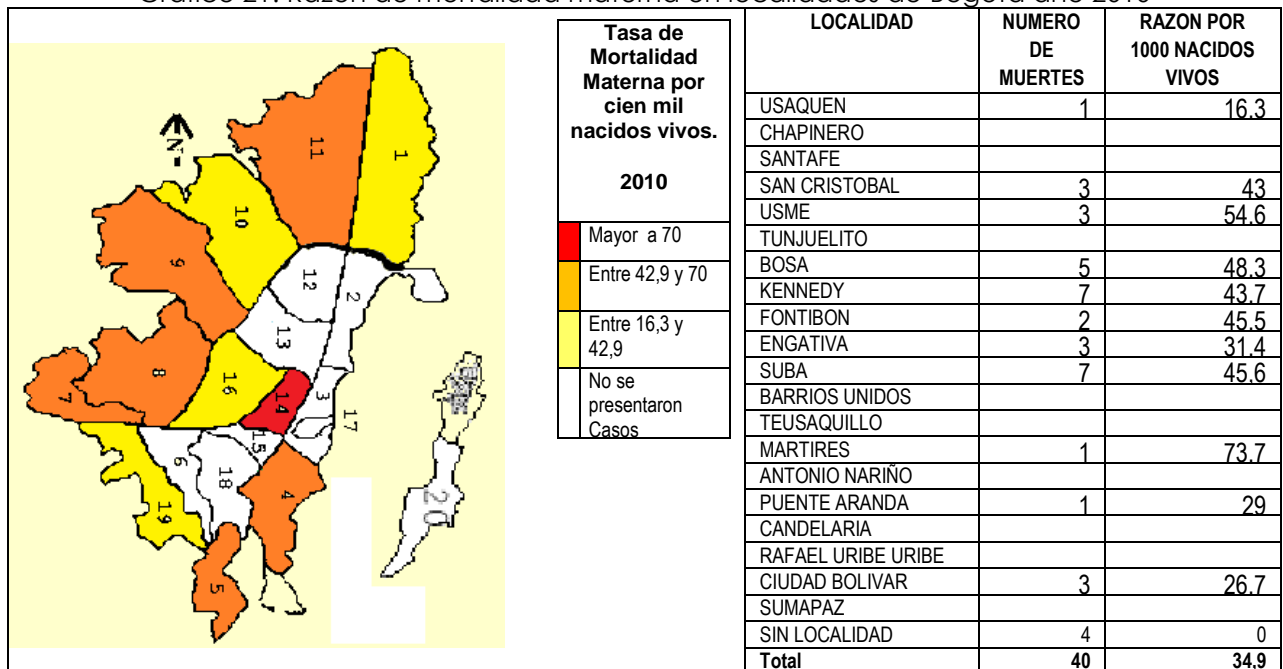
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfico 20. Razón de mortalidad materna en Bogotá por 100.000 nacidos vivos años 2000 a



Fuente Dirección de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud - 2010.  
Información Preliminar Sujeto a Ajustes.

Gráfico 21. Razón de mortalidad materna en localidades de Bogotá año 2010



Fuente Dirección de Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud - 2010.  
Información Preliminar Sujeto a Ajustes.

Las localidades en donde presenta mayor riesgo de morir, para una mujer gestante son en los Mártires, con 2.1 veces más el riesgo frente a lo distrital, seguida de Usme (1.5), Bosa, Fontibón y Suba con 1.3 veces más riesgo.

En el análisis del comportamiento del Indicador en las localidades de Bogotá [Gráfico 9] se puede establecer que la localidad de Mártires [73,7] presenta el más alto valor del indicador de mortalidad materna, seguido por Usme [54,6], Bosa [48,3], Suba [45,6],<sup>86</sup> Fontibón [45,5], Kennedy [43,7] y San Cristóbal [43]. Estas localidades están por



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

encima de la meta del milenio [42,9]. Influyen en este indicador, el tipo de población que habita estos territorios, las condiciones socioeconómicas, culturales y sociales; corresponde a localidades con niveles de pobreza altos, zonas de desarrollo urbano reciente, en las cuales ha habido asentamientos de familias desplazadas o como en el caso de Mártires, de habitantes de calle.

Otras localidades presentan Tasas de Mortalidad Materna por cien mil nacidos vivo por debajo de la meta del milenio: Usaquén [16,3], Engativá [31,4], Puente Aranda [29] y Ciudad Bolívar [26,7]. En las demás localidades no se identificaron casos de mortalidad materna.

El comportamiento del indicador se relaciona con barreras de orden cultural de difícil intervención. En grupos focales realizados por la red social materna infantil con gestantes se ha identificado que las representaciones culturales de las mujeres gestantes asociadas a este núcleo se relacionan con la premisa de solo asistir al centro de salud cuando se presenta la enfermedad, de igual manera el fenómeno de desplazamiento que vive actualmente la ciudad genera procesos de desarraigo afectivo e histórico, vivenciando una heterogeneidad cultural que en muchas ocasiones es desconocida por los equipos de servicios de salud, ampliando barreras adicionales de orden comunicativo, dificultando la claridad en mensajes, un mantenimiento de vínculos sólidos que garanticen cercanía y confianza y por supuesto una lectura de necesidades no acorde a la dinámica socio cultural de estos grupos poblacionales.

La disminución del indicador de mortalidad materna, refleja las acciones emprendidas y dirigidas a la garantía de los derechos de la mujer gestante. Estas se han desarrollado con estrategias de trabajo en red [red de servicios y red social materna infantil], con aseguradores, prestadores de servicios de salud, organizaciones sociales y la sociedad civil; su desarrollo se ha fundamentado en la metodología de trabajo por demoras transformándolas en oportunidades para afectar positivamente los determinantes sociales en salud. Las estrategias definidas por el grupo funcional de la red materna perinatal, para impactar de manera positiva en el indicador, se pueden concretar en el siguiente grupo de acciones trazadoras:

- Bogotá continúa con la implementación de la Política Pública de Reducción de la Mortalidad Materna perinatal y el desarrollo de sus tres líneas de intervención relacionadas con: Promoción de la salud materna, oportunidad de la atención y la calidad de los servicios de salud para la mujer gestante.
- Desarrollo de estrategias de información y comunicación para la línea de promoción de la salud de la familia, que incluye piezas audiovisuales [producción de cuatro mini documentales sobre la importancia de la red primaria en el cuidado de la salud materna, nacer con derechos y compromisos de la familia gestante], diario de la familia gestante [recorrido por los diferentes servicios a los que tiene derecho] y pieza comunicativa sobre señales de alarma y su reconocimiento para acudir de manera temprana al servicio de salud con el<sup>87</sup>



título "el cuerpo te habla", como apoyo a las acciones de promoción en salud materna perinatal.

- Desarrollo de materiales impresos en salud materna infantil que fueron construidos y validados de manera conjunta con las mujeres gestantes, niños, niñas, cuidadores familiares y profesionales de la salud. ["Diario para la mujer gestante y su familia", "Decálogo de derechos", "Decálogo de compromisos y señales de alarma"].
- Actividad denominada "la semana de amor por Bogotá", con el slogan "Bogotá de puertas abiertas a la familia gestante a través del mensaje Pedagógico: "Exige desde el comienzo tus controles prenatales", permitió generar movilización social, abogacía y sentidos de responsabilidad compartida en los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud, a favor de la salud de la familia gestante. El total de participantes fue de 15.000 personas aproximadamente.
- Se continúa con el suministro de micronutrientes como ácido fólico y sulfato ferroso a la gestante para evitar la presencia de anemia y malformaciones del tubo neural en los bebés.
- Jornada Distrital de "La Salud Materna Perinatal Un compromiso de Todos", desarrollada en 2010, en el marco del programa "Amor por Bogotá". En el evento se movilizaron los temas de mayor interés para la política en salud materna perinatal, "Bogotá de puertas abiertas a la familia gestante" con la participación de 300 profesionales de diferentes disciplinas de las 21 ESES y de las empresas aseguradoras del régimen contributivo como de subsidiados.
- Movilización de la "ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes" como herramienta de acceso a los servicios y que busca fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social [Salud, Bienestar Social y Educación]; esta actividad se ha desarrollado en 470 sedes para activar una respuesta integral frente a la gestación adolescente.
- Desarrollo permanente de Comités de Vigilancia de la Mortalidad Evitable. Análisis del 100% de los casos de mortalidad materna presentados en el Distrito capital, donde se involucra a todos los prestadores de salud del sector público y privado, y el grupo funcional de la red materno-perinatal de la SDS.
- Adopción del Sistema Informático Perinatal [SIP] como una herramienta para obtener información relacionada con la atención materna y perinatal para la población que no se encuentra afiliada al sistema de salud y conocida como "Participantes Vinculados". En los últimos dos años el sistema ha logrado captar en promedio 35.000 datos de mujeres gestantes que han sido atendidas en la Red Adscrita de Hospitales, por eventos obstétricos, en los 138 puntos de atención.
- Implementación del proceso de la vigilancia de la morbilidad extrema en gestantes.
- Asesoría y asistencia técnica a las empresas sociales del estado que atiende control prenatal y atención del parto y a las unidades de cuidado neonatal [8 públicas] y [35 privadas]



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB] en la implementación de la política materna y perinatal y planes de mejoramiento en mortalidad materna.

#### Resultados Alcanzados 2010

- Elaboración, actualización, publicación, distribución y aplicación de 22 guías técnicas científicas para la atención materna perinatal. Se actualizaron las guías maternas [control prenatal, trabajo de parto pre-término, ruptura prematura de membranas, síndrome hipertensivo, atención del aborto, parto instrumentado, curso de preparación maternidad y paternidad] Elaboración de nuevas guías de atención materna perinatal [Sífilis, hemorragia posparto, vaginosis, infección de vías urinarias y embarazo].
- Acompañamiento a los Proyectos Educativos Sexuales en 41 unidades de trabajo, seguimientos a vulnerabilidades psicosociales y de salud para 2.800 gestantes adolescentes, asistencia técnica a las 144 IPS públicas en los planes, proyectos y programas de SSR con énfasis en salud materna perinatal.
- Acompañamiento y seguimiento por parte de profesional de la salud [enfermera jefe] a mujeres gestantes identificadas como alto riesgo biosicosocial, logrando la asesoría y canalización de 5.000 mujeres gestantes adolescentes de alto riesgo para el año 2009, manteniendo para el 2010 la misma cobertura.
- Se logró poner en marcha la Red Social Materna Infantil en las 20 localidades del Distrito Capital, como estrategia para garantizar los derechos de las mujeres gestantes su apropiación y exigibilidad a través de la gestión local y los ámbitos de vida cotidiana en donde habitan las mujeres gestantes y sus familias.
- Realización de jornadas locales llamadas ferias de servicios para la mujer gestante y su familia donde participaron 10.000 personas entre mujeres gestantes, lactantes y sus familias, y profesionales de las diferentes entidades participantes.
- Implementación del "Paquete Especial de Servicios en Salud "Resolución 170 marzo 2009 Gestante Participante Vinculada y Subsidiada y de la Central Única de referencia y Contra referencia [CURYC], para garantizar a la población, especialmente a las gestantes y sus recién nacidos, la atención integral sin barreras de acceso.
- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.
- Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis Gestacional y congénita e Hipotiroidismo congénito. Se tamizaron 14.088 gestantes de las cuales se diagnosticaron 15 casos VIH.

89



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Movilización de la "ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes", como una herramienta útil para facilitar el acceso a servicios y derechos, en tal sentido busca fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social (Salud, Bienestar Social y Educación), esta actividad se desarrolló en 470 sedes para activar una respuesta integral frente a la gestación adolescente.
- En el ámbito escolar, acompañamiento a los Proyectos Educativos Sexuales en 410 unidades de trabajo y seguimiento a vulnerabilidades psicosociales y de salud para 2800 gestantes adolescentes. En este proceso se brinda orientación sobre la importancia de la asistencia a los controles prenatales, asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, entre otros.

#### **8. Incrementar a 95% la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en unión.**

La planificación familiar es reconocida no sólo como una herramienta para mejorar la salud de las mujeres, los hombres, los niños y las niñas, sino también como un derecho sexual y reproductivo que forma parte de los derechos humanos, en dos principios fundamentales como es el derecho a una atención que incluya el acceso regular a servicios seguros y de alta calidad para la salud sexual y reproductiva y el derecho a una autodeterminación reproductiva que incluya los Derechos a planificar la propia familia, la libertad en toma de decisiones reproductivas, a la integridad física y a no sufrir ningún tipo de violencia, discriminación ni coerción que afecte la vida sexual o reproductiva .

La planificación familiar tenía como objetivo el control de las tasas de natalidad a través de la regulación de la fecundidad; los servicios se centraron en la promoción y oferta de diversos tipos de contraceptivos , los cuales eran ofrecidos considerando fundamentalmente su eficacia, las posibilidades de suministro, la escogencia por parte del proveedor y otra serie de factores que olvidaron por completo las necesidades, expectativas, intereses, objetivos reproductivos y prejuicios de las mujeres y familias. El papel de la mujer en este proceso era pasivo: se limitaba a la recepción de una fórmula y unas indicaciones (a veces incomprensibles para ella) que transgredía en muy corto tiempo, abandonando el servicio. Los efectos secundarios en su cuerpo y en su sexualidad eran minimizados por el servicio de salud, más preocupado por índices, porcentajes y medidas estadísticas que por la situación concreta de sus usuarias.

Hacia mediados de la década del 80, con Judith Bruce (BRUCE, Judith. "Fundamental Elements of quality of care: A simple framework." New York: The Population Council. 1989) a la cabeza, se cuestionan tanto el enfoque como la práctica en la prestación de servicios de salud reproductiva. Por primera vez se hace énfasis en la importancia de considerar a la mujer como sujeto (no objeto) de los modelos y servicios. Igualmente la "calidad" del servicio se prioriza sobre la cantidad.

90



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Esta nueva concepción del servicio pretendió subsanar deficiencias comunes y frecuentes en el modelo anterior: considerando la diversidad cultural, la diferencia en objetivos reproductivos, la individualidad, el cuidado real de la salud de la mujer, así como la asignación de la responsabilidad de la elección informada a su protagonista, quien pasa de ser objeto a ser sujeto de la decisión, en real ejercicio de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

A partir de la década del 90 se añaden nuevos elementos al servicio de atención en salud sexual y reproductiva. Donde se enfatiza en una conceptualización y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género. Los principales elementos que entran en este nuevo enfoque son: integralidad de la atención, consideración de las especificidades de género, reconocimiento de la dificultad femenina para el cuidado de la salud, reconocimiento del desbalance de poderes implícito en la relación proveedor-usuaria, necesidad de empoderamiento de las mujeres desde el mismo servicio, auto-determinación femenina y participación en la definición de políticas que atañen a su ser y quehacer, incremento de la responsabilidad masculina en la reproducción y lucha contra la discriminación por cualquier motivo o situación.

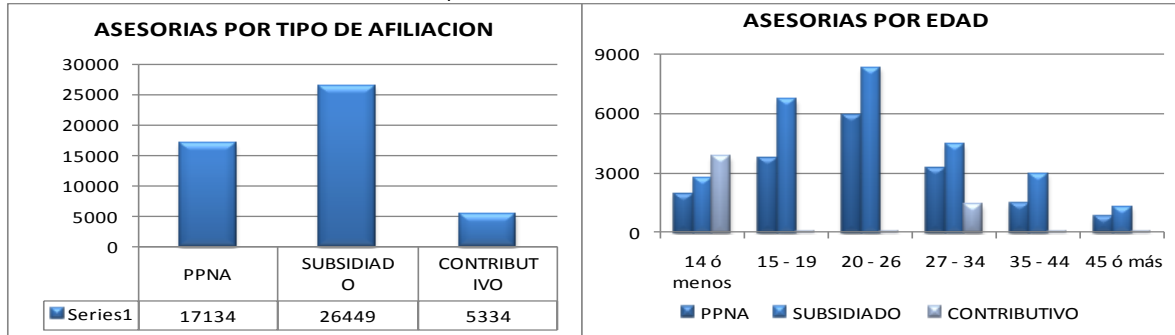
#### DEMANDA Y USO DE MÉTODOS DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD 2010

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. ha venido realizando acciones en las localidades de la ciudad, para realizar la regulación de la fecundidad, en los cuales se aporta a la meta de Incrementar a 95% la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en unión. Los avances del programa de regulación de la fecundación en el 2010 fueron:

- Se avanzó en el análisis del programa por etapa de ciclo vital, lo cual permite tener una mirada integral del comportamiento de la demanda y uso de métodos y de esta manera realizar los ajustes requeridos tanto en la gestión como funcionamiento de los servicios.
- Teniendo como principio la Integralidad en la respuesta a las necesidades de Salud Sexual y Reproductiva, el servicio de regulación de la fecundidad que la Secretaría de Salud brinda a los ciudadanos y ciudadanas de Bogotá, los componentes de asesoría en regulación de la fecundidad, dispensación de métodos los cuales pueden ser temporales o definitivos, consulta de control del método optado por la población femenina o masculina que acude al servicio. Por lo cual a continuación se presentaran los resultados y análisis por cada componente del servicio.



Grafica 22. Consultas de asesorías en métodos de regulación 2010 en la Red Pública de prestación de Servicios

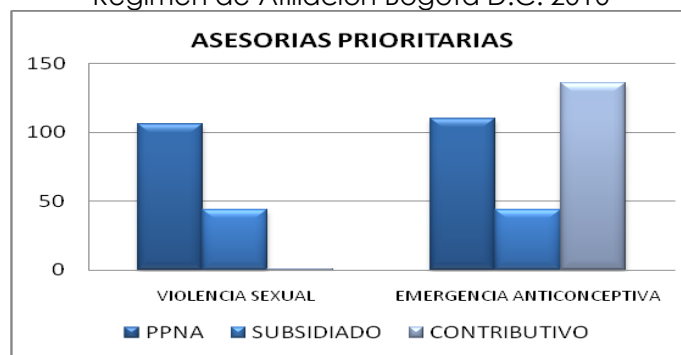


Adscrita a la Secretaría de Salud de Bogotá D.C. PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

Del total de asesorías en métodos de regulación [48.917], se observa que la población pobre no asegurada [PPNA], la población del régimen Subsidiado y en menor medida la del régimen contributivo, han recibido atenciones en la red pública, siendo la población subsidiada la de mayor demanda, de acuerdo con la coberturas de aseguramiento que presenta el Distrito Capital.

La población de la etapa de ciclo de 20 a 26 años es la que más demanda los servicios de asesoría en métodos de regulación; siendo preocupante la baja demanda y cobertura en población adolescente y joven [14 o menos años y de 15-19 años] que es precisamente la población que está aportando en el tema de embarazos en adolescentes y segundo embarazo en población menor a 19 años.

Gráfica -23. Consultas de Asesoría Prioritaria en Métodos de Regulación Según Tipo de Evento y Régimen de Afiliación Bogotá D.C. 2010



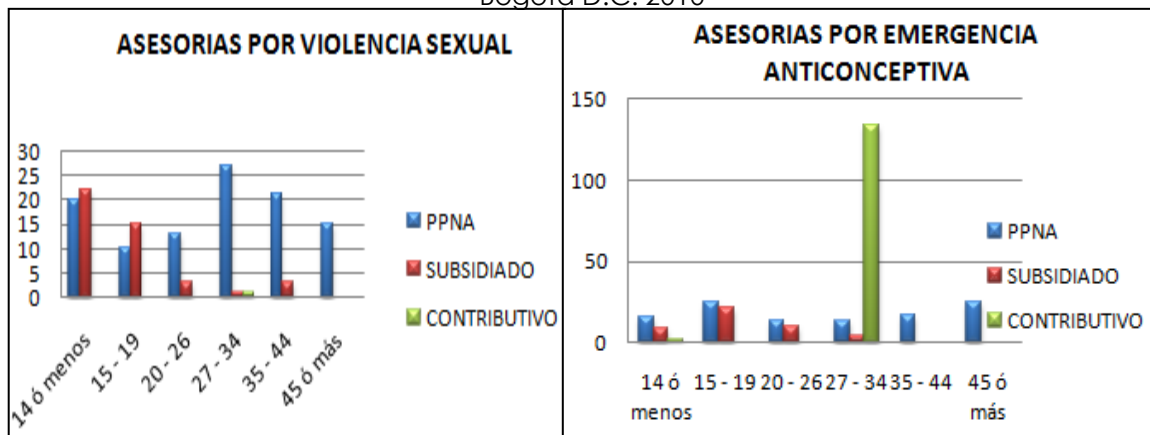
PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

En referencia a asesorías prioritarias se ha venido avanzando en la priorización de ofertar este tipo de consulta para abordaje integral del abuso sexual. Sin embargo<sup>92</sup>



es mayor la demanda por anticoncepción de emergencia que son métodos de regulación utilizados posterior a haber tenido relaciones sexuales, este tipo de método [emergencia anticonceptiva], es de mayor uso en la población afiliada al régimen contributivo lo que puede estar indicando posibles barreras de acceso a los servicios de regulación de la fecundidad y debilidad de los procesos educacionales en referencia al acceso, disponibilidad y uso de métodos de regulación.

Gráfica 24. Consultas de Asesorías en Métodos de Regulación Según Grupos de Edad y Régimen de Afiliación Bogotá D.C. 2010



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 – Dirección de Salud Pública-Secretaría Distrital de Salud D.C.

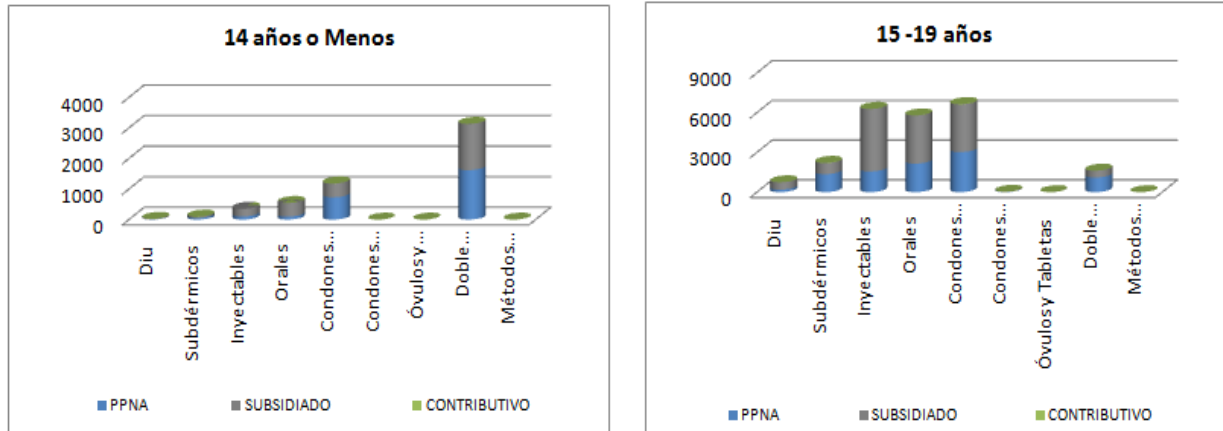
Al comparar las asesorías prioritarias por violencia sexual, se encuentra que en todos las etapas de ciclo está presente este evento siendo más visible en población menor de 14 años, mientras que la anticoncepción de emergencia es más solicitada en población 15 a 19 años.

#### Demanda y uso de Métodos Temporales 2010

A continuación se presente el análisis del comportamiento de uso de métodos temporales de planificación por etapa de ciclo vital, que permitirá ver las preferencias o acceso a los métodos.



Gráfico 25. Uso de Métodos Temporales Adolescentes. Bogotá D.C. 2010



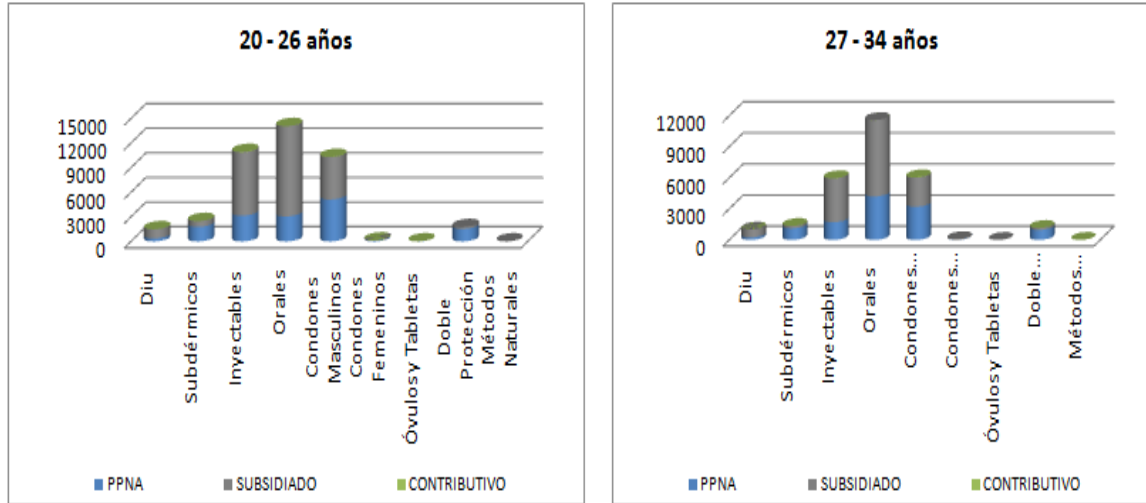
PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

Al evaluar la demanda y uso en población menor de 14 años, se observa que se viene fortaleciendo acciones promocionales frente a métodos de barrera como es el condón. Se requiere adicional a esta actividad, fortalecer el contacto de los adolescentes con los servicios de regulación a través de los procesos de asesorías, a fin de que el adolescente logre una doble protección (método+ preservativo) con lo cual se estaría logrando un verdadero impacto en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

En el rango de 15 a 19 años el comportamiento de la demanda de métodos es más homogéneo, donde predominan especialmente los métodos hormonales inyectables seguidos de los orales e implantes subdérmicos. En relación a la doble protección (uso del preservativo y asesorías) es menor su uso respecto a la población de 14 años o menos, lo que indica que no se realiza una atención integral con miras a prevenir embarazos en este rango de edad al igual que el riesgo de enfermedades de transmisión sexual como VIH Sida. Para este rango de edad el método predominante es el hormonal.



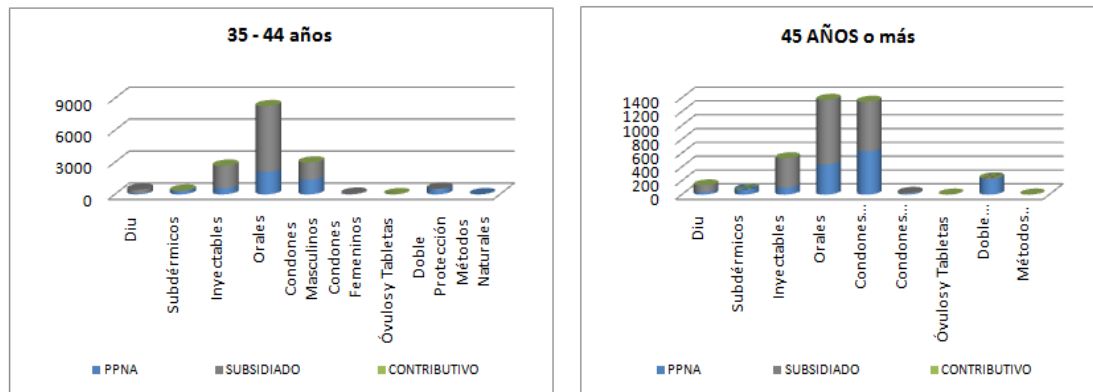
Gráfica 26. Uso de Métodos Temporales Grupo Poblacional de 20 a 34 años



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

El uso de métodos temporales en los grupos de 20-26 y 27-34 años aunque siguen predominando los métodos hormonales, la preferencia se centrada para ambos grupos en los anticonceptivos orales, viéndose una disminución significativa en los métodos de barrera y la promoción y oferta de la doble protección. El método de DIU Dispositivo Intrauterino, tiene un comportamiento similar en los dos grupos de población.

Gráfica 27. Métodos Temporales Grupos 35 – 44 Años y mas según Tipo y Régimen de Afiliación Bogotá D.C. 2010



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada]  
Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud D.C.



En los grupos poblacionales de 30 a 40 años y más, se consolida el método hormonal oral, a pesar de la oferta y disponibilidad de otras opciones que permita garantizar la libre elección de métodos de los programas de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud.

Al evaluar asistencia a consulta de control del método se observa que la población que más asiste es la población de 15 a 19 años seguida por la de 27-34 años, siendo muy baja la asistencia a controles de la población menor de 14 años; en general se observa que no existe cultura de control de método de planificación en general para todos los grupos etáreos.

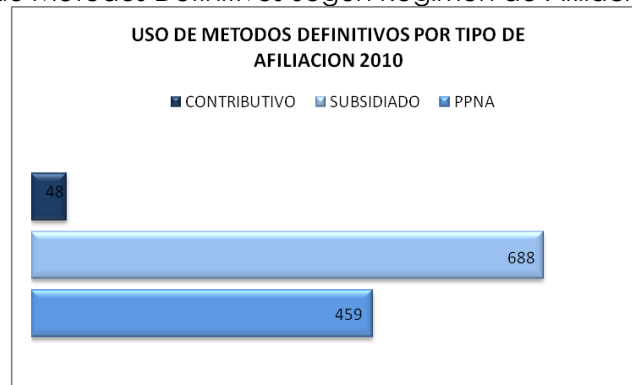
Gráfica 28. Demanda de Consulta de control de Métodos Temporales Según Tipo y Régimen de Afiliación Bogotá D.C 2010



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

Respecto al uso de métodos definitivos, a continuación se presenta el comportamiento de la demanda de métodos definitivos de 3 Empresas Sociales del Estado, que ofrecen servicios de métodos definitivos de ligaduras y vasectomías:

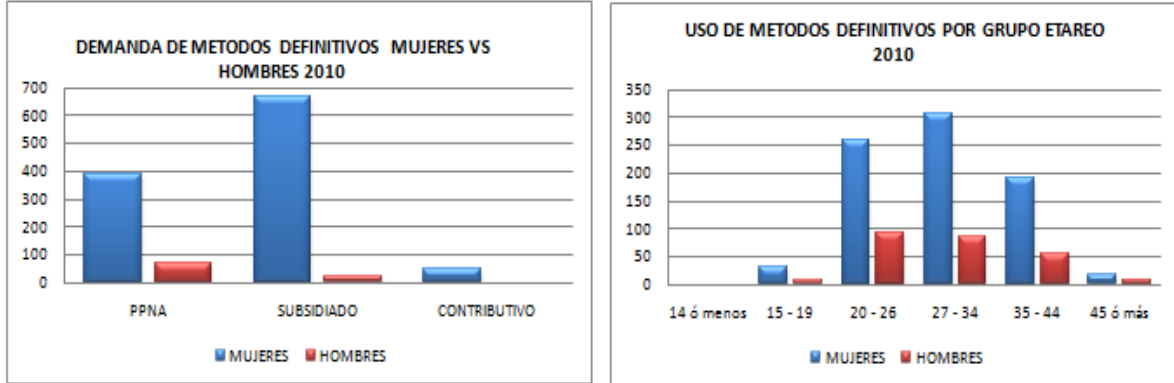
Gráfica 29. Uso de Métodos Definitivos Según Régimen de Afiliación - Bogotá 2010



Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.



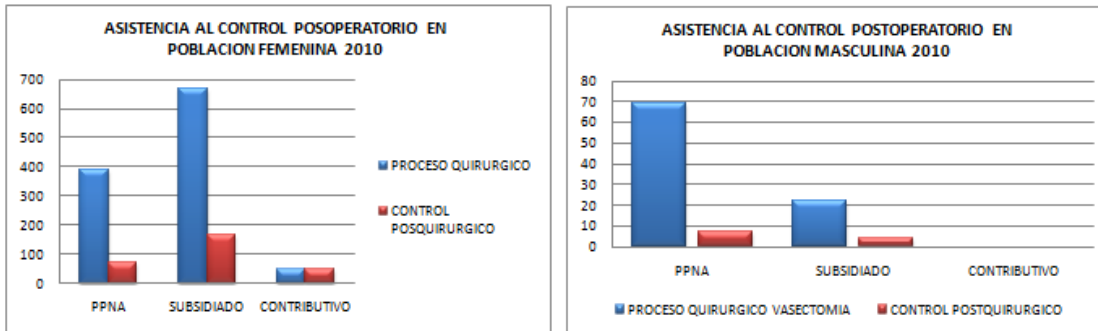
Grafica 30. Uso de Métodos Definitivos Según Sexo y Régimen de Afiliación Bogotá 2010



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

En referencia a la demanda de métodos definitivos, la población del régimen subsidiado es la que mayor uso hace de estos métodos, seguido de la población pobre no asegurada (vinculada). La población joven (20-26,27-34 años) y las población femenina es la que más solicita métodos definitivos.

Gráfica 31. Demanda de Consulta de Control de Métodos Definitivos Según Sexo y Régimen de Afiliación Bogotá D.C. 2010



PPNA: Población Pobre No Asegurada [Vinculada] Fuente: Base Informes Regulación Fecundidad Año 2010 - Dirección de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud D.C.

La consulta de control en métodos definitivo no difiere su comportamiento en relación a los métodos temporales, su demanda es relativamente baja respecto a las consultas de primera vez. Esta situación puede generar riesgos sobre la efectividad de los métodos, pues se requiere el seguimiento para evaluar y/o ajustar su uso por parte de los usuarios.

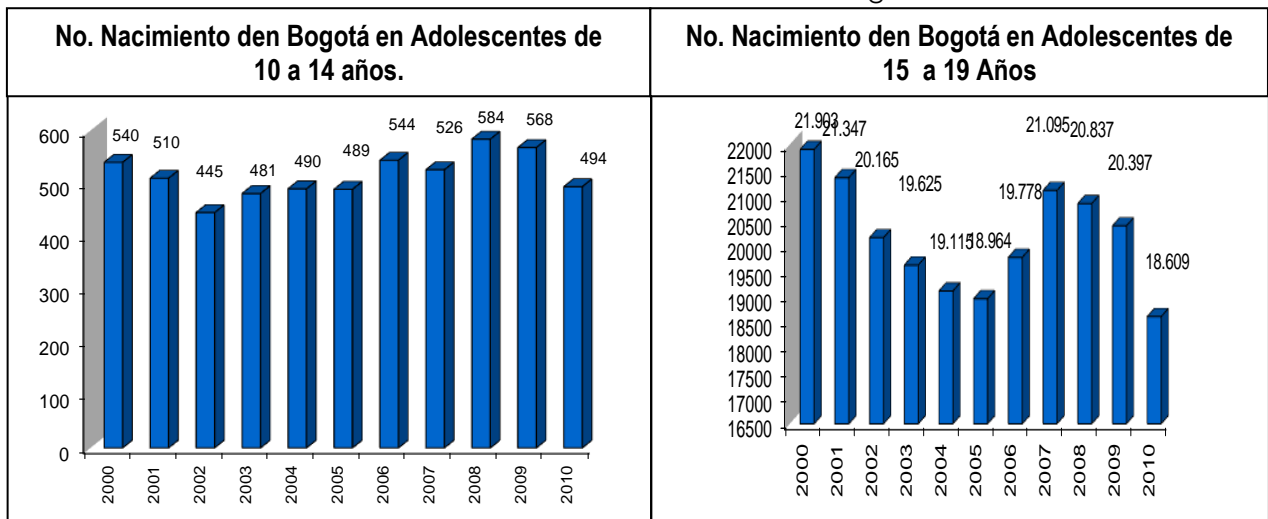


**9. Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esa cifra por debajo del 15%.**

El embarazo en adolescentes convoca la complejidad de determinantes estructurales definidas en la gama de lo económico, social y cultural. Las poblaciones con bajas condiciones socioeconómicas y culturales, lo cual junto al desconocimiento de sus derechos y deberes en salud así como de los derechos sexuales y reproductivos inciden fuertemente en esta problemática.

En el Distrito Capital se reportaron en el 2010 494 nacimientos en Adolescentes de 10 a 14 años [Gráfico 32] y 18.609 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años [Gráfico XX]. En comparación con el año 2009 se observa una disminución del 13% en el número de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años [pasa de 568 a 494 nacimientos] y del 8,8% en el número de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años [pasa de 20.397 a 18.609 nacimientos].

Gráfico 32. Nacimientos en adolescentes en Bogotá 2010.



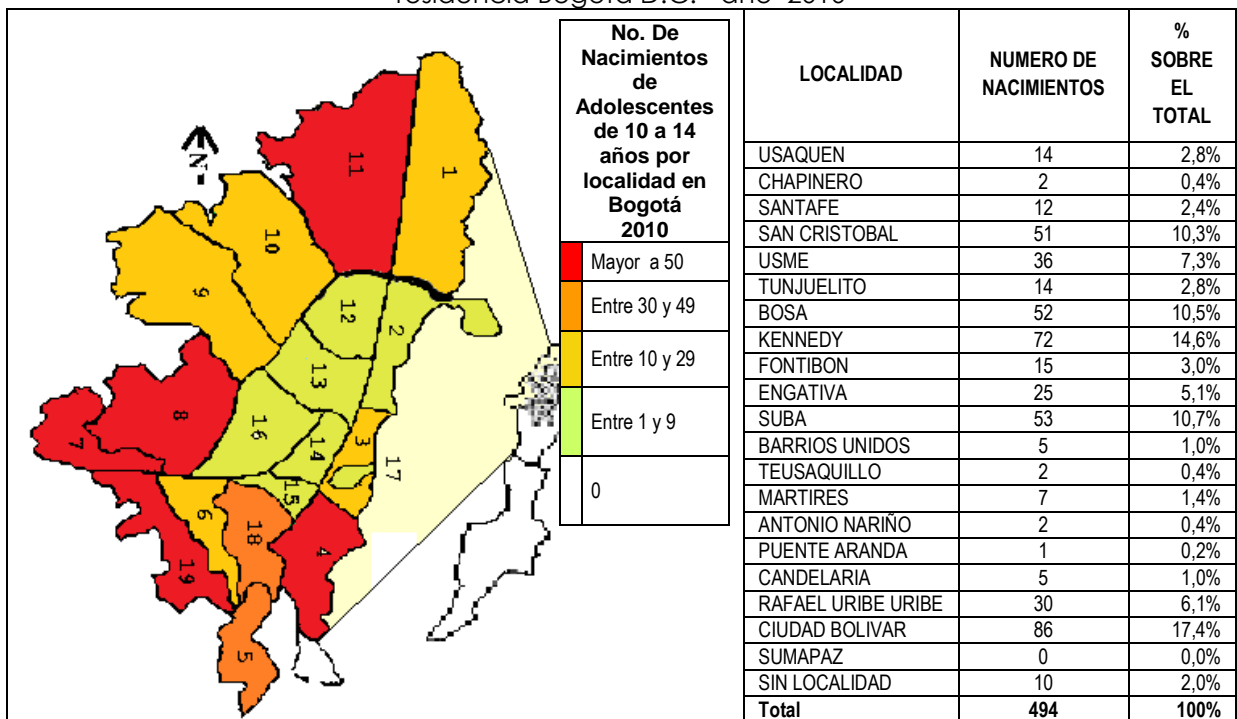
Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF. Año 2010 Datos preliminares

Al revisar el comportamiento de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años por localidad de residencia en el año 2010 se observa que las localidades que aportan el mayor número de nacimientos son [Gráfico XXX]: Ciudad Bolívar con el 17.4% (n=86), Kennedy con el 14.6%(n=72), Suba 10.7% (n=53) le siguen en su orden Bosa con el 10.5% (n=52), San Cristóbal 10.3% (n=51) y Usme con el 7.3%(n=36). En estas localidades en su mayoría las familias son mono-parentales, es decir sólo uno de los padres responde por la crianza de sus hijos que por lo general es la madre y se convierte en madre cabeza del hogar, razón por la cual debe trabajar y sus hijos adolescentes están a cargo del cuidado de sus hermanos, asumiendo el papel de cuidadores y el algunos<sup>98</sup>



casos privándose de la oportunidad de acudir al colegio. Así mismo la ausencia de los padres, la falta de aprovechamiento del tiempo libre, así como la falta de afecto, atención y orientación están generando problemas en su desarrollo psicosocial, de autoestima, de falta de un proyecto de vida incrementando y favoreciendo situaciones de riesgo para que esta población sea víctima de violencia y abuso sexual. Situación diferente se observa en las localidades como Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Puente Aranda, Antonio Nariño y Candelaria y Sumapaz en donde se registra el menor número de nacimientos de la ciudad en este grupo poblacional y que puede estar asociado a niveles sociales económicos y culturales que inciden positivamente en la prevención de embarazo en los adolescentes, partiendo de un núcleo familiar que presenta un mayor nivel de cohesión, en donde los padres comparten la responsabilidad de la educación y el cuidado de sus hijos ofreciendo más y mayores oportunidades de desarrollo y un mejor proyecto de vida.

Gráfico 33. Distribución de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años por localidad de residencia Bogotá D.C. - año 2010



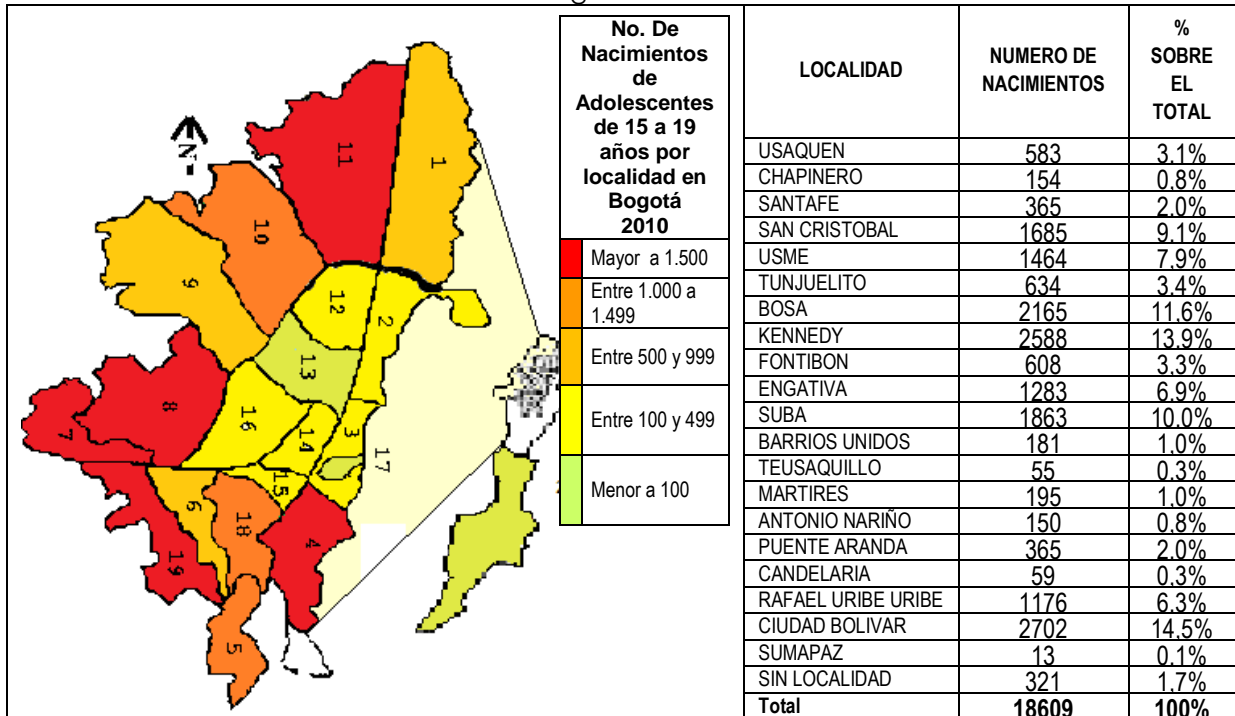
Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF. Año 2010 Datos preliminares

Con relación a los nacimientos en el grupo de 15 a 19 años en el año 2010 [Gráfico XXX] se observa que las localidades que aportan el mayor número de nacimientos son Ciudad Bolívar con el 14.5% (n=2702), Kennedy con el 13.9%(n=2588), Bosa con el 11.6% (n=2165) le siguen las localidades de Suba con el 10% (n=1863), San Cristóbal con el 9.1% (n=1685) y la localidad de Usme con el 7.9%(n=1464), lo que evidencia que son



localidades que demandan gran atención por el número de nacimientos en este grupo poblacional y que están igualmente afectadas por condiciones sociales, culturales y económicas que pueden en evidencia un “problema social” de la ciudad, derivado de una serie de situaciones emergentes en comunidades pobres y vulnerables y limitando la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida. Por otro lado las o los adolescentes socialmente no se les permite expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual y sus imaginarios en torno a la paternidad y o maternidad. Se observa que existen factores culturales que están incidiendo en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, así como en la demanda oportuna de los servicios de salud lo que está generando embarazos no planeados y no deseados.

Grafico 34. Distribución de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años por localidad de residencia Bogotá D.C. - año 2010



Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF.

A diferencia de las localidades como Teusaquillo, Candelaria y Sumapaz que presentan el menor número de nacimientos se observa que esta situación puede estar afectada por mejores condiciones educativas sociales y culturales de esta población, generando más oportunidades de desarrollo personal al contar con un proyecto de vida más definido.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Por lo anterior es necesario el concurso de todos los sectores de la ciudad no solo con el sector salud sino en coordinación con el sector educativo y de Integración social con el fin de ofrecer espacios que permitan aportar a la población mejores y más sanas opciones de atención y orientación a fin de afectar positivamente y prevenir el embarazo en adolescentes. De esta perspectiva, uno de los temas vitales para esta población es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus múltiples dimensiones (afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética) convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial.

Desde el sector salud del Distrito Capital, se obtuvieron los logros que se mencionan a continuación:

- Acompañamiento a la formulación de los planes educativos PES en 470 sedes de colegios (500.000 niños, niñas y adolescentes) que incluyó la educación para la sexualidad como estrategia para desarrollar procesos formativos.
- Operación de la Línea 106 al alcance de niños, niñas y adolescentes que funcionó los 7 días a la semana durante 15 horas a través diferentes mecanismos de acceso [teléfono, Chat y Buzón] y que operó como una red de apoyo, los niños niñas y adolescentes no sólo hablan de sus problemas sino también sobre experiencias positivas en una solicitud de información en salud y de las experiencias relacionadas con la construcción de su sexualidad.
- Se diseñó e implementó la estrategia de comunicación "Que tu primer sea el amor propio" (Difusión de la estrategia de comunicación con más 8.900 adolescentes y jóvenes); de igual forma se diseñó e implementó la estrategia educativa "Asómbrate bajo el árbol de la vida" para los temas de prevención de embarazo adolescente.
- Las medidas que vienen siendo implementadas para el cumplimiento a la meta, han tenido como plataforma conceptual los derechos sexuales y derechos reproductivos, llevados a la práctica mediante dos ejes fundamentales: por un lado, la movilización social de adolescentes y jóvenes alrededor de sus derechos sexuales y reproductivos en ámbitos de vida como el comunitario y escolar, a través del estrategia de Salud al Colegio, materializado en procesos de formación de capacidades, reflexión y conocimiento respecto a temáticas como: autoestima, proyecto de vida, métodos de planificación familiar, prevención del abuso sexual, comunicación efectiva, relaciones de género
- Por otro lado, a través del convenio de cooperación técnica con el UNFPA se realizó la producción y distribución de material educativo: Distribución de 2.585.000 condones masculinos y 30.000 condones femeninos (14 ESE, Universidades, batallones, ONG, cárceles, grupo juveniles, evento educativos con las poblaciones más vulnerables a ITS/VIH/Sida incluidos adolescentes y jóvenes) y se hizo la producción y distribución de 1.000 video clips.

101



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Se llevó a cabo la organización y desarrollo de evento con Misión Bogotá, con la participación de ESE Y EPS-C, para movilizar el tema de los Salud Sexual y Reproductiva, con la participación de más de 1.000 adolescentes y jóvenes.

### **10. Mantener la prevalencia de la infección del VIH por debajo del 1%.**

La información disponible para definir la prevalencia de VIH son los estudios centinela que son definidos por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, los dos últimos fueron realizados en 2004 con un 0,7% para población general y en 2009 con 0,04% en mujeres gestantes que se define como una población espejo de la general. Al contrastar estos resultados con los disponibles en otras ventanas epidemiológicas como laboratorios especializados en VIH y Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, se puede definir que **el Distrito Capital ha logrado mantener la prevalencia de VIH en población general por debajo del 1%**, por lo cual se establece que la epidemia de VIH en la ciudad continua siendo concentrada en grupos de mayor vulnerabilidad como hombres que tienen sexo con otros hombres 0,16% (Resultado preliminar Estudio de Comportamiento sexual y Prevalencia de VIH en HSH, 2010).

### **11. Reducir la incidencia de nuevos casos de VIH a 13 casos por cada 100.000 habitantes.**

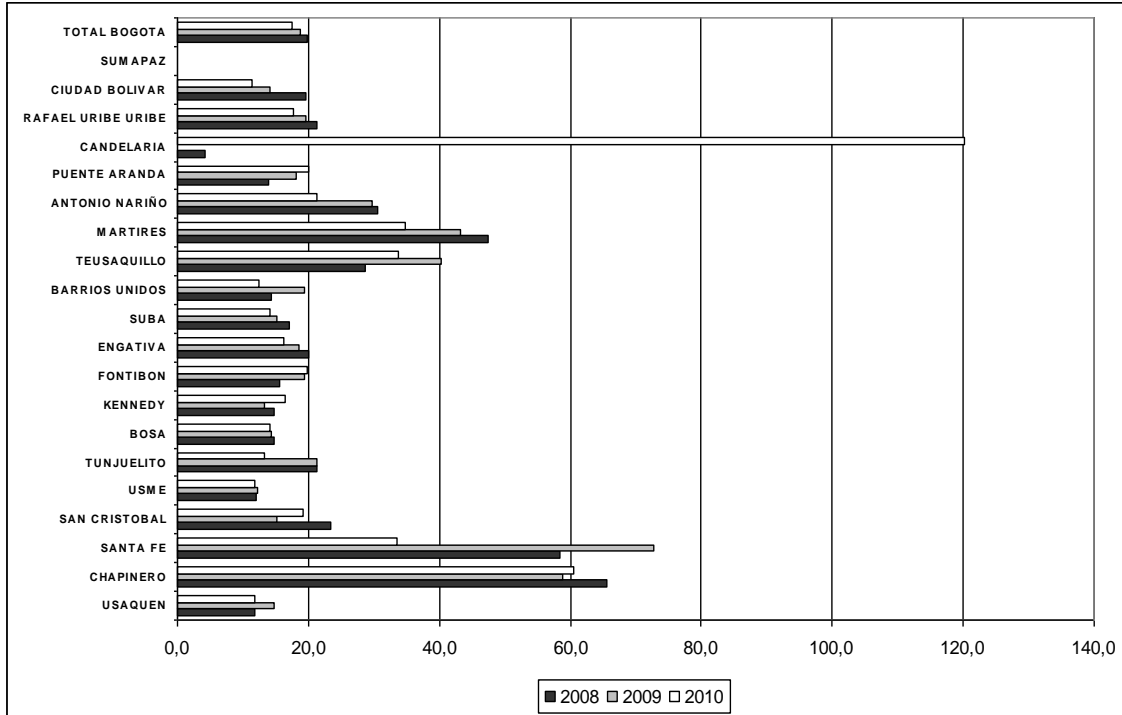
En los primeros 8 años del último decenio para la ciudad se observa un aumento sostenido en la proporción de incidencia por VIH. En 2009 y 2010 por primera vez se observa una disminución en este indicador 18,8 y 17,6 respectivamente, relacionados con el menor número de casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, aunque no se ha logrado alcanzar la meta de 13 por 100.000 habitantes.

La mayoría de las localidades reportan disminución en la proporción de incidencia para 2010 a excepción de Kennedy, San Cristóbal, Fontibón, Puente Aranda, Chapinero y Candelaria, esta última es la que reporta el mayor aumento. Las localidades que están por debajo de 13 casos de VIH por 100.000 habitantes fueron Sumapaz, Ciudad Bolívar, Usaquén, Usme y Barrios Unidos [Gráfico 35].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Grafico 35. Proporción de incidencia de VIH X 100.000 habitantes en Bogotá D.C. según localidad de residencia 2008 a 2010.



Fuente Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. SIVIGILA 2010 – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

## 12. Lograr una incidencia de malaria de 5 casos por cada 100.000 habitantes.

Las acciones en Bogotá, se encaminan a atender los casos detectados en la ciudad, dado que la ciudad por sus condiciones geográficas no se considera una zona endémica.

En Bogotá no existen condiciones para la transmisión de la enfermedad; sin embargo, cada vez consulta mayor número de personas por malaria, procedentes de diferentes zonas endémicas del país, especialmente de la Orinoquía y Amazonía. En este sentido, es importante tener en cuenta que las instituciones de salud del Distrito deben contar con las herramientas suficientes para prestar el servicio ante la presencia de este evento con calidad y oportunidad.

Los casos identificados y atendido de malaria en el 2010 fueron 342 con la siguiente distribución: 367 casos de malaria por Vivax [malaria Benigna], 32 casos de malaria por Falciparum (malaria complicada) y 25 casos de malarías asociadas (formas mixtas).

Como logros en el desarrollo de las acciones para atender los casos de malaria en Bogotá se tiene:



- Se observa mayor compromiso por parte de las aseguradoras en el diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz motivado por el gran aumento de casos en enfermedades transmitidas por vectores en especial dengue y malaria que han tenido un incremento notable en el presente año.
- Continúa capacitación a las EPS e IPS respectivas en cada localidad de las 440 IPS asesoradas, de acuerdo a la programación respectiva.
- Se ha venido participando continuamente en la sensibilización a la comunidad a través de los medios de comunicación para la prevención de los eventos y para la identificación temprana de los signos y síntomas de la enfermedad para la consulta oportuna a los servicios de salud.

### 13. Lograr una cobertura al Sistema General de Salud del 100%.

Mediante radicado 118342 del 20 de agosto de 2010, el Ministerio de la Protección Social emite certificación de cobertura del régimen subsidiado del 100%.

La cobertura de población afiliada al régimen contributivo asciende en Bogotá a 5.044.595 ciudadanos y ciudadanas [Tabla 35], que representa el 68,51%.

Tabla 35. Cobertura de la población afiliada al régimen contributivo por grupo de edad Bogotá 2010.

Grupo	Población Total Bogotá			Población Régimen Contributivo Total	%Cobertura Régimen Contributivo
	Edad	Mujeres	Hombres		
0-4	289.775	304.059	593.834	353.725	59,57
5-9	292.071	306.436	598.507	366.911	61,30
10-14	308.646	319.911	628.557	410.226	65,26
15-19	320.742	331.371	652.113	392.392	60,17
20-24	310.388	314.591	624.979	431.429	69,03
25-29	341.825	312.007	653.832	485.360	74,23
30-34	320.707	293.278	613.985	455.198	74,14
35-39	281.535	256.024	537.559	383.397	71,32
40-44	275.771	244.290	520.061	365.627	70,30
45-49	265.949	229.412	495.361	343.059	69,25
50-54	225.498	188.754	414.252	284.492	68,68
55-59	176.026	145.064	321.090	224.194	69,82
60-64	134.465	109.817	244.282	175.358	71,79
65-69	97.554	78.036	175.590	126.677	72,14
70-74	71.279	51.185	122.464	98.972	80,82
75-79	50.271	33.870	84.141	68.123	80,96
80 y más	52.567	30.608	83.175	79.455	95,53
<b>Total</b>	<b>3.815.069</b>	<b>3.548.713</b>	<b>7.363.782</b>	<b>5.044.595</b>	<b>68,51</b>

1. Fuente: Proyecciones población 2006- 2020 anualizadas por sexo y edad, Serie de población 1985-2020. DANE.

2. Fuente: FIDUFOSYGA base procesamiento Diciembre 2010

La cobertura de población con continuidad en el régimen subsidiado asciende en Bogotá a 1.309.008 ciudadanos y ciudadanas [Tabla 36].<sup>104</sup>



Tabla 36. Población afiliada régimen subsidiado con continuidad Bogotá 2010

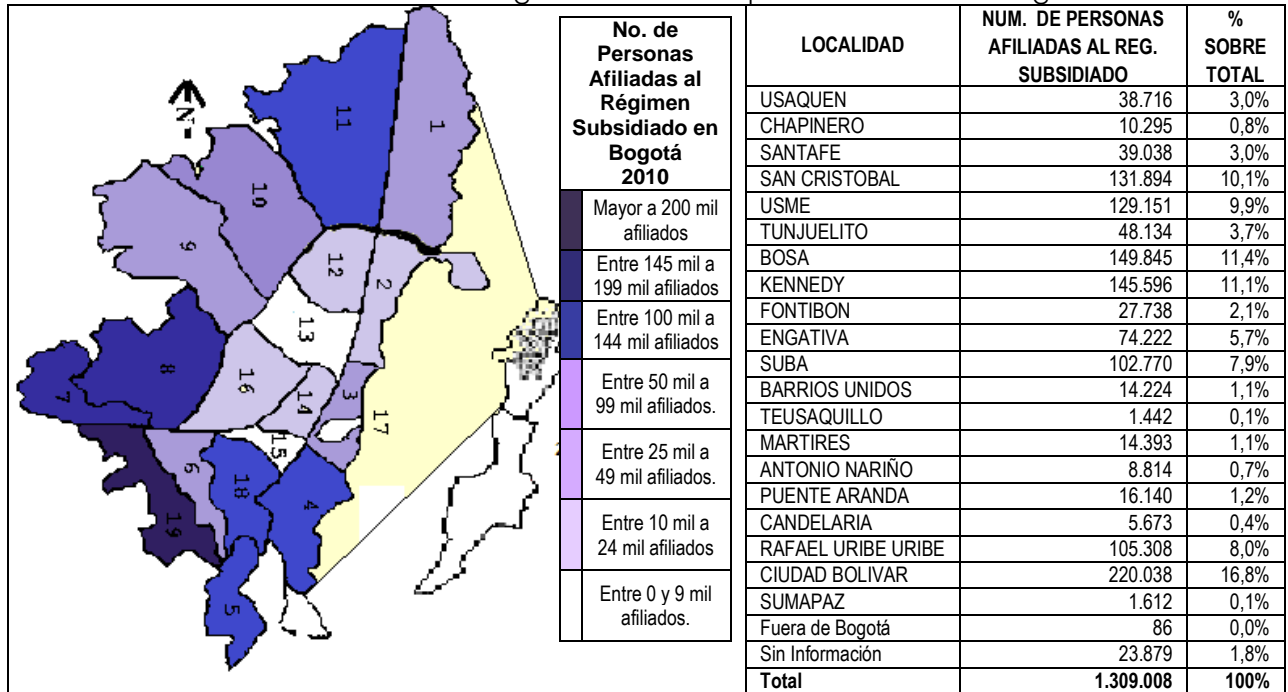
LOCALIDAD	Unicajas	Colsubsidio	Caprecom	Salud Cándor	Salud Total	Humana Vivir	Sol Salud	Ecoopsos	TOTAL
Usaquén	2.298	5.140	2.125	1.774	15.067	7.270	3.867	1.175	38.716
Chapinero	965	1.966	744	332	2.118	2.647	1.000	523	10.295
Santafé	6.501	5.346	2.039	1.727	7.238	7.771	7.775	641	39.038
San Cristóbal	7.635	15.773	5.976	7.397	30.601	40.910	18.836	4.766	131.894
Usme	19.623	14.956	4.708	4.266	29.691	45.264	6.791	3.852	129.151
Tunjuelito	2.612	8.296	2.158	1.454	14.411	9.480	7.006	2.717	48.134
Bosa	5.975	19.036	7.914	6.641	51.389	37.329	13.611	7.950	149.845
Kennedy	6.895	21.156	7.594	6.678	38.200	32.906	28.357	3.810	145.596
Fontibón	990	4.461	1.111	800	5.937	6.050	7.742	647	27.738
Engativá	3.033	11.117	3.943	4.136	18.410	15.168	15.782	2.633	74.222
Suba	6.005	15.705	6.200	6.820	28.848	26.011	10.018	3.163	102.770
Barrios Unidos	806	2.062	630	2.117	2.140	2.066	4.050	353	14.224
Teusaquillo	67	359	84	68	285	264	286	29	1.442
Los Mártires	878	2.332	1.017	1.177	2.833	2.720	3.231	205	14.393
Antonio Nariño	410	1.247	388	461	2.447	1.588	2.110	163	8.814
Puente Aranda	703	2.448	1.016	1.034	4.027	2.539	4.014	359	16.140
La Candelaria	563	1.013	345	431	1.608	918	696	99	5.673
Rafael Uribe	7.175	15.336	3.715	3.529	28.312	26.088	16.624	4.529	105.308
Ciudad Bolívar	24.715	31.182	8.720	5.914	49.873	64.314	21.974	13.346	220.038
Sumapaz	7	107	36	18	37	1.251	141	15	1.612
Fuera de Bogotá	0	23	4	6	32	7	14	0	86
Sin Información	1.193	5.580	3.553	688	7.411	3.016	1.864	574	23.879
<b>TOTAL</b>	<b>99.049</b>	<b>184.641</b>	<b>64.020</b>	<b>57.468</b>	<b>340.915</b>	<b>335.577</b>	<b>175.789</b>	<b>51.549</b>	<b>1.309.008</b>

1. Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.
2. Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS.

El Número de afiliados al Régimen Subsidiado **ACTIVOS** en BDUA con corte de novedades al 24 de Diciembre de 2010 con subsidio pleno fueron 1.258.004 usuarios y 51.004 usuarios con subsidio parcial, para un total de 1.309.008 personas afiliadas al régimen subsidiado, que corresponde al 17.78% del total de la población del distrito (n=7.363.782).



Gráfico 36. Población afiliada al régimen subsidiado por localidades en Bogotá año 2010.



1. Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.

2. Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 24 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS.

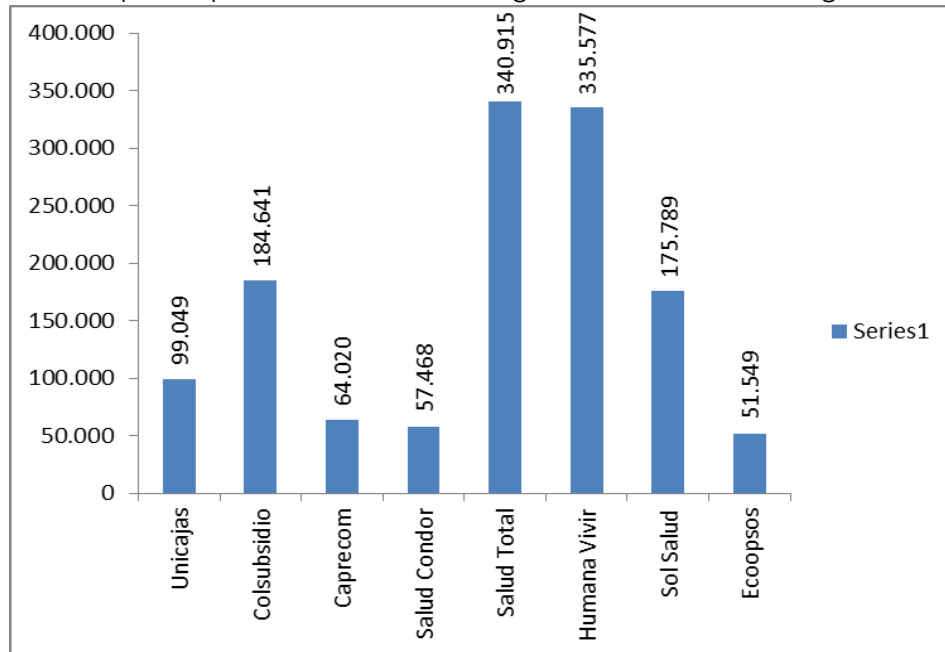
Las localidades que presentan mayor número de ciudadanos afiliados al régimen subsidiado son Ciudad Bolívar [220.038], Bosa [149.845], Kennedy [145.496], San Cristóbal [131.894], Usme [129,151], Rafael Uribe Uribe [105.308] y Suba [102.770]. Corresponde a localidades con población en estratos 1 y 2, con necesidades básicas insatisfechas y pobreza.

Dentro del Régimen Subsidiado, Bogotá cuenta con ocho (8) Empresas de Servicios de Salud, de las cuales las que tienen mayor participación corresponden a Salud Total [340.915] y Humana Vivir [335.577].



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Grafica 37. Empresas promotoras de salud régimen subsidiado en Bogotá 2010



Fuente – Dirección de Aseguramiento Secretaría Distrital de Salud 2010.

Los logros obtenidos en los procesos de afiliación a atención en los procesos de aseguramiento en salud, en Bogotá en el año 2010, fueron:

- La Administración del Distrito Capital garantizó el acceso al aseguramiento en salud de la población pobre y vulnerable de la ciudad, a través de la cual se brindó la prestación de servicios de salud a través de la red prestadora de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.
- Se logró durante todo el año 2010 desarrollar procesos de afiliación, asesoría y acompañamiento a los ciudadanos de Bogotá, con necesidades de información en procesos de aseguramiento o atención de salud. Este proceso se llevó a cabo a través de la presencia en diferentes puntos de atención, distribuidos en la red hospitalaria distrital, Red Cade y Supercade y Oficinas de atención al usuario de la Secretaría Distrital de Salud, con alianzas estratégicas para entregar subsidios conjuntos.
- A 31 de diciembre de 2010, se logró la continuidad de 1.309.008 ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud del Distrito Capital.
- Durante el año 2010 se logró la cobertura al Sistema General de Salud gracias a la continuidad de la contratación de las 8 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado del Distrito Capital, con un resultado positivo frente al cumplimiento de las metas establecidas.
- Las acciones de Aseguramiento en Salud, se han dirigido a minimizar las barreras de acceso frente a los servicios en salud. Una de las estrategias, para mejorar el<sup>107</sup>



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

acceso a los servicios de salud de los ciudadanos, es la Central Única de Referencia y Contrarreferencia, [CURYC] cuya finalidad es identificar las necesidades del ciudadano y dar una orientación especializada para que el usuario pueda acceder con efectividad a los servicios de salud. La Central Única de Referencia y Contrarreferencia [CURYC]", de enero a diciembre de 2010 atendió 19.935 llamadas, sobre las cuales realizó el seguimiento a cada caso, para garantizar la respuesta a las necesidades de los usuarios.

- Se ha continuado en la implementación y desarrollo del Sistema Único de Garantía y Calidad, con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, que incluye tanto las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado como a las del Régimen Contributivo, que tienen presencia en el Distrito Capital. Contempla el asesoramiento y seguimiento de la implementación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC por parte de estas Entidades, con lo cual se busca garantizar al usuario de estas Instituciones, la Continuidad, Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad y Seguridad en la prestación de los Servicios de Salud.

#### **14. Lograr un suministro de medicamentos del 100% a la población por parte de la entidad de salud a la cual está afiliado.**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., a fin garantizar la entrega de los medicamentos, en el 100% de los medicamentos en la población afiliada al régimen subsidiado, realiza acciones de seguimiento e interventoría a la gestión de suministro de medicamentos. Durante el año 2010, se contrató a la firma interventora Haggen Audit Ltda., designada para llevar a cabo esta labor. La Secretaría de Salud hace el seguimiento sistemático a la entrega efectiva de los medicamentos formulados en el Distrito Capital, a partir de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados, durante el año 2010:

- Para el primer trimestre del año 2010 se logró el suministro de medicamentos formulados al 95% de la población por parte de las entidades de salud en concordancia con el informe de seguimiento de la firma interventora Haggen Audit Ltda., con corte a Marzo de 2010.
- Para el segundo trimestre de 2010 la firma Interventora, amplió la muestra de usuarios encuestas y determinó que 84% de los pacientes efectivamente reciben los medicamentos formulados.
- Para el bimestre de Julio a Agosto se logró la verificación de 12 localidades donde se hizo levantamiento en campo de la dispensación de los medicamentos. Se realizaron encuestas a 13 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, de acuerdo a su nivel de atención y grado de complejidad, logrando el suministro del 90% de los medicamentos formulados a los pacientes; con el 10% de medicamentos pendientes se realizó el seguimiento respectivo y se garantizó que el total de los medicamentos formulados efectivamente fueran suministrados.

108



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

- Para el bimestre de Septiembre a Octubre el proceso de evaluación y entrega de medicamentos abarco 11 localidades del Distrito Capital. A partir de la auditoria y evaluación sobre la dispensación de medicamentos POS se envió reporte a las Empresas Promotoras de Salud sobre los hallazgos encontrados en las IPS seleccionadas, con el fin de que las aseguradoras del régimen subsidiado implementaran los planes de mejora necesarios en su red de prestadores de servicios de salud, para garantizar la oportunidad en la entrega de los medicamentos. Se logró alcanzar el 93% en la entrega de los medicamentos formulados a los pacientes; con el 7% de medicamentos pendientes, se realizó el seguimiento respectivo, garantizando que el total de los medicamentos formulados efectivamente fueran suministrados.
- Durante los meses de Noviembre y Diciembre se continuó el seguimiento a la dispensación y entrega de medicamentos, en concordancia con los criterios de accesibilidad, oportunidad, suficiencia de red y continuidad. Se logró mantener la entrega de medicamentos formulados al 93% y se realizó el seguimiento al 7% de medicamentos pendientes, garantizando que el total de los medicamentos formulados efectivamente fueran suministrados.
- Los resultados observados con el informe de suministro determinaron que de 986 usuarios encuestados el 6,89% fueron registrados como pendiente de entrega de los medicamentos. Evaluando la gestión por IPS seleccionadas se observa que solamente se presentaron índices levemente altos en los hospitales públicos como Occidente de Kennedy y Tunal donde alcanzaron a ser mayores al 15%. Finalmente y evaluando la gestión de las EPS-S se observa que Salud Total es la más eficiente en la entrega de los medicamentos formulados a los pacientes ya que registro solamente el 5% de los casos reportados como pendientes. Unicajas por su parte es la que presento mayor número de pendientes, alcanzando un índice del 14%.