



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

1

INFORME BOGOTA COMO VAMOS RADICADO 2019ER16072 del 28/02/2019

BOGOTA, D.C
2018

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME BOGOTA COMO VAMOS RADICADO 2019ER16072 del 28/02/2019

2

CONTENIDO

I. Cobertura	3
II. Convivencia social, discapacidad y salud mental.....	4
III. Seguridad alimentaria y nutricional.....	14
IV. Sexualidad derechos sexuales y reproductivos	40
V. Mortalidad General	103
VI. Mortalidad evitable	105
VII. Morbilidad transmisible.....	138
VIII. Condiciones no transmisibles	164
IX. Equipamientos	189
X. Seguimiento al cumplimiento de las metas PDD	194
XI. Salud Ambiental	248
XII. Información histórica para el Índice de Progreso Social – IPS del programa BCV.....	260

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



I. Cobertura

1. Número y porcentaje de población que se encuentra cubierta bajo el Sistema General de Seguridad Social para los años 2016, 2017 y 2018.

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

Para los años 2016 a 2018 el mayor porcentaje de población se encuentra cubierta por el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. De manera general se observa una importante disminución en el número de población pobre no afiliada, respecto a lo observado en el año 2016, lo que significa un aumento en la proporción de población cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en los últimos dos años.

Tabla 1. Número y porcentaje de población cubierta bajo el SGSSS, Bogotá 2016 – 2018.

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Año 2016		Año 2017		Año 2018	
	Cantidad	% del total	Cantidad	% del total	Cantidad	% del total
Afiliados Contributivo (activos y suspendidos)	6,181,534	77.5%	6228465	77.1%	6284987	76.8%
Activos en Régimen Subsidiado	1,166,823	14.6%	1175245	14.5%	1161120	14.2%
Regímenes de Excepción (estimado)	207,739	2.6%	210294	2.6%	205454	2.5%
Encuestados SISBEN no afiliados	49,409	0.6%	38347	0.5%	34535	0.4%
Total registrados en Bogotá	7,605,505	95.3%	7,652,351	95,7%	7,686,096	94,0%
Proyección población DANE	7,980,001		8,080,734		8,181,047	

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

c. Desagregado por sexo

Por sexo, no se observan diferencias por régimen de afiliación en los años 2016, 2017 y 2018, las proporciones se mantienen de manera similar, en esta serie de años.



Tabla 2. Número y porcentaje de población desagregado por sexo. Bogotá 2016 a 2018.

Tipo de vinculación al sistema	Año 2016			Año 2017			Año 2018		
	Hombres	Mujeres	Total general	Hombres	Mujeres	Total general	Hombres	Mujeres	Total general
R. CONTRIBUTIVO	2,968,627	3,212,907	6,181,534	2,986,987	3,241,478	6,228,465	3,017,319	3,267,668	6,284,987
%	37.2%	40.3%	77.5%	37.4%	40.6%	78.1%	36.9%	39.9%	76.8%
R. SUBSIDIADO	534,080	632,743	1,166,823	536,918	638,327	1,175,245	530,196	630,924	1,161,120
%	6.7%	7.9%	14.6%	6.7%	8.0%	14.7%	6.5%	7.7%	14.2%
SISBEN NO AFILIADOS	26,831	22,578	49,409	21,219	17,128	38,347	18,132	16,403	34,535
%	0.3%	0.3%	0.6%	0.3%	0.2%	0.5%	0.2%	0.2%	0.4%
Total general	3,529,538	3,868,228	7,397,766	3,545,124	3,896,933	7,442,057	3,565,647	3,914,995	7,480,642
%	44.2%	48.5%	92.7%	44.4%	48.8%	93.3%	43.6%	47.9%	91.4%

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

- d. Desagregado por localidades (para total y cada uno de los tipos de vinculación)
- e. Desagregado por etapas del ciclo vital primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

En cuadro adjunto se presenta la información solicitada, por cada uno de los años, por localidad y por ciclo de vida. (Ver archivo Excel: Hojas P1_A.2018, P1_A.2017, P1_A.2016)

II. Convivencia social, discapacidad y salud mental

2. Personas víctimas del conflicto captadas por salud por primera vez en los centros específicos para esta finalidad, para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Durante el periodo 2016 – 2018 Bogotá presenta una cobertura de 7.445 personas víctimas del conflicto armado beneficiadas en el Distrito, mediante la Acción Integrada “Atención Psicosocial con enfoque diferencial para población víctima del conflicto armado 2016 – 2020” en el marco de la implementación de la medida de rehabilitación desde el componente de atención psicosocial, según lo establecido en la Ley 1448 de 2011.



A continuación, se desagrega el consolidado de personas que iniciaron procesos de atención psicosocial en Bogotá por año, es preciso aclarar que una misma persona puede tener procesos de atención en varias modalidades de atención psicosocial razón por la cual, dicha información no corresponde a individuos únicos.

Tabla 3. Población víctima del conflicto armado con Procesos de Atención Psicosocial 2016 – 2018

CIUDAD	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
Bogotá	1.049	3.103	3.293

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Matriz de Seguimiento Acción Integrada 3 "Atención Psicosocial con enfoque diferencial a VCA" 2016 – Diciembre 2018

b. Desagregado por localidades

El componente de atención psicosocial se ha implementado en 19 de las 20 localidades del Distrito Capital, los equipos se encuentran ubicados en 4 Centros Locales de Atención a Víctimas (hasta el año 2016 denominados Centros Dignificar), sin embargo, el nivel de incidencia es distrital. Las localidades con mayor población víctima del conflicto armado atendida en el marco de la estrategia de Atención Psicosocial son: Suba, Bosa y Kennedy.

Tabla 4. Población víctima del conflicto armado con Procesos de Atención Psicosocial 2016 – 2018 por localidades

Localidad	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018
1.Usaquén	26	65	46
2.Chapinero	23	27	21
3.Santa Fe	24	28	23
4.San Cristóbal	70	50	83
5.Usme	84	271	208
6.Tunjuelito	19	44	26
7.Bosa	215	629	683
8.Kennedy	99	515	476
9.Fontibón	18	157	106
10.Engativá	56	187	296
11.Suba	229	578	742
12.Barrios Unidos	11	18	21
13.Teusaquillo	0	6	25
14.Mártires	14	47	24
15.Antonio Nariño	10	9	6
16.Puente Aranda	22	164	90
17.Candelaria	4	7	9
18.Rafael Uribe	63	143	125
19.Ciudad Bolívar	62	158	283
20.Sumapaz	0	0	0
Total	1.049	3.103	3.293

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Matriz de Seguimiento Acción Integrada 3 "Atención Psicosocial con enfoque diferencial a VCA" 2016 – Diciembre 2018





c. Desagregado por sexo

A continuación, se desagrega el consolidado de personas que iniciaron procesos de atención psicosocial en Bogotá por año y género:

Tabla 5. Población víctima del conflicto armado con Procesos de Atención Psicosocial desagregado por Género

AÑO	SEXO			TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	TRANSGÉNERO	
2016	751	297	1	1049
2017	2093	1008	2	3103
2018	2223	1070	0	3293
TOTAL GENERAL	5067	2375	3	7445

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Matriz de Seguimiento Acción Integrada 3 "Atención Psicosocial con enfoque diferencial a VCA" 2016 – Diciembre 2018.

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

En relación al curso de vida de las personas víctimas del conflicto armado que desde el 2016 han ingresado a la estrategia de atención psicosocial, se observa que se han vinculado personas a lo largo de todo el curso de vida. La mayor proporción se encuentra en la etapa de adultez (27 a 59 años), seguido de la etapa de adolescencia (6 a 13 años) y juventud (18 a 26 años).

Tabla 6. Población víctima del conflicto armado con Procesos de Atención Psicosocial 2016 – 2018 por grupo etario

CICLO VITAL	2016	2017	2018	TOTAL GENERAL
1 a 5 años	6	0	4	10
6 a 13 años	82	458	526	1066
14 a 17 años	66	325	326	717
18 a 26 años	149	377	430	956
27 a 59 años	646	1632	1634	3912
60 o más	100	311	373	784
TOTAL GENERAL	1.049	3.103	3.293	7.445

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Matriz de Seguimiento Acción Integrada 3 "Atención Psicosocial con enfoque diferencial a VCA" 2016 – Diciembre 2018.



3. Atención en salud a habitantes de la calle para los años 2016, 2017 y 2018.

- e. Total Bogotá
- f. Desagregado por localidades
- g. Desagregado por sexo
- h. Desagregado por etapas del ciclo vital primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, adoptado por Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, no cuenta con la variable personas habitantes de calle; para lo cual, se realizó cruce con la base de información donde se encuentran registradas las personas habitantes de calle de Bogotá, que administra la Dirección de Aseguramiento de la SDS; así mismo, se aclara que la normatividad en mención no contempla el registro de la localidad de residencia como requisito. Por lo anterior la información correspondiente a los años 2017 y 2018 son preliminares y la localidad que se menciona corresponde a la localidad de atención.

Nota: Para las atenciones, se incluye la atención prestada por consulta externa, hospitalización, urgencias y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos; por esto, no es posible realizar análisis estadísticos de riesgo.

En Bogotá durante el periodo 2016 – 2018 se realizaron en promedio al año 44.635 atenciones que corresponde a un promedio al año de 2.349 personas habitantes de calle; esto equivale a una concentración promedio al año de 19 atenciones por persona. Al analizar por sexo durante el periodo de análisis en promedio el 80,49% son hombres y el 19,51% mujeres. Tabla 7

Tabla 7. Atenciones de habitantes de calle en Bogotá D.C., 2016-2018

AÑO	Mujer		Hombre		Total	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
2016	10716	393	38118	1614	48.834	2007
2017	10687	501	39511	2037	50.198	2538
2018	6434	481	28438	2022	34.872	2503
Total	27.837	-	106.067	-	133.904	-

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/02/19); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/07/31). Nota: El reporte de las atenciones puede variar de acuerdo al ajuste que le realicen a la base de habitante de calle

Por localidad de atención, las que presentan mayor proporción de atenciones son: Antonio Nariño, Kennedy y San Cristóbal. Tabla 8.



Tabla 8 .Atenciones de habitantes de calle en Bogotá D.C. por localidad de atención, 2016-2018

Localidad de Prestación	2016		2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Usaquén	1433	90	2093	291	3497	482
Chapinero	1509	53	409	45	265	59
Santa Fé	3466	369	1865	65	451	21
San Cristóbal	3528	153	2148	104	624	59
Usme	72	15	33	6	41	7
Tunjuelito	882	56	2170	183	495	28
Bosa	464	43	2906	386	4723	632
Kennedy	7114	797	5563	647	2036	355
Fontibón	1005	30	108	14	227	15
Engativá	743	44	630	79	751	57
Suba	641	42	754	126	517	112
Barrios Unidos	968	175	289	73	352	27
Teusaquillo	2165	105	2499	131	1175	162
Los Mártires	343	47	488	62	150	32
Antonio Nariño	15356	533	24764	1175	14794	1239
Puente Aranda	1501	218	2601	331	1919	275
La Candelaria	-	-	7	3	22	6
Rafael Uribe Uribe	682	74	169	39	148	21
Ciudad Bolívar	517	34	515	26	2336	177
Sumapaz	6129	60	-	-	-	-
Sin Información	316	17	187	56	349	78
TOTALES	48.834	-	50.198	-	34.872	-

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/02/19); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/07/31).
Nota: El reporte de las atenciones puede variar de acuerdo al ajuste que le realicen a la base de habitante de calle

Del total de las atenciones realizadas durante el periodo de estudio 2016- 2018; al analizar por grupo edad el 74,9% corresponde al grupo de 29 a 59 años, seguido por 14,9% mayores de 60 años y el 10,2% al grupo de 18 a 28 años.
Tabla 9



Tabla 9. Atenciones de habitantes de calle en Bogotá D.C. por grupo etario, 2016-2018

Edad	2016		2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
De 1 a 5 años	2	1	-	-	-	-
De 12 a 17 años	1	1	-	-	-	-
De 18 a 28 años	6028	213	5252	195	2352	160
De 29 a 59 años	36664	1558	37789	1970	25880	1897
De 60 y más años	6139	282	7157	436	6640	483
TOTAL	48.834	-	50.198	-	34.872	-

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/02/19); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/07/31). Nota: El reporte de las atenciones puede variar de acuerdo al ajuste que le realicen a la base de habitante de calle

4. Número de personas registradas en condición de discapacidad. Discriminar por localidad. Incluir información para los años, 2016, 2017 y 2018.

El Distrito Capital a través de la Secretaría Distrital de Salud desde del año 2004 viene realizando el Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad en coordinación, inicialmente con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y a partir del año 2010 con el Ministerio de Salud y Protección Social. Este registro, es una herramienta técnica estadística que parte del auto reconocimiento de la condición; no obstante al momento de la inscripción, cada persona debe acreditar la discapacidad presentando un soporte médico donde consta el diagnóstico de salud asociado a esta condición; así como copia de un (1) recibo de servicio público del lugar de residencia, carné de afiliación en salud y copia de documento de identificación; esto con el fin de garantizar mayor sensibilidad en la identificación de la población registrada.

Tabla 10 .Población con discapacidad registrada y en condición “vivos”, según localidad de residencia, Bogotá D.C.; años 2016, 2017 y 2018 (Datos preliminares).

Localidad	Años									Total 2016- 2018		
	2016			2017			2018			Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva
	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva			
Usaquén	977	863	88.3%	1021	909	89.0%	970	919	94.7%	2968	2691	90.7%
Chapinero	276	255	92.4%	274	252	92.0%	243	238	97.9%	793	745	93.9%
Santa Fe	801	740	92.4%	458	405	88.4%	360	349	96.9%	1619	1494	92.3%
San Cristóbal	1139	1035	90.9%	1417	1306	92.2%	1410	1354	96.0%	3966	3695	93.2%
Usme	1014	921	90.8%	1309	1211	92.5%	1569	1516	96.6%	3892	3648	93.7%
Tunjuelito	650	588	90.5%	725	664	91.6%	670	628	93.7%	2045	1880	91.9%
Bosa	1492	1403	94.0%	1564	1476	94.4%	1600	1564	97.8%	4656	4443	95.4%
Kennedy	1634	1487	91.0%	2191	2035	92.9%	2519	2411	95.7%	6344	5933	93.5%
Fontibón	922	833	90.3%	874	795	91.0%	877	849	96.8%	2673	2477	92.7%
Engativá	1165	1057	90.7%	1954	1765	90.3%	1717	1610	93.8%	4836	4432	91.6%
Suba	1494	1358	90.9%	2331	2099	90.0%	1974	1905	96.5%	5799	5362	92.5%



Localidad	Años									Total 2016- 2018		
	2016			2017			2018			Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva
	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva	Pcd Registrada	Pcd Viva	% de Pcd Viva			
Barrios Unidos	291	266	91.4%	583	526	90.2%	455	390	85.7%	1329	1182	88.9%
Teusaquillo	274	227	82.8%	333	305	91.6%	254	238	93.7%	861	770	89.4%
Los Mártires	655	551	84.1%	303	274	90.4%	282	266	94.3%	1240	1091	88.0%
Antonio Nariño	436	380	87.2%	358	321	89.7%	268	253	94.4%	1062	954	89.8%
Puente Aranda	647	591	91.3%	790	732	92.7%	896	855	95.4%	2333	2178	93.4%
Candelaria	164	149	90.9%	124	117	94.4%	55	50	90.9%	343	316	92.1%
Rafael Uribe	1393	1260	90.5%	1348	1237	91.8%	1184	1140	96.3%	3925	3637	92.7%
Ciudad Bolívar	1748	1595	91.2%	1804	1682	93.2%	1998	1924	96.3%	5550	5201	93.7%
Sumapaz	11	11	100.0%	9	9	100.0%	10	10	100.0%	30	30	100.0%
Total	17183	15570	90.6%	19770	18120	91.7%	19311	18469	95.6%	56264	52159	92.7%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

**Última fecha de actualización 04 de Marzo de 2019. Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud. Fecha de último corte 31 de Enero de 2019.

En Bogotá D.C., desde el año 2004 y hasta el 31 de Diciembre de 2018 se ha logrado identificar y caracterizar a través del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad a 294.374 personas con discapacidad. De manera particular para los años 2016, 2017 y 2018 en el registro en mención, se encuentran incluidas 56.264 personas con discapacidad, de las cuales una vez realizada depuración con la Base de Datos de Registro de Licencias de Inhumaciones de la Secretaría Distrital de Salud para el corte a 31 de Enero de 2019, se identificaron 4.105 personas fallecidas y 52.159 personas con discapacidad en condición "vivos". La información desagregada por localidad de residencia se presenta en la anterior tabla.

5. Número de atenciones en salud a inmigrantes venezolanos para los años 2016, 2017 y 2018.

- i. **Total Bogotá**
- j. **Desagregado por localidades**
- k. **Desagregado por sexo**
- l. **Desagregado por etapas del ciclo vital primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).**

En el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, no se encuentra la variable nacionalidad por nacimiento. Asimismo, la SDS, de acuerdo a la circular N° 000029 del 16 agosto de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, realiza los ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIPS y las capacitaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo Bogotá D.C., donde se solicitó iniciar la parametrización del sistema, acorde con la normatividad en mención, dando cumplimiento de iniciar la notificación el 1 de Noviembre 2017, teniendo cobertura de instituciones notificadoras el 1 de enero del 2018.

En Bogotá D.C. Se atendieron 38 personas venezolanas durante el 2017 y 20.001 en el 2018 en la Red Pública, que corresponde a 664.846 atenciones. Analizando por sexo el 71% son mujeres y el 29% son hombres.



Tabla 11. Atenciones a migrantes venezolanos en Bogotá D.C., 2017-2018

año	Sexo	Atenciones	Personas
2017	Hombre	156	8
	Mujer	536	30
Total 2017		692	38
2018	Hombre	188.368	5.897
	Mujer	475.786	14.104
Total 2018		664.154	20.001
Total general		664.846	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/03/15).

Analizando por localidad de atención, observamos que las localidades con mayor cantidad de atenciones son Antonio Nariño, Kennedy y Tunjuelito.

Tabla 12. Atenciones a migrantes venezolanos en Bogotá D.C. por localidad de atención, 2017-2018

Localidad del Prestador	2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Usaquén	-	-	32.753	782
Chapinero	-	-	11	3
Santa Fe	-	-	2.892	106
San Cristóbal	60	5	24.993	1.198
Usme	22	4	6.461	402
Tunjuelito	108	11	59.933	1.823
Bosa	-	-	35.699	1.888
Kennedy	-	-	143.968	4.235
Fontibón	-	-	30.528	1.295
Engativá	-	-	23.296	971
Suba	-	-	35.349	1.550
Barrios Unidos	-	-	3.480	227
Los Mártires	-	-	1.344	165
Antonio Nariño	335	5	211.703	5.395
Puente Aranda	-	-	3.808	363
La Candelaria	-	-	20	11
Rafael Uribe	-	-	1.237	150
Ciudad Bolívar	167	14	46.668	1.773
Sumapaz	-	-	11	1
Total	692	-	664.154	-

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/03/15).



Tabla 13. Atenciones de habitantes de calle en Bogotá D.C. por grupo etario, 2017-2018

Edad	2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Menores de 1 año	8	2	47662	1650
De 1 a 5 años	12	3	50525	2542
De 6 a 11 años	26	2	18112	651
De 12 a 17 años	36	3	26765	829
De 18 a 28 años	333	20	336254	9731
De 29 a 59 años	277	8	166760	4393
De 60 y más años	0	0	18076	301
Total 2018	692	-	664.154	-

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/03/15).

Del total de las atenciones realizadas durante el periodo de estudio 2017- 2018; al analizar por grupo edad el 50.63% corresponde al grupo de 18 a 28 años, seguido por 25,12% para el grupo de 29 a 59 años y en tercer lugar el grupo de 1 a 5 años con un 7,60%.

6. Acciones realizadas por la Secretaría de Salud Distrital para garantizar el derecho a la salud de la población inmigrante de Venezuela en 2018.

La Secretaria Distrital de Salud ha venido trabajando desde el año 2016 con relación al derecho a la atención en salud de la población migrante venezolana, No obstante, es importante precisar que estas actuaciones se encuentran sujetas al estricto cumplimiento de la normatividad expedida por el Gobierno Nacional, para tal fin como son:

- Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, establece el mecanismo de financiación de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos. “Artículo 2.9.2.6.2. Atenciones iniciales de urgencia. Para efecto del presente capítulo se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias.”
- Resolución 3015 de 2017 para incorporar el Permiso Especial de Permanencia -PEP como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social, lo anterior en correspondencia con lo establecido en la Resolución 5797 de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores que creó el Permiso Especial de Permanencia (PEP).
- Decreto 866 de 2017 “Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos”.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Decreto 1288 de 2018 "Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos".
- Lineamiento para la Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio - Ministerio de Salud y Protección Social.
- Documento Conpes 3950 Estrategias para la atención de la migración desde Venezuela.

13

Así mismo, desde el 2018, en articulación y coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, quien con la expedición del Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, viene brindando asistencia técnica y acompañamiento para la formulación del Plan de Acción del sector salud para la Atención a la Población Migrante Venezolana en el Distrito Capital para la vigencia 2019, ha venido adelantando reuniones que han contado con la participación de la Cancillería, Migración Colombia, Gerentes de las Subredes y funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, entre otros, avanzando con documento técnico que en la actualidad se encuentra en revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación; así mismo se conformaron 5 mesas de trabajo para la adaptación del plan de respuesta del sector al fenómeno migratorio, quedando así:

- Mesa de planeación
- Mesa Jurídica
- Mesa Atención en Salud
- Mesa de Cooperación
- Mesa de auditoria, facturación y pago de servicios de salud.

A la fecha se han realizado dos reuniones de trabajo con la mesa de auditoria entre la Secretaria Distrital de Salud y el Ministerio de Salud y tres reuniones con la mesa de Cooperación Internacional, la última el pasado 7 de marzo de 2019, con participación de la Agencia de Cooperación del Ministerio de Salud y Protección Social, la Fundación AIDS Healthcare Foundation AHF, las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la Secretaria Distrital de Salud, cuyo objeto fue el de presentar y concretar propuestas para la ayuda que se requiere para la atención de la población migrante venezolana con VIH, incluyendo las necesidades urgentes de las madres gestantes.

Finalmente, se informa que a la fecha se ha contado con el apoyo de las siguientes entidades del orden nacional e internacional; Nacional: Ministerio de Salud y Protección Social e Internacional: Fundación AIDS Healthcare Foundation AHF, Organización Internacional para la Migración (OIM), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ACNUR Agencia de la ONU para los Refugiados, estos Cooperantes nos apoyan con la participación y el desarrollo de las Jornadas de atención a la población venezolana que se realizan en el Distrito Capital en las Subredes Suroccidente y Centro Oriente y con la agencia "Acción contra el hambre" se han realizado tres acercamientos para el abordaje de pacientes con desnutrición, atención psicosocial y salud sexual y reproductiva en convenio con las Subredes Integradas de Servicios de Salud distritales.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



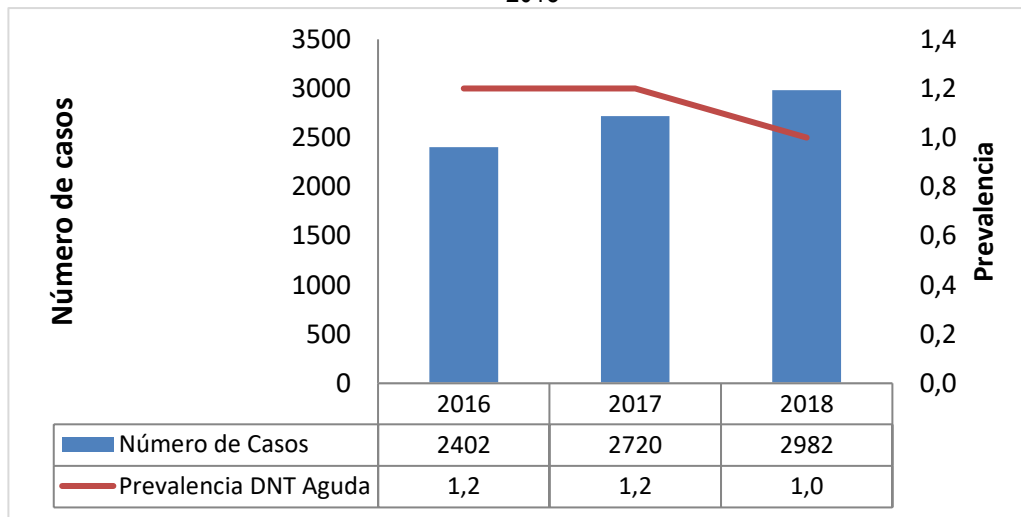
III. Seguridad alimentaria y nutricional

7. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición aguda o déficit de peso para la talla presenta una tendencia a la reducción, pasando de 1,2% en el año 2016 a 1% en el año 2018.

Ilustración 1. Tendencia de la desnutrición aguda en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2016 – 2018



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018

b. Desagregado por localidades

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

Al realizar el análisis de focalización de la problemática de la desnutrición aguda en menores de 5 años en las localidades distritales, en el cual se observa que el 77% de los casos identificados en el periodo 2016 – 2018, se concentran en las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Suba, San Cristóbal, Usme, Engativá, Rafael Uribe y Tunjuelito. Es de aclarar que desde 2016 se intensificó la búsqueda de casos de desnutrición en sus diferentes modalidades es por esto por lo que se identifican aumento en años posteriores lo cual tiene como resultado la disminución de mortalidad que se analiza más adelante.



Tabla 14. Casos y prevalencia de DNT aguda en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2016 – 2018

LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
1. Usaquén	134	11.739	1,1	76	11.163	0,68	125	14.439	0,9
2. Chapinero	37	3.685	1,0	59	4.802	1,23	48	5.228	0,9
3. Santa fe	46	4.860	0,9	93	5.876	1,58	82	6.824	1,2
4. San Cristóbal	206	14.033	1,5	296	18.208	1,63	263	20.874	1,3
5. Usme	225	13.896	1,6	285	19.503	1,46	246	23.689	1,0
6. Tunjuelito	106	7.381	1,4	171	12.518	1,37	180	13.088	1,4
7. Bosa	241	20.805	1,2	276	21.736	1,27	299	31.222	1,0
8. Kennedy	235	17.609	1,3	272	23.583	1,15	420	41.863	1,0
9. Fontibón	94	9.509	1,0	95	10.011	0,95	110	11.730	0,9
10. Engativá	214	22.457	1,0	161	22.145	0,73	188	28.031	0,7
11. Suba	213	18.754	1,1	212	16.847	1,26	196	23.327	0,8
12. Barrios Unidos	22	3.069	0,7	22	2.760	0,80	23	3.985	0,6
13. Teusaquillo	17	2.831	0,6	22	3.267	0,67	44	4.393	1,0
14. Los Mártires	17	2.254	0,8	50	3.332	1,50	44	3.591	1,2
15. Antonio Nariño	25	1.893	1,3	49	2.780	1,76	37	4.023	0,9
16. Puente Aranda	49	4.477	1,1	88	6.415	1,37	95	8.763	1,1
17. Candelaria	16	1.243	1,3	20	1.747	1,14	33	3.100	1,1
18. Rafael Uribe	141	8.721	1,6	147	12.210	1,20	157	14.647	1,1
19. Ciudad Bolívar	288	18.467	1,6	288	20.029	1,44	384	32.229	1,2
20. Sumapaz	6	207	2,9	5	160	3,13	4	193	2,1
Sin dato	70	4.523	1,5	33	3.313	1,00	4	219	1,8
Distrito	2.402	192.413	1,2	2.720	222.405	1,2	2.982	295.458	1,0

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018





c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años desagregada por sexo, presenta un comportamiento descendente, siendo más marcado, este comportamiento en el sexo femenino durante los últimos años, donde la prevalencia de desnutrición aguda en niñas menores de 5 años paso de 1,3% en 2016 a 1,1% en 2018.

Tabla 15. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN, desagregada por sexo. Bogotá D.C., serie 2016-2018

AÑO	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL CAPTADOS POR SISVAN		
	CASOS DNT AGUDA (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL NIÑAS CAPTADAS	CASOS DNT AGUDA (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS	CASOS DNT AGUDA (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS
2016	1173	1.3	92,960	1229	1.2	99,453	2,402	1.2	192,413
2017	1348	1.3	107,131	1372	1.2	115,274	2,720	1.2	222,405
2018	1494	1.1%	141660	1488	1.0%	153798	2,982	1.0	295,458

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2017.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Para los menores del régimen Subsidiado, se presenta un incremento en la prevalencia, alcanzando el 1,5% en 2018 y para los afiliados al Contributivo, la prevalencia presenta un descenso en el año 2018. Para los no asegurados, el número de menores se ha reducido considerablemente pasando de 121 a 70 casos.

Tabla 16. Casos y prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN, por tipo de vinculación al sistema. Bogotá años 2016-2018

AÑO		TIPO DE VINCULACIÓN AL SISTEMA				Total Bogotá
		Subsidiado	No Afiliado	Contributivo	Sin dato	
AÑO 2016	Casos DNT aguda (N°)	946	121	1,322	13	2,402
	Prevalencia (%)	1.4	5	1.1	1.9	1.2
	Total Captados por el SISVAN	65,740	2,408	123,597	668	192,413
AÑO 2017	Casos DNT aguda (N°)	1,130	55	1,534	1	2,720
	Prevalencia (%)	1.5	4.5	1.1	3	1.2
	Total Captados	75,450	1,224	145,698	33	222,405



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

AÑO 2018	Casos DNT aguda (N°)	1280	70	1632	0	2,982
	Prevalencia (%)	1.5	7.7	0.8	0.0	1.0
	Total Captados	87970	915	206571	2	295.458

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2017.

e. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

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

Con el fortalecimiento de la articulación entre los sectores sociales del Distrito como la Secretaria Distrital de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Secretaria de Educación, se ha logrado avances en la intervención del riesgo de muerte que trae consigo la condición de desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años. El Distrito Capital cuenta con la Ruta Distrital de Atención para la Desnutrición Aguda en menores de 5 años con la participación de los sectores mencionados anteriormente, cada uno con un rol definido en el proceso de identificación y recuperación de la desnutrición aguda, impactando de manera positiva en los determinantes causantes de la condición.

Por otro lado, desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan Territorial de Salud, a través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana, componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública, así como provisión de servicios de salud se desarrollaron las siguientes acciones enmarcadas en la promoción de la salud, gestión del riesgo individual y gestión del riesgo colectivo:

- En el Espacio Vivienda, se realizó seguimiento a 2074 niños y niñas menores de 5 años con riesgo nutricional durante los años 2016 – 2017, de los cuales 101 fueron remitidos a Secretaria de Integración Social, 28 remitidos a ICBF, y 35 a otros servicios sociales.

En 2018 se realizó seguimiento a 819 niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, 306 recién nacidos con bajo peso y 636 gestantes de bajo peso reportadas por el SISVAN y otros sectores.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Durante el periodo 2016 a 2018 se realizaron actividades relacionadas con la Estrategia AIEPI que incluye las prácticas de: Alimentación Complementaria, Lactancia Materna, Alimentación en el Niño Enfermo, Micronutrientes, Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, Fomentar la lactancia materna exclusiva, Nutrición Basada en Comunidad a 12.071 familias.

18

En 2017, se caracterizaron 480 HCB en los que se identificaron 597 niños y niñas menores de 5 años con riesgo o diagnóstico de desnutrición, 19 de estos fueron remitidos a Secretaria de Integración Social 25 ICBF y 12 remitidos a otros servicios sociales. Así mismo se capacitaron 493 madres comunitarias de Hogares Comunitarios de Bienestar identificación de signos y síntomas de la desnutrición aguda, 833 madres comunitarias en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna y en 153 hogares comunitarios se realizaron talleres de preparación de alimentos. En 2018 (HCB) 1.045 madres comunitarias con educación en signos y síntomas de la desnutrición aguda, 109 hogares comunitarios con talleres de preparación de alimentos, 921 madres comunitarias con educación en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna.

Durante el 2018 se realizó seguimiento a 551 casos de niños y niñas con bajo peso al nacer, priorizando los recién nacidos de UPZ Priorizadas, estrato 1 y 2, madres adolescentes de 10 a 19 años, e hijos de madres con bajo nivel educativo (ninguno, preescolar y básica primaria). Así mismo, desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se realizó en 2018 caracterización y orientación en salud a 767 madres o cuidadores de recién nacidos con bajo peso a término.

- Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, en 2017 se realizó seguimiento a la atención de 395 niños y niñas con activación de ruta de atención a la desnutrición aguda moderada y severa. 76 niños y niñas fueron remitidos a otros sectores (Secretarías de Educación, Integración Social, ICBF, otros). Se capacitaron 42 profesionales de la salud de IPS públicas en abordaje integral de la DNT aguda moderada y/o severa. En 2018, se realizó gestión para atención sectorial a 2085 casos con desnutrición aguda moderada y severa, 110 recién nacidos con bajo peso al nacer sin intervención y activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud para la atención, así como para 456 niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición. Se realizó seguimiento a la ganancia de peso de 296 niños y niñas.

Se implementaron jornadas anuales de intensificación en hábitos saludables. En 2016 se realizaron 160 Caracterizaciones de IPS públicas y privadas a las que se brindó orientación técnica sobre los siguientes temas: clasificación y seguimiento nutricional, identificación de DNT aguda moderada y/o severa. En 2017, se implementó plan integral para la operación de programas y acciones de interés en salud pública en el que se incluyó la estrategia IAMI en 456 IPS. En 2018 se abordaron 1.325 IPS con plan integral que incluyó la asesoría y asistencia técnica en identificación y manejo de la desnutrición aguda en población menor de 5 años.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Desde el componente de Gobernanza, se realizó curso en lactancia materna dirigido a madres FAMI y profesionales de IPS públicas a 255 personas en 2016. En articulación gestión de programas y gobernanza se llevó a cabo seguimiento a la activación de ruta sectorial e intersectorial de 978 menores con desnutrición durante el periodo 2016 a 2018. En 2018 se canalizaron 554 casos de riesgo materno infantil (gestantes con bajo peso) para manejo adecuado y oportuno desde el sector salud.
- El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional: En 2016: el componente de intervenciones del SISVAN, acumulado agosto a diciembre se desarrollan 660 Caracterizaciones individuales de Riesgo (CIR) a Recién Nacidos a Término de Bajo Peso y 810 CIR a menores de 5 años con desnutrición aguda o desnutrición global (*información preliminar), con consejería profesional en lactancia materna, alimentación saludable, canalización a servicios de salud y programas de apoyo alimentario en el marco de la ruta de atención integral a la desnutrición.

En 2017: Se realizó mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 396 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, de las cuales 371 reportan menores de 5 años, 326 reportan mujeres en gestación, 43 reportan recién nacidos. Se han desarrollado 1.413 IEC a recién nacidos de bajo peso, 1.942 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 135 IEC a Gestantes de Bajo peso. Se han reportado 127 casos de desnutrición aguda severa en menores de 5 años al Espacio Vivienda para la activación de rutas.

En 2018: se llevó a cabo el mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 755 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, 756 reportan menores de 5 años, 576 reportan mujeres en gestación, 109 reportan recién nacidos. Desarrollo 1.773 IEC a recién nacidos de bajo peso, 2.423 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 479 IEC a Gestantes de Bajo peso. Reporte de 283 casos de desnutrición aguda severa en menores de 5 años al Espacio Vivienda para la activación de rutas.

- En el Espacio Educativo en 2016, se brindó orientación técnica en prácticas y hábitos saludables a 111 Madres Comunitarias, así mismo se realizó tamizaje de riesgo de muerte por desnutrición (perímetro del brazo a 336 Niños y niñas, así mismo se llevó a cabo implementación de estrategia de promoción de alimentación complementaria y saludable en hogares comunitarios.
- A nivel distrital para el periodo 2016-2018 se gestiona la coordinación de mesa de trabajo intersectorial de ruta integral de atención a alteraciones nutricionales, seguimiento y gestión con los profesionales de las subredes para la intervención oportuna de niños y niñas con DNT aguda, seguimiento a los casos de DNT aguda a través de matriz distrital de cohorte de casos de desnutrición aguda,
- Desde la dirección de Provisión de Servicios de salud se llevó a cabo entre 2016 - 2018 el acompañamiento técnico a las IPS y EAPB que operan en el Distrito Capital, para la adopción, adaptación e implementación de RIAS de Alteraciones Nutrición: treinta y una (31) visitas de asistencia técnica a 13 IPS, para verificar adherencia

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda en menores de (5) años. Nueve (9) visitas de asistencia técnica para la adopción y adaptación de la ruta para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. (3) visitas de asistencia técnica en 3 USS y 1 EAPB, para seguimiento a la implementación de la ruta atención a la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años. Cuatro (4) visitas de asistencia técnica para seguimiento caso notificado de mortalidad por desnutrición aguda severa. Cuatro (4) visitas de asistencia técnica para seguimiento a compromisos en visita por casos de desnutrición aguda en 1 IPS y 4 USS de las SISS. Siete (7) jornadas de fortalecimiento de competencias en PAIS, MIAS y resolución 5406 de 2015 – lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda en menores de cinco años, dirigido a 318 profesionales: médicos, enfermeras y pediatras, de IPS del Distrito Capital. Fortalecimiento de competencias en manejo integrado de la desnutrición aguda, resolución 5406/2015, dirigida 58 a profesionales de la USS Santa Clara, y EAPB Compensar. Quince (15) jornadas de asistencia técnica de acompañamiento a EAPB e IPS en la implementación de la ruta de atención a la desnutrición aguda. Para un total de 30 personas con asistencia técnica y fortalecimiento de competencias en la adaptación e implementación de la RIAS. Para un total de 348 personas de IPS y EAPB fortalecidas.

20

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

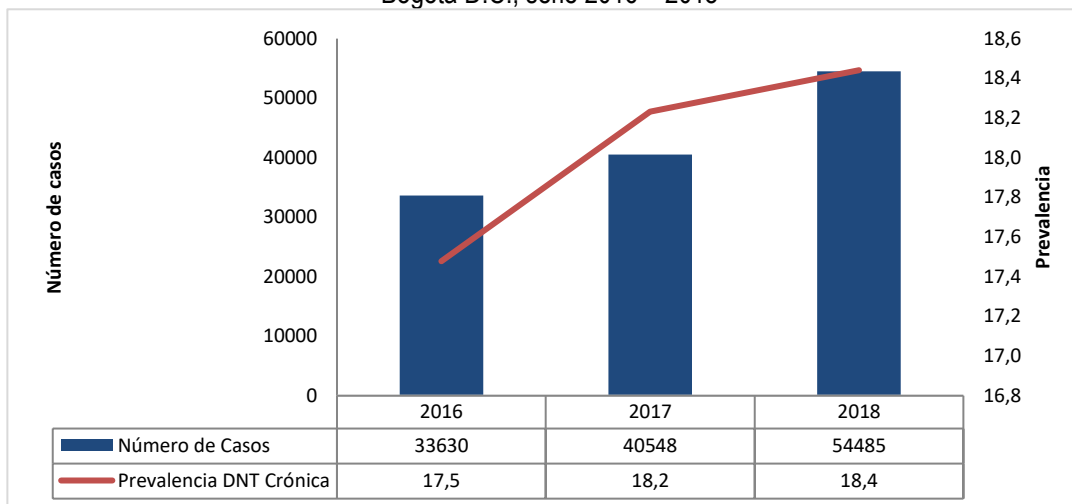
8. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

La desnutrición crónica o retraso en talla en niños y niñas menores de 5 años, es el reflejo de condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables a través del ciclo vital. Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional -SISVAN-, a través de la notificación por la consulta de crecimiento y desarrollo de IPS públicas y privadas, presenta una tendencia levemente ascendente en el periodo analizado, oscilando en el rango del 17,5% y el 18,4%, correspondiendo esta última cifra al año 2018.



Ilustración 2. Prevalencia del retraso en talla o desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2016 – 2018



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018

b. Desagregado por localidades

En cuanto, al comportamiento de la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, en el periodo analizado de acuerdo con la localidad de residencia evidencia prevalencias históricas superiores al 20% en las localidades de alta vulnerabilidad socioeconómica y ambiental como Santafé, San Cristóbal, Usme, Rafael Uribe, Ciudad Bolívar y Sumapaz, comparadas con el indicador total Bogotá.

Tabla 17. Casos y prevalencia de DNT crónica en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2016 – 2018

LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
1. Usaquén	2.003	11.739	17,1	1.854	11.163	16,61	2.393	14.439	16,6
2. Chapinero	636	3.685	17,3	825	4.802	17,18	980	5.228	18,7
3. Santa fe	1.041	4.860	21,4	1.227	5.876	20,88	1.458	6.824	21,4
4. San Cristóbal	3.355	14.033	23,9	4.435	18.208	24,36	4.712	20.874	22,6
5. Usme	2.870	13.896	20,7	4.137	19.503	21,21	5.358	23.689	22,6
6. Tunjuelito	1.660	7.381	22,5	2.643	12.518	21,11	2.676	13.088	20,4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
7. Bosa	3.381	20.805	16,3	3.783	21.736	17,40	5.559	31.222	17,8
8. Kennedy	2.671	17.609	15,2	3.677	23.583	15,59	6.805	41.863	16,3
9. Fontibón	1.393	9.509	14,6	1.372	10.011	13,70	1.925	11.730	16,4
10. Engativá	3.210	22.457	14,3	3.254	22.145	14,69	4.102	28.031	14,6
11. Suba	2.737	18.754	14,6	2.499	16.847	14,83	3.643	23.327	15,6
12. Barrios Unidos	470	3.069	15,3	398	2.760	14,42	564	3.985	14,2
13. Teusaquillo	332	2.831	11,7	507	3.267	15,52	692	4.393	15,8
14. Los Mártires	416	2.254	18,5	641	3.332	19,24	657	3.591	18,3
15. Antonio Nariño	313	1.893	16,5	471	2.780	16,94	681	4.023	16,9
16. Puente Aranda	623	4.477	13,9	987	6.415	15,39	1.413	8.763	16,1
17. Candelaria	206	1.243	16,6	314	1.747	17,97	578	3.100	18,6
18. Rafael Uribe	1.605	8.721	18,4	2.621	12.210	21,47	2.847	14.647	19,4
19. Ciudad Bolívar	3.952	18.467	21,4	4.251	20.029	21,22	7.338	32.229	22,8
20. Sumapaz	50	207	24,2	37	160	23,13	48	193	24,9
Sin dato	706	4.523	15,6	615	3.313	18,56	56	219	25,6
Distrito	33.630	192.413	17,5	40.548	222.405	18,2	54.485	295.458	18,4

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018

c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años desagregada por sexo, presenta un comportamiento ascendente, siendo más marcado, este comportamiento en el sexo masculino durante los últimos años.





Tabla 18. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN, desagregada por sexo. Bogotá D.C., serie 2016-2018

AÑO	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL CAPTADOS POR SISVAN		
	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑAS CAPTADAS	PREVALENCIA (%)	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS	PREVALENCIA (%)	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS	PREVALENCIA (%)
2016	14609	92960	15,7	19021	99453	19,1	33630	192413	17,5
2017	17626	107131	16,5	22922	115274	19,9	40548	222405	18,2
2018	23558	141660	16,6	30927	153798	20,1	54485	295458	18,4

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2018

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años es mayor en niños y niñas afiliadas al régimen Subsidiado en la serie histórica 2016 a 2018, con tendencia al incremento, alcanzando el 24,8% en 2018, para los menores afiliados al régimen contributivo la prevalencia oscila alrededor del 15%.

Tabla 19. Casos y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN, desagregada por régimen de afiliación. Bogotá D.C., serie 2016-2018

Régimen	AÑO 2016			AÑO 2017			AÑO 2018		
	CASOS RETRASO EN TALLA (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas	CASOS RETRASO EN TALLA (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas	CASOS RETRASO EN TALLA (N°)	Prevalencia (%)	Total Niños Captadas
Subsidiado	15,485	23.6	65,740	18,177	24.1	75,450	21834	24.8	87,970
No Vinculado	453	18.8	2,408	226	18.5	1,224	185	20.2	915
Contributivo	17,581	14.2	123,597	22,140	15.2	145,698	32464	15.7	206,571
Sin dato	111	16.6	668	5	15.2	33	2	100.0	2
Total Bogotá	33,630	17.5	192,413	40,548	18.2	222,405	54485	18.4	295,458

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2018

e. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

En articulación con Fundación Santa Fe de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Integración Social y Fundación Éxito se ejecuta una investigación cuyo objeto es el desarrollo de una intervención en salud pública para intervenir población menor de 1 año en riesgo y con desnutrición crónica residente en el Distrito Capital.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Por su parte, desde la Secretaría Distrital de Salud en el marco del Plan Territorial de Salud, a través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana, componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública, así como provisión de servicios de salud se desarrollaron las siguientes acciones enmarcadas en la promoción de la salud, gestión del riesgo individual y gestión del riesgo colectivo:

24

- Durante el periodo 2016 a 2018 se realizaron actividades relacionadas con la Estrategia AIEPI que incluye las prácticas de: Alimentación Complementaria, Lactancia Materna, Alimentación en el Niño Enfermo, Micronutrientes, Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, Fomentar la lactancia materna exclusiva, Nutrición Basada en Comunidad a 12.071 familias.

Así mismo se capacitaron 833 madres comunitarias en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna y en 153 hogares comunitarios se realizaron talleres de preparación de alimentos. En 2018 (HCB) 1.045 madres comunitarias con educación en signos y síntomas de la desnutrición aguda, 109 hogares comunitarios con talleres de preparación de alimentos, 921 madres comunitarias con educación en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna.

Durante el 2018 se realizó seguimiento a 551 casos de niños y niñas con bajo peso al nacer, priorizando los recién nacidos de UPZ Priorizadas, estrato 1 y 2, madres adolescentes de 10 a 19 años, e hijos de madres con bajo nivel educativo (ninguno, preescolar y básica primaria). Así mismo, desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se realizó en 2018 caracterización y orientación en salud a 767 madres o cuidadores de recién nacidos con bajo peso a término.

- Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública se implementaron jornadas anuales de intensificación en hábitos saludables. En 2017, se implementó el plan integral para la operación de programas y acciones de interés en salud pública en el que se incluyó la estrategia IAMI en 456 IPS.
- Desde el componente de Gobernanza, se realizó curso en lactancia materna dirigido a madres FAMI y profesionales de IPS públicas a 255 personas en 2016. En 2018 se canalizaron 554 casos de riesgo materno infantil (gestantes con bajo peso) para manejo adecuado y oportuno desde el sector salud.
- El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional: En 2016: el componente de intervenciones del SISVAN, acumulado agosto a diciembre se desarrollan 660 Caracterizaciones individuales de Riesgo (CIR) a Recién Nacidos a Término de Bajo Peso, con consejería profesional en lactancia materna, alimentación saludable, canalización a servicios de salud y programas de apoyo alimentario en el marco de la ruta de atención integral a la desnutrición.

En 2017: Se realizó mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 396 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, de las cuales 371 reportan menores de

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

5 años, 326 reportan mujeres en gestación, 43 reportan recién nacidos. Se han desarrollado 1.413 IEC a recién nacidos de bajo peso, 1.942 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 135 IEC a Gestantes de Bajo peso.

En 2018: se llevó a cabo el mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 755 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, 756 reportan menores de 5 años, 576 reportan mujeres en gestación, 109 reportan recién nacidos. Desarrollo 1.773 IEC a recién nacidos de bajo peso, 2.423 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 479 IEC a Gestantes de Bajo peso.

- En el Espacio Educativo en 2016, se brindó orientación técnica en prácticas y hábitos saludables a 111 Madres Comunitarias, con implementación de estrategia de promoción de alimentación complementaria y saludable en hogares comunitarios.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

9. Frecuencia absoluta y tasa de desnutrición global en menores de 5 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

El indicador prevalencia de desnutrición global reporta número de niños/as menores de 5 años que presentan retardo en el crecimiento (peso para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

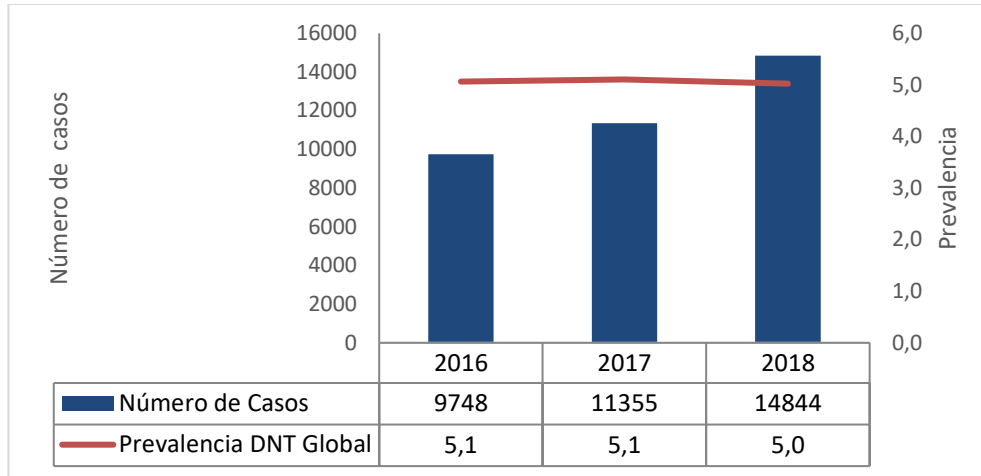
La desnutrición global o bajo peso para la edad, en niños y niñas menores de 5 años de Bogotá, representa las secuelas de estados de inseguridad alimentaria crónicos que han afectado el crecimiento adecuado de los menores y presentan una condición agudizada que se manifiesta en el bajo peso esperado para la edad.

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el Subsistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SISVAN- a través de la notificación por la consulta de crecimiento y desarrollo de IPS públicas y privadas, presenta una tendencia estacionaria manteniéndose alrededor de 5.0%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ilustración 3. Prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2016 – 2018



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018

b. Desagregado por localidades

Para las localidades de Bogotá, la desnutrición global presenta tendencia estacionaria, alrededor del 5%.

Tabla 20. Casos y prevalencia de DNT global en niños menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá 2016 – 2018

LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
1. Usaquén	555	11.739	4,7	465	11.163	4,17	644	14.439	4,5
2. Chapinero	168	3.685	4,6	226	4.802	4,71	282	5.228	5,4
3. Santa fe	245	4.860	5,0	360	5.876	6,13	385	6.824	5,6
4. San Cristóbal	972	14.033	6,9	1.386	18.208	7,61	1.318	20.874	6,3
5. Usme	760	13.896	5,5	1.090	19.503	5,59	1.401	23.689	5,9
6. Tunjuelito	545	7.381	7,4	749	12.518	5,98	826	13.088	6,3
7. Bosa	912	20.805	4,4	1.099	21.736	5,06	1.530	31.222	4,9





LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
8. Kennedy	806	17.609	4,6	1.098	23.583	4,66	1.896	41.863	4,5
9. Fontibón	402	9.509	4,2	359	10.011	3,59	518	11.730	4,4
10. Engativá	914	22.457	4,1	793	22.145	3,58	1.029	28.031	3,7
11. Suba	782	18.754	4,2	708	16.847	4,20	961	23.327	4,1
12. Barrios Unidos	105	3.069	3,4	98	2.760	3,55	140	3.985	3,5
13. Teusaquillo	110	2.831	3,9	131	3.267	4,01	183	4.393	4,2
14. Los Mártires	108	2.254	4,8	178	3.332	5,34	181	3.591	5,0
15. Antonio Nariño	94	1.893	5,0	180	2.780	6,47	218	4.023	5,4
16. Puente Aranda	188	4.477	4,2	260	6.415	4,05	402	8.763	4,6
17. Candelaria	62	1.243	5,0	88	1.747	5,04	158	3.100	5,1
18. Rafael Uribe	498	8.721	5,7	772	12.210	6,32	778	14.647	5,3
19. Ciudad Bolívar	1.259	18.467	6,8	1.125	20.029	5,62	1.955	32.229	6,1
20. Sumapaz	14	207	6,8	13	160	8,13	9	193	4,7
Sin dato	249	4.523	5,5	177	3.313	5,34	30	219	13,7
Distrito	9.748	192.413	5,1	11.355	222.405	5,1	14.844	295.458	5,0

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2016 - 2018

c. Desagregado por sexo

La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años desagregada por sexo, muestra que en el sexo masculino, se presenta mayor prevalencia que el sexo femenino.



Tabla 21. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, desagregada por sexo. Bogotá D.C., serie 2016-2018

AÑO	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL CAPTADOS POR SISVAN		
	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑAS CAPTADAS	PREVALENCIA (%)	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS	PREVALENCIA (%)	CASOS DNT AGUDA (N°)	TOTAL NIÑOS CAPTADOS	PREVALENCIA (%)
2016	4511	92960	4,9	5237	99453	5,3	9748	192413	5,1
2017	5097	107131	4,8	6258	115274	5,4	11355	222405	5,1
2018	6794	141660	4,8	8050	153798	5,2	14844	295458	5,0

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2018

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La prevalencia de desnutrición global, en concordancia con las cifras de desnutrición crónica en menores de 5 años, es mayor en niños y niñas afiliados al régimen Subsidiado y población pobre no asegurada. Por otro lado, la prevalencia para los niños menores de cinco años del régimen contributivo oscila alrededor del 4,0% en la serie de tiempo.

Tabla 22. Casos y prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN, desagregada por régimen de afiliación sexo. Bogotá D.C., serie 2016-2018

Régimen de Aseguramiento	2016			2017			2018		
	CASOS DNT GLOB AL (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL CAPTADOS POR SISVAN	CASOS DNT GLOB AL (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL CAPTADOS POR SISVAN	CASOS DNT GLOB AL (N°)	PREVALENCIA (%)	TOTAL CAPTADOS POR SISVAN
Subsidiado	4,327	6.6	65,740	5,086	6.7	75,450	6,419	7.3	87,970
Vinculado	175	7.3	2,408	82	6.7	1,224	92	10.1	915
Contributivo	5,220	4.2	123,597	6,183	4.2	145,698	8,331	4.0	206,571
Sin dato	26	3.9	668	4	12.1	33	2	100.0	2
Total Bogotá	9,748	5.1	192,413	11,355	5.1	222,405	14844	5.0	295,458

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-SVSP-SDS. 2016- 2018

e. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan Territorial de Salud, a través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana se desarrollaron las siguientes acciones enmarcadas en la promoción de la salud:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Durante el periodo 2016 a 2018 se realizaron actividades relacionadas con la Estrategia AIEPI que incluye las prácticas de: Alimentación Complementaria, Lactancia Materna, Alimentación en el Niño Enfermo, Micronutrientes, Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, Fomentar la lactancia materna exclusiva, Nutrición Basada en Comunidad a 12.071 familias.

29

Así mismo se capacitaron 833 madres comunitarias en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna y en 153 hogares comunitarios se realizaron talleres de preparación de alimentos. En 2018, 109 hogares comunitarios con talleres de preparación de alimentos, 921 madres comunitarias con educación en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna.

Se implementaron jornadas anuales de intensificación en hábitos saludables.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

10. Casos y tasa mortalidad por desnutrición en menores de 5 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a) Total Bogotá

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

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años residentes en Bogotá, pasó de 0.5 por cien mil en 2016 a 0 por cien mil en 2018. Partiendo del reconocimiento de la desnutrición como un evento de origen multicausal, en donde influyen las condiciones de inseguridad alimentaria de familias de alta vulnerabilidad socioeconómica y ambientales residentes en áreas de la ciudad en donde converge la problemática general del país relacionada con la pobreza, el desempleo y pobres redes de apoyo comunitario, la reducción de este evento catastrófico, requiere intervenciones que van más allá del sector salud. En relación con la localidad San Cristóbal, en los últimos cinco años no se han presentado mortalidad por esta causa.

b) Desagregado por localidades

En 2017 y 2018 no se han presentado casos del evento. Los casos del año 2016, se presentaron en la localidad de Ciudad Bolívar, con un total de dos casos, y Rafael Uribe con un caso.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



c) Desagregado por sexo

Los casos presentados en el año 2016 fueron del sexo masculino

d) Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En cuanto a la condición de aseguramiento, los 3 casos de mortalidad por desnutrición presentados en el 2016, corresponden al régimen subsidiado

A continuación se presentan las características de edad, localidad sexo, y aseguradora de los casos fallecidos en el año 2016. Para los años 2017 y 2018 no se han presentado casos.

Tabla 23. Casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Distribución por edad, sexo, localidad de residencia y aseguramiento. Bogotá D.C. Año 2016.

Año	Caso	Edad	Sexo	Localidad Residencia	Barrio	Aseguradora
2016	2 (Febrero)	13 meses	Masculino	Rafael Uribe	Quiroga	Capital Salud Subsidiado
	3 (Abril)	13 meses	Masculino	Ciudad Bolívar	Lucero	Fondo Financiero Distrital
	4 (Abril)	16 meses	Masculino	Ciudad Bolívar	Lucero	Capital Salud Subsidiado

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

e) Caracterización de los casos.

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

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

31

f) Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

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

Con el fortalecimiento de la articulación entre los sectores sociales del Distrito como la Secretaria Distrital de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Secretaria de Educación, se han logrado avances en la intervención del riesgo de muerte que trae consigo la condición de desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años. El Distrito Capital cuenta con la Ruta Distrital de Atención para la Desnutrición Aguda en menores de 5 años con la participación de los sectores mencionados anteriormente, cada uno con un rol definido en el proceso de identificación y recuperación de la desnutrición aguda, impactando de manera positiva en los determinantes causantes de la condición.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan Territorial de Salud, a través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana, componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública, así como provisión de servicios de salud se desarrollaron acciones enmarcadas en la promoción de la salud, gestión del riesgo individual y gestión del riesgo colectivo, la cuales se mencionaron previamente.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud.

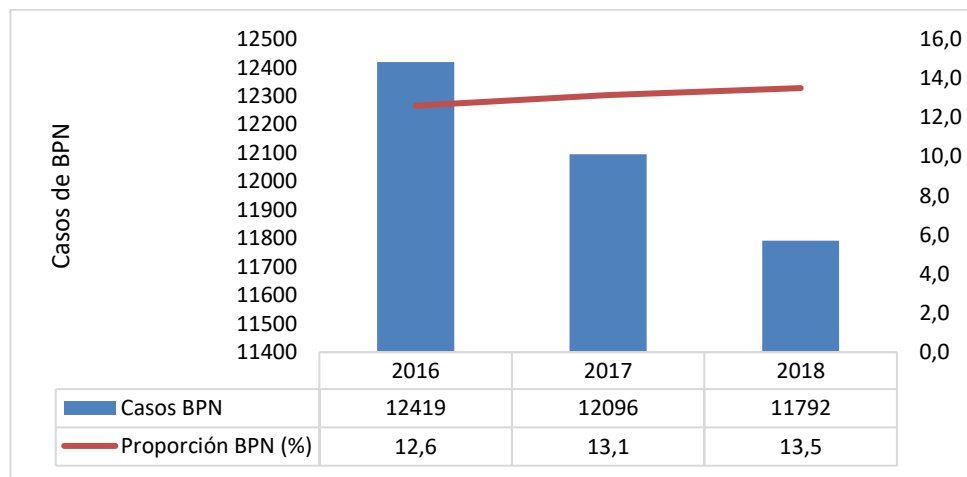


11. Casos y tasa de bajo peso al nacer para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

El número de nacidos vivos ha disminuido en el distrito, teniendo una reducción del 11.5% en el año 2018 comparado con el año 2016. Esto se ve reflejado también en una disminución de los casos de bajo peso al nacer (5%): sin embargo, al tener una mayor disminución en nacidos vivos que en los casos de bajo peso al nacer la prevalencia muestra un aumento.

Ilustración 4. Casos y prevalencia de Bajo peso al nacer, año 2016-2018



Fuente 2016 y 2017: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Enero 2019)
Fuente 2018: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfico. -preliminares; (ajustado-18-01-2019)

b. Desagregado por localidades

Al desagregar el indicador de bajo peso al nacer por las localidades no se observa una localidad específica que ocupe el primero lugar de mayor prevalencia durante los años 2016, 2017 y 2018. No obstante, localidades como Sumapaz, Chapinero y San Cristóbal si aparecen durante los últimos dos años como las localidades con mayor prevalencia.



Tabla 24. Casos y prevalencia de bajo peso al nacer, año 2016-2018

LOCALIDAD	2016			2017			2018		
	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)
01. USAQUÉN	6226	781	12,5	5931	721	12,2	5468	691	12,6
02. CHAPINERO	2045	252	12,3	1971	291,0	14,8	1663	260	15,6
03. SANTA FE	1363	144	10,6	1571	226	14,4	1552	216	13,9
04. SAN CRISTÓBAL	5788	726	12,5	5213	763	14,6	4693	701	14,9
05. USME	5509	786	14,3	5206	684	13,1	4984	686	13,8
06. TUNJUELITO	2618	328	12,5	2419	289	11,9	2321	284	12,2
07. BOSA	1007 1	1185	11,8	9425	1194	12,7	9169	1257	13,7
08. KENNEDY	1413 9	1789	12,7	13364	1768	13,2	12377	1625	13,1
09. FONTIBÓN	4213	533	12,7	3774	475	12,6	3708	468	12,6
10. ENGATIVÁ	8804	1071	12,2	8177	1037	12,7	7972	1164	14,6
11. SUBA	1374 8	1708	12,4	13254	1770	13,4	12094	1621	13,4
12. BARRIOS UNIDOS	1555	199	12,8	1452	199	13,7	1330	196	14,7
13. TEUSAQUILLO	1249	172	13,8	1194	129	10,8	1154	145	12,6
14. MARTIRES	1094	133	12,2	1041	147	14,1	1080	139	12,9
15. ANTONIO NARIÑO	1225	161	13,1	1026	105	10,2	916	111	12,1
16. PUENTE ARANDA	2849	352	12,4	2431	300	12,3	2283	289	12,7
17. LA CANDELARIA	261	38	14,6	338	51	15,1	273	28	10,3
18. RAFAÉL URIBE URIBE	5382	692	12,9	4686	613	13,1	4636	637	13,7
19. CIUDAD BOLÍVAR	9788	1271	13,0	9362	1302	13,9	9370	1225	13,1
20. SUMAPAZ	22	1	4,5	19	3	15,8	25	5	20,0
99. SIN INFORMACIÓN	704	97	13,8	200	29	14,5	281	44	15,7
TOTAL	9865 3	1241 9	12,6	92054	1209 6	13,1	87349	1179 2	13,5

Fuente 2016 y 2017: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Enero 2019)
Fuente 2018: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfico. -preliminares; (ajustado-18-01-2019)





c. Desagregado por sexo

Se observa que los neonatos de sexo femenino tienen mayor prevalencia de bajo peso al nacer durante los años 2016, 2017 y 2018. Adicionalmente, la diferencia en la prevalencia entre los sexos ha aumentado en 0.1 cada año

Tabla 25. Casos y prevalencia de bajo peso al nacer según sexo, Bogotá, D.C Años 2016-2018

Sexo	2016			2017			2018		
	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)
FEMENINO	48048	6646	13,8	44496	6430	14,5	42706	6325	14,8
INDETERMINADO	7	2	28,6	7	2	28,6	6	4	66,7
MASCULINO	50598	5771	11,4	47551	5664	11,9	44637	5463	12,2
Total general	98653	12419	12,6	92054	12096	13,1	87349	11792	13,5

Fuente 2016 y 2017: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Enero 2019)

Fuente 2018: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfico. -preliminares; (ajustado-18-01-2019)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Al analizar el bajo peso al nacer por tipo de vinculación al sistema de salud se observa que durante los años 2016 y 2017 la mayor prevalencia se concentró en los no asegurados; sin embargo, en el año 2018 la mayor prevalencia fue en el régimen contributivo a pesar de que el número de nacidos vivos no asegurados tuvo un aumento para este año del 79.8% comparado con el anterior.

Tabla 26. Casos y prevalencia de bajo peso al nacer según vinculación al sistema, Bogotá, D.C Años 2016-2018

REGIMEN DE AFILIACION	2016			2017			2018		
	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)	NV	BPN	Prop. BPN (%)
CONTRIBUTIVO	7371	9125	12,4	6859	8894	13,0	6285	8942	14,2
ESPECIAL	31	2	6,5	22	4	18,2	27	2	7,4
EXCEPCIÓN	2711	349	12,9	2450	308	12,6	2115	210	9,9
NO ASEGURADO	3950	567	14,4	2855	425	14,9	5047	615	12,2
SUBSIDIADO	1824	2376	13,0	1813	2465	13,6	1730	2023	11,7
Total general	9865	1241	12,6	9205	1209	13,1	8734	1179	13,5

Fuente 2016 y 2017: Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Enero 2019)

Fuente 2018: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfico. -preliminares; (ajustado-18-01-2019)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

e. Factores asociados al bajo peso al nacer en Bogotá.

Para Bogotá, los nacimientos con bajo peso, continua siendo una problemática que cubre el 13% del total de nacidos vivos anualmente, a pesar de los esfuerzos adelantados no se ha logrado impactar positivamente el indicador, debido a la multicausalidad de este fenómeno que afecta en similar magnitud a las gestantes, independientemente de las diferencias en condiciones socioeconómicas, y que guarda estrecha relación con la calidad de la atención por los servicios de salud.

Dentro de los determinantes en salud, que intervienen la presentación del evento están edades las extremas de las madres con mayor prevalencia en las adolescentes, la captación tardía de la gestante y escasa asistencia a controles prenatales, lo cual puede relacionarse con el déficit en acciones de promoción de salud sexual y reproductiva y falencias en las estrategias de demanda inducida al control prenatal, así mismo se evidencia un inadecuado acceso a micronutrientes durante el periodo de gestación y débil seguimiento a la adherencia al esquema.

Así las cosas, es necesario continuar con el desarrollo de acciones de promoción, prevención e intervención desde la etapa preconcepcional, en marco de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal, incluyendo mecanismos efectivos de demanda inducida al control prenatal que permitan la detección temprana y tratamiento oportuno de complicaciones durante la gestación que afectan el adecuado crecimiento y desarrollo fetal, tales como: oportunos de las patologías durante la gestación que pueden incidir en el bajo peso al nacer: trastornos hipertensivos, infecciones, carencias nutricionales y pobre ganancia de peso. Adicionalmente, desde salud pública y en articulación intersectorial es necesario la implementación de acciones integrales que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida en las familias residentes en zonas de alta vulnerabilidad, identificadas en el análisis de los casos notificados en el periodo; si bien el bajo peso al nacer se presenta en todas las localidades, es mayor en las UPZ menos favorecidas.

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan Territorial de Salud, a través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana, componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública, así como provisión de servicios de salud se desarrollaron las siguientes acciones enmarcadas en la promoción de la salud, gestión del riesgo individual y gestión del riesgo colectivo:

- En el Espacio Vivienda, en 2018 se realizó seguimiento a 306 recién nacidos con bajo peso y 636 gestantes de bajo peso reportadas por el SISVAN y otros sectores.

Durante el periodo 2016 a 2018 se realizaron actividades relacionadas con la Estrategia AIEPI que incluye las prácticas de: Alimentación Complementaria, Lactancia Materna, Alimentación en el Niño Enfermo, Micronutrientes,



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, Fomentar la lactancia materna exclusiva, Nutrición Basada en Comunidad a 12.071 familias.

Durante el 2018 se realizó seguimiento a 551 casos de niños y niñas con bajo peso al nacer, priorizando los recién nacidos de UPZ Priorizadas, estrato 1 y 2, madres adolescentes de 10 a 19 años, e hijos de madres con bajo nivel educativo (ninguno, preescolar y básica primaria). Así mismo, desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional se realizó en 2018 caracterización y orientación en salud a 767 madres o cuidadores de recién nacidos con bajo peso a término.

- Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, en 2018, se realizó gestión para atención sectorial a 110 recién nacidos con bajo peso al nacer sin intervención y activación de ruta de promoción y mantenimiento de la salud para la atención.

Se implementaron jornadas anuales de intensificación en hábitos saludables. En 2017, se implementó plan integral para la operación de programas y acciones de interés en salud pública en el que se incluyó la estrategia IAMI en 456 IPS. En 2018 se abordaron 1.325 IPS con plan integral que incluyó la asesoría y asistencia técnica en identificación y manejo de la desnutrición aguda en población menor de 5 años.

- Desde el componente de Gobernanza, se realizó curso en lactancia materna dirigido a madres FAMI y profesionales de IPS públicas a 255 personas en 2016. En 2018 se canalizaron 554 casos de riesgo materno infantil (gestantes con bajo peso) para manejo adecuado y oportuno desde el sector salud.
- El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional: En 2016: el componente de intervenciones del SISVAN, acumulado agosto a diciembre se desarrollan 660 Caracterizaciones individuales de Riesgo (CIR) a Recién Nacidos a Término de Bajo Peso y 810 CIR a menores de 5 años con desnutrición aguda o desnutrición global (*información preliminar), con consejería profesional en lactancia materna, alimentación saludable, canalización a servicios de salud y programas de apoyo alimentario en el marco de la ruta de atención integral a la desnutrición.

En 2017: Se realizó mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 396 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, de las cuales 371 reportan menores de 5 años, 326 reportan mujeres en gestación, 43 reportan recién nacidos. Se han desarrollado 1.413 IEC a recién nacidos de bajo peso, 1.942 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 135 IEC a Gestantes de Bajo peso. Se han reportado 127 casos de desnutrición aguda severa en menores de 5 años al Espacio Vivienda para la activación de rutas.

En 2018: se llevó a cabo el mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) en 755 Unidades Primarias Generadoras de Datos públicas y privadas, 756 reportan menores de 5 años, 576 reportan mujeres en gestación, 109 reportan recién nacidos. Desarrollo 1.773 IEC a recién nacidos de bajo

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

peso, 2.423 IEC a menores de 5 años con Desnutrición, 479 IEC a Gestantes de Bajo peso. Reporte de 283 casos de desnutrición aguda severa en menores de 5 años al Espacio Vivienda para la activación de rutas.

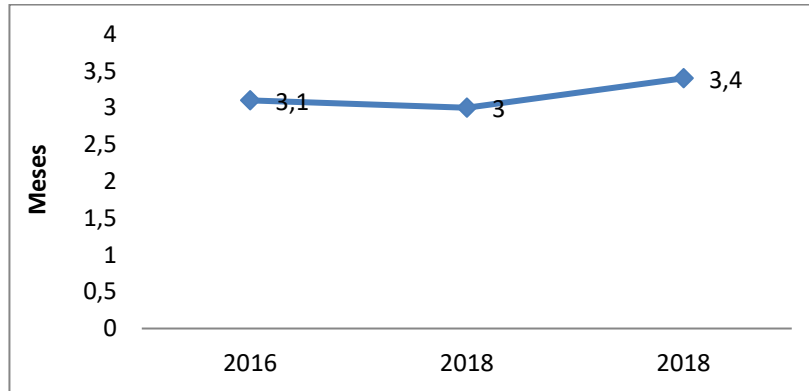
La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

g. Mediana de la lactancia materna (en meses) para los años 2016, 2017 y 2018. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Desde el sector salud se ha avanzado en el fortalecimiento de la consejería en lactancia materna a la familia gestante durante el control prenatal, atención del parto y post parto, y durante el control de crecimiento y desarrollo. Adicionalmente, los procesos de articulación intersectorial, el fortalecimiento y divulgación de redes de apoyo a la mujer gestante y madre lactante a nivel comunitario e institucional, han aportado a que la lactancia materna exclusiva para los menores notificados al SISVAN, presente un aumento en el período 2016- 2018, con una mediana de 3.4 meses de duración.

En relación a la desagregación según localidad de residencia, se observa un comportamiento muy similar al nivel distrital, donde la media de lactancia materna exclusiva más alta se presenta en la localidad de Rafael Uribe Uribe (3.7 meses), seguido de Bosa, Usme y San Cristóbal (3,5 meses), siendo las localidades con menor media de lactancia materna exclusiva, Usaquén (3.1 meses) y Fontibón y Teusaquillo (3.2 meses), en el año 2018. Es de resaltar que localidades como Sumapaz, Suba, Antonio Nariño, Usaquén, Chapinero, Engativá y Rafael Uribe, muestran un aumento importante en la lactancia materna, cercana a 12 y 20 días de edad, sin embargo, localidades como Ciudad Bolívar, evidencian una disminución cercana a un mes de edad.

Ilustración 5. Mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva entre los niños y niñas menores de seis meses reportados al SISVAN, Bogotá, D.C. 2016-2018

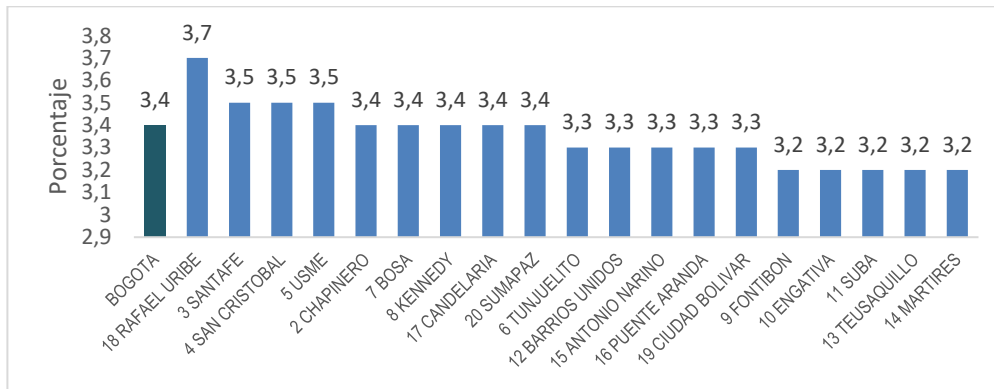


Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. Serie 2016 – 2018





Ilustración 6. Mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva entre los niños y niñas menores de seis meses reportados al SISVAN, según localidad de residencia, Bogotá, D.C. 2018



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública- SDS. 2018

A través de la ejecución del proyecto de inversión 1186 – Atención Integral en Salud, desde los espacios de vida cotidiana, componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública, se desarrollaron las siguientes acciones Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo y Gestión de Riesgo Individual:

- Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública en 2016 se abordaron 175 IPS públicas y privadas con fines de caracterización y acercamiento para la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII). En 2017 se lleva a cabo plan de acción y seguimiento, con acciones de capacitación en la estrategia -IAMII y Salas de extracción de leche materna a 433 IPS; en 2018 se priorizan 80 IPS públicas y privadas para iniciar proceso de implementación de la estrategia a través de acompañamiento, asesoría y asistencia técnica, quienes generan avances en: 31 IPS en Voluntad política institucional, 8 IPS en Armonización conceptual y práctica del personal de salud en torno a la salud y nutrición materna e infantil, 63 IPS en Empoderamiento de las mujeres y sus familias para el cuidado, 62 IPS en mejores condiciones para el nacimiento, 56 IPS en Ayuda efectiva para iniciar el cuidado del recién nacido y de la puérpera, 38 IPS en Promoción, protección y apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna, 53 IPS en Favorecer el alojamiento y el acompañamiento, 37 IPS en Seguimiento sistemático al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, 30 IPS en la institución de salud como un entorno protector y un espacio amigable, y 9 IPS en Cuidado de la salud y nutrición materna e infantil más allá de la Institución de salud.

En 2016, en articulación con la Secretaria Distrital de Integración Social se realiza cualificación en lactancia materna a 73 profesionales de la salud de IPS públicas y privadas. En 2018 se realiza curso de técnicas de consejería en lactancia materna a 110 profesionales de la salud de IPS públicas y privadas.

Se realizaron anualmente jornadas de intensificación de promoción de la Lactancia Materna, que para 2018 se logró la sensibilización de 524 profesionales de la salud en la importancia de promover la práctica en todas las



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

mujeres gestantes y madres lactantes atendidas en la IPS priorizadas con atención de niños y niñas menores de 5 años.

De igual manera, frente a las Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) en el entorno laboral (Resolución 2423 de 2018), de 80 IPS públicas y privadas se genera avance en 18 en implementación de plan de capacitación dirigido a mujeres gestantes y madres en lactancia, en 19 en mecanismos internos de difusión que permiten el acceso a la información por todos los miembros de la entidad y en 5 IPS en el cumplimiento de las disposiciones del Decreto 1397 de 1992 “por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones”.

- En el espacio Vivienda durante el periodo 2016 a 2018 se brindó a 4261 familias orientación y promoción de la lactancia materna, adicionalmente se realizaron 11641 seguimientos a familias con Niños y niñas menores de 6 meses identificados sin lactancia materna exclusiva.

Se brindaron 5063 orientaciones en alimentación infantil saludable y lactancia materna a madres comunitarias.

- En el espacio educativo en el periodo de 2017 a 2018 se abordaron 650 adolescentes gestantes y lactantes con acciones educativas en promoción de la lactancia materna.
- En el espacio público en 2017 se desarrollaron 63 acciones itinerantes que incluyen la promoción de la lactancia materna, con la participación 10.409 mujeres 8.086 hombres. Se realizaron 122 grupos con iniciativas comunitarios incluyendo la lactancia materna como un hábito de alimentación saludable, con la participación de 1.967 mujeres, 103 hombres.

En 2018, se implementaron estrategias para la promoción de la lactancia materna en los barrios promotores de la salud urbana: Bosque Calderón; Las cruces; Moralba; Rivera; Jazmín Occidental; Marandú; Villa Gloria; La favorita; Danubio Azul I y II Sector; Rincón de Suba; Verbenal; Egipto; Laureles; María Paz; en articulación con los siguientes espacios y sectores: Comité de salud asociaciones comunitarias; Dirección de participación, COIS; Espacio de vida cotidiana: (Vivienda, Trabajo, Educativo, Gobernanza, Programas y Acciones, VSP); ICBF; Juntas de Acción Comunal, Comités Salud; ONG'S; Secretaria de Integración Social.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud.





IV. Sexualidad derechos sexuales y reproductivos

12. Casos y razón de mortalidad materna para los años 2016, 2017 y 2018.

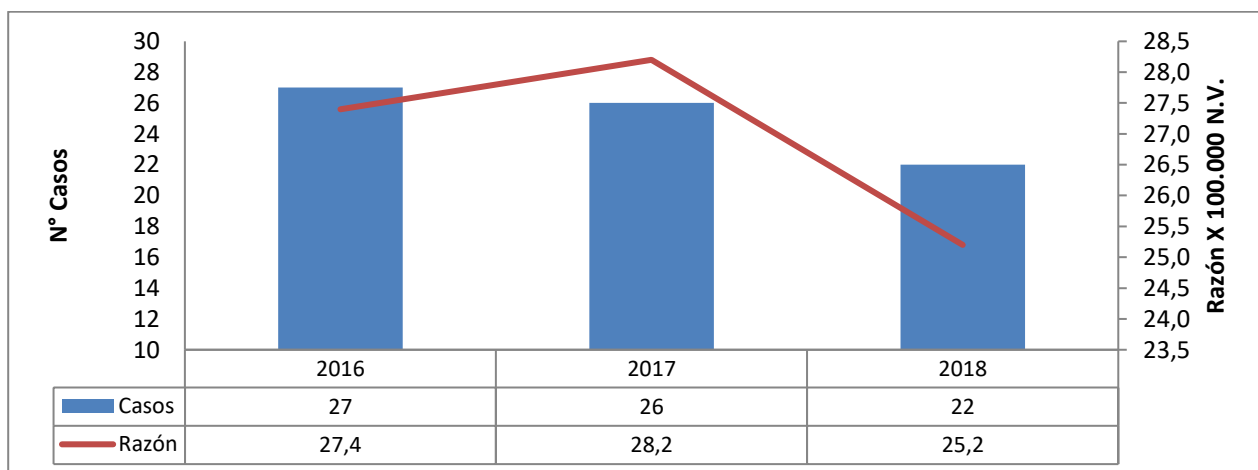
Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva. Dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental, nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud. De esta manera la razón de mortalidad materna representa uno de los indicadores que más representa la desigualdad social y el nivel de desarrollo de un País

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Los indicadores de Mortalidad Materna (RMM) en Bogotá para el periodo analizado, presentan un comportamiento con tendencia hacia el descenso, dado que, en el año 2018, según datos preliminares se presentaron 22 casos con una RMM de 25,2 muertes maternas por 100000 NV, esto evidencia una reducción en el número de casos de 18.5% (5 casos menos) con relación al año 2016 (n=27); y una disminución en la razón del año 2018 del 8.02% con relación a la RMM de 27.4 año 2016.

Históricamente los casos y la razón de mortalidad materna presentada durante el año 2018 han sido los más bajos en Bogotá durante los últimos 20 años, presentando el Distrito Capital una de las razones más bajas del País, dado que para el año 2018 Colombia presenta 42.8 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Ilustración 7. Casos y Razón de mortalidad materna. Bogotá D.C. Años 2016-2018



Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF -ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (publicación DANE Enero 2019)

Fuente 2018: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfico. -preliminares; (ajustado-18-01-2019)



En relación a la Subred de residencia de las muertes maternas ocurridas en el año 2018, se evidencia la siguiente distribución: Sur (n=2); Norte (n=11); Sur Occidente (n=6); Centro Oriente (n=3); La distribución de la mortalidad materna de las cinco localidades priorizadas (Ciudad Bolívar, Engativá, Suba, Bosa y Kennedy) que hacen parte del diferencial (Pareto) para el periodo 2018 registró 14 muertes y una razón de 27.46 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Tabla 27. Casos y razón de mortalidad materna por localidad de residencia: Bogotá D.C 2016-2018

LOCALIDADES	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
Usaquén	2	32,1	0	0	3	54,9
Chapinero	0	0	0	0	1	60,1
Santafé	2	146,2	1	63,7	0	0
San Cristóbal	0	0	1	19,2	2	42,6
Usme	1	18,1	0	0,0	1	20,1
Tunjuelito	1	38,2	0	0,0	0	0
Bosa	3	29,8	5	53,1	2	21,8
Kennedy	3	21,2	2	15,0	4	32,3
Fontibón	1	23,8	1	26,5	0	0,0
Engativá	2	22,7	2	24,5	5	75,3
Suba	3	21,8	5	37,7	1	8,3
Barrios Unidos	1	64,3	1	68,9	0	0
Teusaquillo	0	0	0	0,0	0	0,0
Mártires	1	91,5	0	0,0	0	0,0
Antonio Nariño	0	0	0	0,0	0	0,0
Puente Aranda	0	0	0	0,0	0	0,0
Candelaria	0	0	0	0,0	0	0,0
Rafael Uribe	3	55,8	0	0,0	2	21,6
Ciudad Bolívar	4	40,8	7	74,8	1	10,7
Sumapaz	0	0	0	0,0	0	0,0
Sin Localidad	0	na	1	na	0	na
TOTAL	27	27,4	26	28,2	22	25,2

Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales

Fuente 2018: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Ajustado 19 enero 2019.



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

El mayor número de casos de mortalidad materna se concentra en el grupo de edad de 20-34 años, esto es lo esperado; dado que son las edades en que el mayor porcentaje de mujeres se embarazan; sin embargo, se presentaron muertes en mujeres adolescentes y mayores de 35 años donde la edad aumento el riesgo de morbi mortalidad materna y perinatal.

Tabla 28. Casos de mortalidad materna por Grupo de edad. Bogotá D.C 2016-2018

EDAD POR QUINQUENIOS	2016	2017	2018
De 10 a 14 años	0	0	0
De 15 a 19 años	4	4	3
De 20 a 34 años	15	19	14
De 35 y más	8	3	5
Total	27	26	22

Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales
Fuente 2018: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Ajustado 19 enero 2019.

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 29. Casos de mortalidad materna según Régimen de Seguridad Social. Bogotá D.C 2016-2018

RÉGIMEN	2016	2017	2018
Subsidiado	8	6	5
Contributivo	13	11	11
Especial	0	0	0
Excepción	1	0	1
No Asegurado	3	1	5
Sin Información	2	8	0
Total	27	26	22

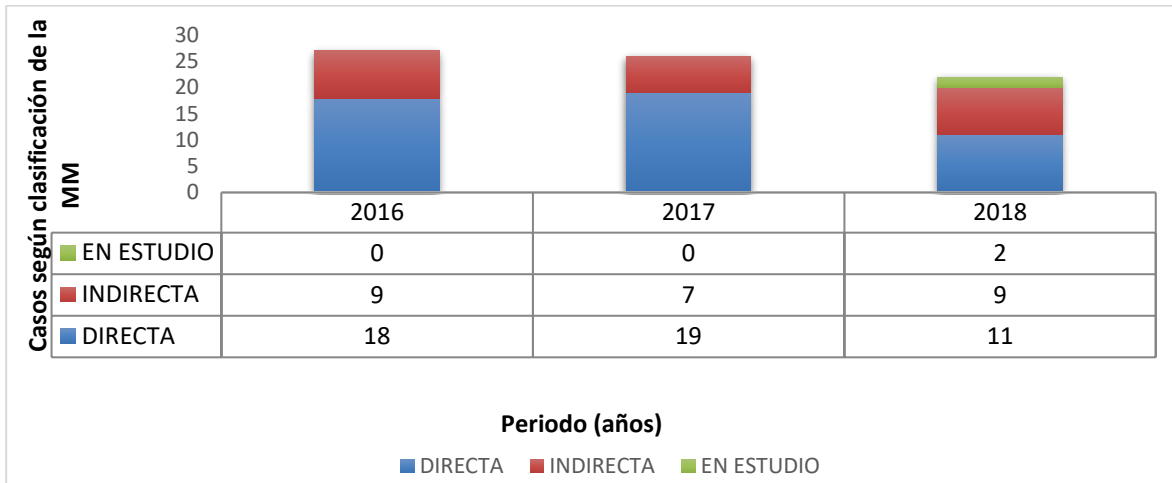
Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales
Fuente 2018: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Ajustado 19 enero 2019.

El régimen de afiliación al sistema de salud al que pertenecían los casos de muerte materna en el año 2018, se encuentra principalmente en el régimen contributivo con un promedio de participación del 50% (N=11), seguido del régimen subsidiado con el 22.7% (n=5). Sin embargo, la razón de mortalidad materna más alta se presenta entre los regímenes excepción y población pobre no asegurada, asociado a su número de afiliados.



e. Caracterización de los casos.

Ilustración 8. Casos de mortalidad materna, según clasificación de muerte. Bogotá D.C. Años 2016-2018



Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales
Fuente 2018: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Ajustado 19 enero 2019.

Un porcentaje importante de los casos de mortalidad materna se consideran eventos evitables, específicamente aquellos asociados a causas directas relacionadas con la gestación; estos casos representan el mayor reto de intervención para el Distrito Capital, dado su alto impacto social y en salud, puesto que las consecuencias de este evento perpetúan en el tiempo, convirtiéndose en una tragedia familiar a gran escala. Cabe resaltar que la tendencia de los últimos años en Bogotá representa cambios importantes en el perfil epidemiológico de la mortalidad materna, siendo cada vez menor el número de casos asociados a causas directas a la gestación.



Tabla 30. Casos de mortalidad materna según Causas agrupadas. Bogotá D.C 2016-2018

GRUPO DE CAUSA	2016	2017	2018	Total general	%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - AFECCIONES GI	0	1	0	1	1%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - TRASTORNOS AUTOINMUNES	1	0	0	1	1%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - CARDIOPATÍAS	0	0	1	1	1%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - AFECCIONES SNC	0	1	0	1	1%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - AFECCIONES ENDOCRINAS	0	1		1	1%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - AFECCIONES RESPIRATORIAS	2	0	0	2	3%
EN ESTUDIO	0	0	2	2	3%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - TRANSMISIBLES	1	0	2	3	4%
HEMORRÁGIA OBSTÉTRICA	3	1	1	5	7%
EMBARAZO QUE TERMINA EN ABORTO	3	2		5	7%
INFECCIÓN RELACIONADA CON EL EMBARAZO	1	3	1	5	7%
DECONOCIDO / INDETERMINADO	2	4	0	6	8%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - NEOPLASIAS	3	2	1	6	8%
COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS - AFECCIONES SIST.CIRCULATORIO	2	2	5	9	12%
OTRAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	5	3	3	11	15%
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4	6	6	16	21%
Total general	27	26	22	75	100

Fuente 2016 y 2017: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales

Fuente 2018: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Preliminares. Ajustado 19 enero 2019.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En Bogotá el mayor porcentaje de casos de mortalidad materna, al igual que en el resto de la región, están asociados a casusas relacionadas con trastornos hipertensivos y hemorragias; sin embargo, cada vez más ocurren eventos de mortalidad materna asociados a causas indirectas por enfermedades crónicas preexistentes como las neoplasias y enfermedades autoinmunes. Lo cual genera un amplio reto para el sector Salud, siendo uno de los principales objetivos promover la importancia de la planeación del embarazo y el acceso a la consulta preconcepcional, como uno de los principales hitos de la Ruta materno perinatal y la prevención de la mortalidad materna.

45

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Dentro de la Gestión de Salud Pública a través de la implementación de acciones integradas para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en los Espacios de Vida Cotidiana y los Procesos Transversales, se generan los siguientes resultados:¹

- Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública: se realizan 2.687 asistencias técnicas a IPS, profundizando contenidos en los temas de: Acceso y consulta para la atención Pre-concepcional; Regulación de la Fecundidad; Control Prenatal; Interrupción Voluntaria del Embarazo; Prevención de la Transmisión materno infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis B; Puerperio y cuidados del recién nacido; Temáticas de articulación interdimensiones (Dimensiones Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública); como parte de la implementación de la Ruta Materno Perinatal- RIAMP. 1.193 casos reportados al SIRC para atención de la Ruta 1 "Mujer gestante o en puerperio", con un 55% de atenciones efectivas (n=664).
- Vigilancia en Salud Pública: Fueron adelantadas un total de 77 investigaciones epidemiológicas de campo del evento mortalidad materna, 74 unidades de análisis de mortalidad materna y 183 unidad de análisis de morbilidad materna extrema
- Espacio Educativo: Han sido abordadas 374 Instituciones Educativas con población gestante y/o lactante, en donde se realizaron 1.549 sesiones de seguimiento a grupos de adolescentes gestantes y lactantes y de seguimiento e intervenciones encaminadas al autocuidado y fortalecimiento de prácticas de bienestar durante este suceso vital. El 100% de las adolescentes gestantes (n=366) identificadas, asisten mensualmente a Control Prenatal y el 100% de las adolescentes lactantes (n=269) se encuentran con método regular de anticoncepción.
- Espacio Público: En 202 grupos, colectivos, redes y organizaciones comunitarias, de acuerdo a la lectura de contexto, fueron concertados acuerdos e iniciativas de trabajo relacionados con la protección de la gestación y de los recién nacidos, con 223 planes de acción estratégicos en implementación y 84 evaluados a partir de grupos focales. Para la vigencia 2018 se realizaron 86 grupos de líderes promotores desde la estrategia "Embarazados todos por la vida", con 1.825 personas en los barrios promotores de la salud urbana, en articulación con los siguientes espacios y sectores: Comité de salud asociaciones comunitarias; Dirección de participación, COIS; Espacio de vida cotidiana: (Vivienda, Trabajo, Educativo, Gobernanza, Programas y Acciones, VSP); ICBF; Juntas de Acción Comunal, Comités Salud; ONG'S; Secretaría de Educación; Secretaria de Integración Social; realizando actividades o iniciativas para la protección durante la gestación y del recién nacido, con énfasis en identificación de signos y síntomas de alarma, adherencia al control prenatal.

¹ METAS DISTRITO REALIZADAS DE ACUMULADO A JUNIO 2017 A NOVIEMBRE 2018. Plataforma SISU Proyecto 1186 Link. <https://sinergias.net/1186/menu/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Espacio Vivienda: Fueron identificadas 5.405 gestantes a las cuales se les realizaron acciones de información, educación y comunicación para la salud en temas relacionados con Inicio oportuno y adherencia a controles prenatales; Promoción y oferta a la consulta de regulación de la fecundidad (planificación familiar); Identificación de signos y síntomas de alarma; Información de la oferta de servicios de salud; Educar a padres y cuidadores en los cuidados del recién nacido en el hogar; Educación para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; Seguimiento a tratamientos acorde a riesgo y alertas en salud durante la gestación y en el posparto. Se identificaron 258 gestantes con signos y síntomas de alarma, 592 gestantes sin adherencia al control prenatal, las cuales fueron canalizadas 492 a los servicios de salud.

46

Desde la gestión individual del riesgo se adelantaron una serie de intervenciones para la reducción de la mortalidad materna así:

- ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud – PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido y anticoncepción, RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (IVE, emergencias obstétricas, patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con la población gestante en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas, criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital, y en implementación del lineamiento humanizado, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención materna
- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en consulta preconcepcional, control prenatal, atención de parto y pos parto, anticoncepción pos evento obstétrico, interrupción voluntaria del embarazo y humanización de los servicios de salud entre otros, dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, a profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Asistencia técnica para el seguimiento a eventos de Mortalidad Materna y a los planes de mejoramiento derivados de sus unidades de análisis, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal, con énfasis en la prioridad de la atención a las mujeres gestantes, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso de humano, existencias y uso óptimo del kit de emergencias obstétricas, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención materna en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- ✚ Diseño y actualización de Instrumentos de adherencia a guías de práctica clínica de atención materna a la luz de la normatividad: control prenatal, trabajo de parto y parto, emergencias obstétricas (hemorragia posparto, sepsis de origen obstétrico y trastornos hipertensivos), actualización de las sesiones del curso de preparación de la maternidad y paternidad para el D.C., propuesta inicial de reorganización de los servicios gineco-obstétricos y neonatales para las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- de la red pública en Bogotá, incluyendo el enfoque diferencial planteado en el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS.

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

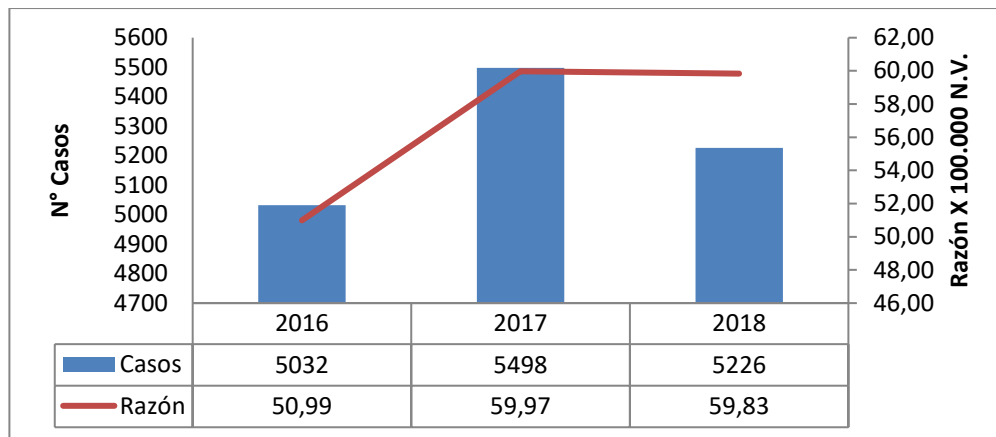


La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

13. Casos y razón de morbilidad materna extrema MME para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Ilustración 9. Casos y razón de morbilidad materna extrema MME para los años 2016, 2017 y 2018



Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018

El comportamiento de los datos distritales de Morbilidad Materna Extrema (MME), representa el alto volumen de gestantes con criterios de severidad que son identificadas y atendidas en las instituciones de salud de mayor nivel de complejidad de Bogotá, así mismo refleja el alto nivel de resolutivez de las instituciones versus el número de casos de mortalidad materna reportados.

De igual forma el aumento de la notificación de MME en el Distrito Capital guarda estrecha relación con las acciones de fortalecimiento del sistema de Vigilancia en Salud Pública, dado que a través de la intensificación de asistencias técnicas se ha logrado mayor adherencia de los profesionales de la salud al protocolo de vigilancia y adecuado e inmediato reconocimiento de la definición de caso y criterios de inclusión para su notificación, manejo y análisis.



b. Desagregado por localidades

El comportamiento de la morbilidad materna extrema según localidad de residencia, evidencia las mayores razones en localidades de Sumapaz, Candelaria, Los Mártires y Santafé, este indicador está altamente afectado por el denominador correspondiente al bajo número de nacidos vivos de estas localidades. En cuanto al número de casos las localidades con mayor MME son Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar y Bosa, localidades que concentran altas condiciones de vulnerabilidad asociadas a pobreza, bajos niveles educativos y altos niveles de empleo informal, entre otros.

Tabla 31. Casos y razón de Morbilidad materna extrema, por localidad de residencia: Bogotá D.C 2016-2018

LOCALIDAD	2016		2017		2018	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
1. Usaquén	292	46,90	260	43,84	266	48,65
2. Chapinero	95	46,45	108	54,79	76	45,70
3. Santafé	80	58,69	97	61,74	117	75,39
4. San Cristóbal	303	52,35	337	64,65	304	64,78
5. Usme	277	50,28	322	61,85	324	65,01
6. Tunjuelito	160	61,12	169	69,86	162	69,80
7. Bosa	487	48,36	504	53,47	477	52,02
8. Kennedy	722	51,06	782	58,52	679	54,86
9. Fontibón	212	50,32	255	67,57	234	63,11
10. Engativá	481	54,63	502	61,39	421	52,81
11. Suba	593	43,13	702	52,97	715	59,12
12. Barrios Unidos	79	50,80	99	68,18	75	56,39
13. Teusaquillo	85	68,05	94	78,73	62	53,73
14. Los Mártires	75	68,56	103	98,94	84	77,78
15. Antonio Nariño	63	51,43	74	72,12	63	68,78
16. Puente Aranda	149	52,30	141	58,00	156	68,33
17. La Candelaria	52	199,23	44	130,18	24	87,91
18. Rafael Uribe Uribe	295	54,81	325	69,36	345	74,42
19. Ciudad Bolívar	432	44,14	547	58,43	608	64,89
20. Sumapaz	3	136,36	1	52,63	4	160,00



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	2016		2017		2018	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Sin información	97	137,78	32	160,00	30	106,76
TOTAL	5032	51,01	5498	59,73	5226	59,83

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018

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

Tabla 32. Casos de morbilidad materna extrema, por Grupo de edad. Bogotá D.C 2016-2018

EDAD POR QUINQUENIOS	2016	2017	2018
De 10 a 14 años	25	27	18
De 15 a 19 años	588	644	599
De 20 a 34 años	3429	3752	3596
De 35 y más	990	1075	1013
Total	5032	5498	5226

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 33. Casos de Morbilidad materna extrema, según Régimen de Seguridad Social. Bogotá D.C 2016-2018

RÉGIMEN	2016	2017	2018
Subsidiado	796	898	932
Contributivo	3804	4153	3789
Especial	182	136	92
Excepción	46	79	51
No Asegurado	192	217	345
Sin Información	12	15	17
Total	5032	5498	5226

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018





Tabla 34. Casos de morbilidad materna extrema, según criterios de inclusión. Bogotá D.C 2016-2018

Criterios	2016		2017		2018	
	casos	Porcentaje	casos	Porcentaje	casos	Porcentaje
1 Criterio	1289	25,6%	1550	28,2%	1706	32,6%
2 A 4 Criterios	3509	69,7%	3732	67,9%	3389	64,8%
5 Y más Criterios	234	4,7%	216	3,9%	131	2,5%
Sin Información	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	5032	100%	5498	100%	5226	100%

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018

El número de criterios de notificación del evento de Morbilidad materna extrema, refleja el nivel de severidad de las mujeres en gestación y su alto riesgo de mortalidad al que han estado expuestas estas mujeres.

Tabla 35. Casos de morbilidad materna extrema, según enfermedad específica. Bogotá D.C 2016-2018

Enfermedad específica	2016		2017		2018	
	casos	Porcentaje	casos	Porcentaje	casos	Porcentaje
Trastornos hipertensivos	2929	58,2%	3902	71,0%	3835	73,4%
Choque hipovolémico	763	15,2%	895	16,3%	850	16,3%
Choque séptico	439	8,7%	428	7,7%	454	8,7%
Otras causas	901	17,9%	273	5,0%	87	1,6%
Total	5032	100%	5498	100%	5226	100%

Fuente: Base Distrital SIVIGILA evento 549. Años 2016-2018

Un número importante de gestantes en el distrito han estado expuestas a complicaciones asociadas de manera directa a su estado de gestación que reflejan un comportamiento similar al evento de mortalidad materna estando en primer lugar las causas asociadas a los trastornos hipertensivos, choque hipovolémico y choque séptico.

e. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Se genera el plan de intensificación para la reducción de la mortalidad materna en el Distrito Capital que se desarrolla a través de tres ejes principales; a) Gestión del riesgo individual y colectivo, b) Vigilancia intensificada de la Morbilidad Materna Extrema –MME- y c) Visitas de seguimiento y fortalecimiento de capacidades técnicas al personal asistencial. En esta estrategia se priorizan acciones de vigilancia para los casos de MME por: Trastornos Hipertensivos (Pre-Eclampsia Severa, Eclampsia, Hell), Hemorragia Obstétrica (Choque hipovolémico), Choque séptico y Tromboembolismo pulmonar (TEP)



La Vigilancia intensificada de la Morbilidad Materna Extrema –MME-incluye las siguientes acciones:

- ✓ Búsqueda diaria institucional de mujeres con criterios de MME.
- ✓ Rotulación hospitalaria de mujeres con MME para el manejo oportuno e integral.
- ✓ Asistencia técnica a todas las UPGD que atienden partos en el Distrito, para socializar e implementar plan de intensificación.
- ✓ Mesas de trabajo con equipo directivo de la Subred Integrada de Servicios de Salud para el desarrollo de acciones de prevención de la mortalidad materna.
Implementación de la estrategia “Ángeles Guardianes” en la Subred Integrada de Servicios de salud, como prueba piloto para la identificación, notificación y seguimiento estricto de la MME en los ámbitos hospitalario y domiciliario hasta la contención del riesgo (42 días post evento obstétrico).

- **Desde la gestión individual del riesgo.**

- ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud – PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido y anticoncepción, RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (IVE, emergencias obstétricas, patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con la población gestante en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas, criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital, y en implementación del lineamiento humanizado, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención materna.
- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en consulta preconcepcional, control prenatal, atención de parto y pos parto, anticoncepción pos evento obstétrico, interrupción voluntaria del embarazo y humanización de los servicios de salud entre otros, dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, a profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Asistencia técnica para el seguimiento a eventos de Morbilidad Materna Extrema y a los planes de mejoramiento derivados de sus unidades de análisis, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal, con énfasis en la prioridad de la atención a las mujeres gestantes, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso de humano, existencias y uso óptimo del kit de emergencias obstétricas, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención materna en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✚ Diseño y actualización de Instrumentos de adherencia a guías de práctica clínica de atención materna a la luz de la normatividad: control prenatal, trabajo de parto y parto, emergencias obstétricas (hemorragia posparto, sepsis de origen obstétrico y trastornos hipertensivos), actualización de las sesiones del curso de preparación de la maternidad y paternidad para el D.C., propuesta inicial de reorganización de los servicios gineco-obstétricos y neonatales para las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- de la red pública en Bogotá, incluyendo el enfoque diferencial planteado en el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS

52

14. Cobertura de control prenatal para los años 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades
- c. Desagregado por grupos de edad: menores 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años, y 35 años y más
- d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Esta pregunta corresponde a la información obtenida a partir del indicador formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social en términos de la proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal, razón por la cual es la única forma de expresar los resultados de la captación temprana en términos del control prenatal. En ese sentido, en el numeral 15 se reporta la información disponible.

15. Porcentaje de captación temprana (primer trimestre) para los años, 2016, 2017 y 2018.

La información corresponde a la reportada por el Ministerio de Salud y de Protección Social a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) desde el año 2014 a 2018. Vale la pena aclarar que, desde el año 2017 el reporte paso de ser año vencido a presentarse por semestre y posteriormente para 2018 inicio su reporte de forma trimestral, encontrándose información publicada únicamente para el primer trimestre de 2018.

Para ninguno de los datos reportados a continuación se realiza el análisis del dato para la vigencia 2018 dado que no es posible comparar por la forma de reporte un trimestre contra datos anuales de 2014-2017.

- a. Total Bogotá

La información disponible para el indicador Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal que está disponible ha mostrado un incremento de 7.2 puntos al comparar los años 2016 con 2017.



Tabla 36. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal 2016 - 2018

Indicador / Año	2016	2017	2018
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	31,1	38,3	45,65

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD)

b. Desagregado por localidades

El reporte de actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las Enfermedades de Interés en Salud Pública en el servidor del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) no genera información localidad, ni grupos de edad o edades simples.

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

El reporte de actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las Enfermedades de Interés en Salud Pública en el servidor del SISPRO no genera información por localidad, ni grupos de edad o edades simples

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Se observa que comparando el comportamiento de los años 2016 y 2017 la Entidad Administradora del Plan de Beneficios (EAPB) que mostró un mejor comportamiento fue SURA que alcanzó el 84.61% de cobertura para 2017.

Por último la información del régimen subsidiado presenta un comportamiento por EAPB en el que se destaca la Nueva EPS que alcanzó para 2017 el 94.44% de cobertura.

Tabla 37. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal por EAPB Régimen Contributivo 2016 - 2018

Indicador /Período	2016	2017 - 06	2017 - 12	2018 - 03
EAPB Régimen Contributivo	Valor	Valor	Valor	Valor
CCFC53 - COMFACUNDI - CCF DE CUNDINAMARCA	33,33	45,45	50,00	40,00
EAS027 - FERROCARRILES NALES	75,00	--	0,00	--
EPS001 - ALIANSALUD	29,76	18,43	20,55	41,70
EPS002 - SALUD TOTAL	42,66	9,91	54,62	57,66
EPS003 - CAFESALUD	17,50	0,69	--	--



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EPS005 - SANITAS	5,78	4,69	8,91	14,32
EPS008 - COMPENSAR	57,94	39,25	48,83	15,36
EPS010 - EPS SURA	70,84	74,32	84,61	79,34
EPS013 - SALUDCOOP	--	--	--	--
EPS016 - COOMEVA	69,82	61,44	61,82	62,72
EPS023 - CRUZ BLANCA	3,36	0,18	64,42	0,81
EPSC34 - CAPITAL SALUD EPSS SAS	27,08	2,08	6,60	6,25

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD)

Tabla 38. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal por EAPB Régimen Subsidiado 2016 - 2018

Indicador /Período	Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal					
	2014	2015	2016	2017 - 06	2017 - 12	2018 - 03
EAPB Régimen Subsidiado	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
CCF053 - COMFACUNDI	15,89	13,35	37,55	52,99	55,26	40,36
EPS020 - CAPRECOM	11,84	--	--	--	--	--
EPSS01 - ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA	50,00	100,00	53,85	45,45	25,00	100,00
EPSS02 - SALUD TOTAL	0,93	3,56	18,14	14,52	58,54	63,48
EPSS05 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA	10,53	0,92	6,88	5,37	6,67	21,28
EPSS08 - COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	34,68	2,83	64,14	46,02	58,68	14,61
EPSS10 - SURA EPS	66,67	54,33	75,67	67,97	82,76	75,26
EPSS13 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COO	0,90	--	--	--	--	--
EPSS16 - COOMEVA EPS SA	12,50	53,78	79,57	75,00	76,06	70,59
EPSS17 - EPS FAMILANAR LTDA	18,18	7,96	14,62	9,20	9,62	1,82
EPSS18 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCI	--	0,00	100,00	0,00	50,00	0,00
EPSS23 - CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S	0,76	3,50	1,41	0,00	61,87	0,00
EPSS34 - CAPITAL SALUD	14,83	22,72	33,66	12,64	22,17	16,88
EPSS37 - NUEVA EPS SA - CM	10,94	41,40	75,51	85,49	94,44	88,31
EPSS39 - GOLDEN GROUP SA ENTIDAD PROMOTORA DE SAL	33,33	--	--	--	--	--
EPSS44 - MEDIMAS Movilidad	--	--	--	--	0,70	0,00

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD)





16. Casos y tasa de mortalidad perinatal para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

La Mortalidad Perinatal es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Como fuente de información oficial para monitorear el evento se obtienen los datos de los registros de estadísticas vitales, RUAF ND; como indicador principal se mide la tasa de mortalidad perinatal, que se calcula como los casos sobre los nacidos vivos por 1000.

Para definir la edad al morir se reconocen cuatro periodos:

1. Durante el embarazo (22 semanas de gestación o > 500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto)
2. Durante el trabajo de parto (desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento)
3. Periodo neonatal temprano (desde el momento del nacimiento hasta antes de completar los 7 días después del nacimiento (0 al 6 día). Para poder determinar los cuidados inmediatos del recién nacido separamos las muertes que ocurren en las primeras 24 horas posterior al nacimiento (día 0) del resto.
4. Periodo neonatal tardío (desde el día 7 después del nacimiento hasta antes de completar el día 28 (7-27 días))

En el periodo Enero - Diciembre del año 2018, se han presentado 1073 muertes perinatales. El 67.75% (n=727) fueron muertes fetales y el 32.25% (n=346) muertes neonatales tempranas. Para este mismo año, se evidencia un descenso de 179 casos en comparación con lo reportado durante el mismo periodo el año inmediatamente anterior 2017 (n=1252), demostrando una significativa disminución porcentual de casos en un 14.3%. Comparado con el año 2016, donde se registró un total de 1303 casos, el año 2018 presenta un descenso de 230 casos, (n=230), equivalente a 17,65% en el número total de casos de mortalidad perinatal (n=1073).

La Mortalidad fetal evidencia un descenso gradual desde el año 2016, con disminución en un 20.45% de los casos, y en la mortalidad neonatal temprana pasa de un total de 389 casos (n=389) en el 2016, a un total de casos (n=346) en el año 2018, con una disminución de 11.05% en el número de casos. Respecto al año 2017, la mortalidad neonatal temprana continua evidenciando descenso ponderable, con una disminución de 19 casos, (n=19) correspondiendo este descenso porcentual a un 5.2%



Tabla 39. Mortalidad Perinatal por rango de edad, Bogotá D.C. periodo 2016, 2017, 2018

EDAD	AÑOS		
	2016	2017	2018
Mortalidad fetal	914	887	727
Mortalidad neonatal temprana	389	365	346
TOTAL PERINATAL	1303	1252	1073

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

Fuente 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (Corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

En términos de tasa, La Tasa de Mortalidad Perinatal en el Distrito Capital, al mes de Diciembre de 2018 es de 12.2 casos por 1000 NV más fetales mientras el año anterior se ubicó en 13.5 casos por 1000 NV más fetales, y en el año de 2016 se posicionó en 13.1 casos por 1000 NV más fetales. Demuestra descenso real valorado, teniendo como base el año de 2016, pasando de 13.1 casos por 1000 NV, a 12.2 casos por 1000 Nacidos Vivos.

Es importante mencionar que el denominador de Nacidos Vivos para nuestro Distrito Capital, presenta una diferencia de 4480 nacidos más fetales menos pasando de 92556 NV en diciembre de 2017 a 88076 en 2018.

Tabla 40. Casos y Tasa de Mortalidad Perinatal por 1000 NV más Fetales Bogotá D.C. periodo 2016, 2017, 2018.

Mortalidad Perinatal	AÑOS		
	2016	2017	2018
Casos	1303	1252	1073
Tasa por 1000 NV más Fetales	13,1	13,5	12,2

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

Fuente 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (Corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

b. Desagregado por localidades

Tabla 41. Mortalidad Perinatal por localidad de residencia, Bogotá D.C. periodo 2016, 2017, 2018

LOCALIDAD	AÑOS			TASA POR 1000 NV MAS FETALES		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1-USAQUEN	68	55	48	10,8	9,2	8,7
2-CHAPINERO	12	15	23	5,8	7,6	13,7
3-SANTAFE	21	25	15	15,3	15,7	9,6
4-SAN CRISTOBAL	58	92	69	10	17,4	14,6
5-USME	67	75	69	12	14,3	13,7
6-TUNJUELITO	46	36	32	17,4	14,7	13,6
7-BOSA	108	112	99	10,6	11,8	10,7
8-KENNEDY	182	174	141	12,8	12,9	11,3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

9-FONTIBON	63	65	33	14,8	17	8,8
10-ENGATIVA	107	119	81	12,1	14,4	10,1
11-SUBA	183	176	147	13,2	13,2	12,1
12-BARRIOS UNIDOS	19	15	12	12,1	10,3	9
13-TEUSAQUILLO	13	14	15	10,3	11,6	12,9
14-MARTIRES	18	20	10	16,3	18,9	9,2
15-ANTONIO NARIÑO	19	12	11	15,4	11,6	11,9
16-PUENTE ARANDA	36	29	32	12,5	11,8	13,9
17-CANDELARIA	0	21	3	0	59,2	10,9
18-RAFAEL URIBE	72	66	54	13,3	13,9	11,6
19-CIUDAD BOLIVAR	167	113	117	16,8	12	12,4
20-SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0
SIN DATO DE LOCALIDAD	44	18	62	0	0	0
TOTAL	1303	1252	1073	13,1	13,5	12,2

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

Fuente 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (Corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

Para la vigencia del año 2018, La mayor proporción de muertes perinatales se presentó en la localidad de Suba (n=147), seguida por la localidad de Kennedy (n=141) y la localidad de Ciudad Bolívar (n=117). En orden descendente les sigue la localidad de Bosa con (n=99) y la localidad de Engativá con (n=81).

En la gráfica anterior, se puede apreciar el descenso gradual registrado durante la vigencia del 2018, en el número de casos y tasa por 1000 nacidos vivos en la mayoría localidades de nuestro Distrito Capital de Bogotá.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

De acuerdo a la condición de afiliación al SGSSS, las muertes perinatales reportadas para el año de 2018, ocurrieron en 57.78% (n=620) en población del régimen contributivo, 24.42% (n=262) en población del régimen subsidiado, 15.28% (n=164) en población pobre no asegurada y el 2.52% (n=27) en el régimen de excepción.

Tabla 42. Mortalidad Perinatal por régimen de afiliación en salud, Bogotá D.C. 2016, 2017, 2018.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	AÑOS		
	2016	2017	2018
Contributivo	826	798	620
Subsidiado	313	298	262
No Asegurado	92	95	164
Excepción	30	25	27
Sin Información	42	36	0
Especial	0	0	0
TOTAL	1303	1252	1073

Fuente 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

Fuente 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (Corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)



La tendencia porcentual en casos de Mortalidad Perinatal por régimen de afiliación en salud, en nuestra Bogotá D.C., mantiene esta misma directriz para los años de 2016, 2017, y 2018, Siendo el año 2016, el año con mayor número de casos ocurrido en población asegurada en régimen contributivo con un (n=826) 63.3%, respecto al número total de muertes registradas (n=1303). Para el año de 2017, la población asegurada en administradoras de seguridad tipo Contributivo presento 798 casos (n=798), lo que equivale a un 63.7%.

La distribución de mortalidad para el régimen subsidiado registra comparativamente mayor número de casos en el año 2016 con (n=313) casos con 24.02%, para el total de 1303 (n=1303) casos registrados y menor número de casos en el año 2018 con (n=262) casos equivalente al 24.4% del total de 1073 (n=1073) casos registrados.

Tabla 43. Mortalidad Perinatal por régimen de afiliación en salud y localidad, Bogotá D.C. 2016, 2017, 2018.

LOCALIDAD	2016						2017						2018					
	CONT RIBUTIVO	SUBSI DIADO	EXCEPCION	NO ASEGURADO	SIN INFORMACION	TOTAL	CONT RIBUTIVO	SUBSI DIADO	EXCEPCION	NO ASEGURADO	SIN INFORMACION	TOTAL	CONTRIBUTIVO	SUBSI DIADO	EXCEPCION	NO ASEGURADO	TOTAL	
1-USAQUEN	52	10	2	4		68	41	5	1	7	1	55	32	10	2	4	48	
2-CHAPINERO	9	2		1		12	11	3	0	1	0	15	15	4		4	23	
3-SANTAFE	13	7		1		21	16	7	1	1	0	25	10	4		1	15	
4-SAN CRISTOBAL	31	22	1	3	1	58	54	27	0	9	2	92	41	17	1	10	69	
5-USME	35	18	1	9	4	67	41	29	0	3	2	75	32	32	1	4	69	
6-TUNJUELITO	28	16		2		46	18	13	3	1	1	36	13	9	2	8	32	
7-BOSA	66	31		8	3	108	73	31	1	5	2	112	63	26	2	8	99	
8-KENNEDY	119	41	7	14	1	182	115	37	5	15	2	174	74	42	8	17	141	
9-FONTIBON	46	11	1	4	1	63	52	8	2	1	2	65	28	3	1	1	33	
10-ENGATIVA	85	15	4	2	1	107	91	13	4	9	2	119	56	9	3	13	81	
11-SUBA	128	26	5	20	4	183	132	26	1	14	3	176	106	22	3	16	147	
12-BARRIOS UNIDOS	12	4		2	1	19	10	3	0	1	1	15	7	3	1	1	12	
13-TEUSAQUILLO	10	1	1	1		13	7	2	2	2	1	14	12	2		1	15	
14-MARTIRES	13	4		1		18	7	8	1	4	0	20	4	1		5	10	
15-ANTONIO NARIÑO	14	3	1		1	19	7	5	0	0	0	12	7	1	1	2	11	
16-PUENTE ARANDA	27	4	3	2		36	20	5	1	3	0	29	24	8			32	
17-CANDELARIA							6	10	1	4	0	21	2	1			3	
18-RAFAEL URIBE	50	18	1	2	1	72	41	22	1	1	1	66	29	19		6	54	
19-CIUDAD BOLIVAR	80	72	3	10	2	167	53	42	1	12	5	113	58	38	2	19	117	
20-SUMAPAZ							0	0	0	0	0	0						
SIN DATO DE LOCALIDAD	8	8		6	22	44	3	2	0	2	11	18	7	11		44	62	
TOTAL GENERAL	826	313	30	92	42	1303	798	298	25	95	36	1252	620	262	27	164	1073	

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

Fuente 2018: Bases SDS -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (Corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)





d. **Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.**

Dentro de la Gestión de Salud Pública a través de la implementación de acciones integradas para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en los Espacios de Vida Cotidiana y los Procesos Transversales, se generan los siguientes resultados:²

- **Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:** Se realizan 2.344 asistencias técnicas a IPS, profundizando contenidos en los siguientes temas: Control Prenatal; Prevención de la Transmisión materno infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis B; Puerperio y cuidados del recién nacido; Temáticas trazadoras de articulación interdimensiones (Dimensiones Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública); como parte de la implementación de la Ruta Materno Perinatal- RIAMP.
- **Espacio Vivienda:** Implementación de acciones en 40.709 familias, a través de actividades orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud de 8.553 mujeres gestantes y el cuidado de 5.316 recién nacidos. De manera simultánea, se identifican recién nacidos sin consulta de control y seguimiento en el programa de atención del recién nacido (siete primeros días de vida) para efectuar el procedimiento de canalización a los servicios de salud y atención efectiva.
Espacio Educativo: Dentro de la estrategia de Sintonizarte, se realizan un total de 11.919 sesiones en temas relacionados con derechos sexuales y derechos reproductivos con participación de 295.130 Estudiantes (Ciclo 1: 1686 sesiones con 42.751 estudiantes; Ciclo 2: 4.198 sesiones con 90.943 estudiantes; Ciclo 3: 4.052 sesiones con 108.168 estudiantes; Ciclo 4: 1.983 sesiones con 53.268 estudiantes)
- **Desde la gestión de riesgo individual:**
 - ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud –PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido, RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con los recién nacidos, en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada del recién nacido, criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital, y en implementación del lineamiento humanizado, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención del recién nacido.
 - ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en adaptación neonatal, reanimación neonatal, lactancia materna, cuidados de recién nacido y signos de alarma, asfixia perinatal, sepsis neonatal, prematuridad, y humanización de los servicios de

² METAS DISTRITO REALIZADAS DE ACUMULADO A JUNIO 2017 A NOVIEMBRE 2018. Plataforma SISU Proyecto 1186 Link. <https://sinergiast.net/1186/menu/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

salud entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales que inician el Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.

- ✚ Asistencia técnica para el seguimiento a planes de mejoramiento de mortalidad perinatal, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal con énfasis en la prioridad de la atención a los recién nacidos, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso de humano, existencias y uso óptimo del kit de reanimación neonatal, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención perinatal en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- ✚ Diseño y actualización de Instrumentos de adherencia a guías de práctica clínica de atención perinatal a la luz de la normatividad vigente: adaptación neonatal, reanimación neonatal, asfixia perinatal, sepsis neonatal y prematuridad, actualización de las sesiones del curso de preparación de la maternidad y paternidad para el D.C., propuesta inicial de reorganización de los servicios gineco-obstétricos y neonatales para las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS– de la red pública en Bogotá, incluyendo el enfoque diferencial planteado en el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS.

60

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

17. Casos y proporción de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

De acuerdo a la clasificación del momento de la muerte infantil (neonatal temprana, neonatal tardía, y posneonatal), la mayor proporción para los tres años analizados se encuentra en las muertes neonatales tempranas las cuales se definen como la muerte que ocurre desde el nacimiento hasta los seis días de vida. Para el periodo analizado, se observa un descenso continuo, el cual puede estar relacionado a la mayor adherencia a los programas de prevención establecidos. Es así que para el año 2016 estas muertes representan el 41.96% (n=389) de los casos de muertes en menores de un año, en el 2017 el 42.24% (n=365), con disminución de 24 casos. Disminución que continúa para el año 2018, donde las muertes neonatales tempranas descienden en 20 casos pasando a 345 lo que representa el 44.9%.



Tabla 44. Casos y Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá D.C., años 2016, 2017, 2018*.

Mortalidad Infantil	Año 2016	Año 2017	Año 2018*
Neonatal temprana	389	365	345
Neonatal tardía	202	196	154
Pos neonatal	336	303	268
Total casos	927	864	767
Tasa por 1000 Nacidos Vivos	9.4	9,4	8,8

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

Frente a la muerte neonatal tardía, se establece desde los siete (7) hasta los veintisiete (27) días de vida, evidenciando descenso paulatino del año 2016 a 2018. Para el año 2016 se presentaron 202 casos correspondientes al 22%, el año 2017 con 196 casos correspondiente al 23%, y en el año 2018, con 154 muertes lo que equivale a un 20% de las muertes infantiles y una reducción de 42 casos frente al año inmediatamente anterior.

Finalmente la muerte pos-neonatal, aquella ocurrida entre los 28 y los 364 días de vida, para los años 2016, 2017 y 2018, se evidencia descenso paulatino, encontrando para el 2018 el registro de 268 casos, con disminución respecto al año 2016 de 68 casos y respecto al año de 2017 de 35 casos. La equivalencia porcentual respecto al total de número de muertes infantiles es del 36% para el año 2016, y para los años 2017 y 2018 de 35% cada año.

b. Desagregado por localidades

Las localidades que concentran el mayor número de casos de mortalidad neonatal temprana en el periodo de 2016 – 2018 corresponden a Kennedy (n=161), Suba (n=160) y Ciudad Bolívar (n=121). Frente a los casos de Neonatal Tardía se encuentran las localidades de Suba (n=82), Kennedy (n=71) y Engativá (n=59). Y en la mortalidad Pos neonatal, se evidencia el mismo comportamiento local que en la neonatal temprana encontrándose Kennedy con 130 casos, seguida de Suba con 115 casos y Ciudad Bolívar con 113 casos.

Tabla 45. Casos de Mortalidad Infantil: Clasificación Neonatal, por Localidad. Años 2016 a 2018*

LOCALIDADES	2016				2017				2018*			
	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general
01-Usaquen	23	9	11	43	15	18	10	43	20	11	10	41
02-Chapinero	3	3	1	7	1	2	3	6	6	5	3	14



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDADES	2016				2017				2018*			
	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general	Neonat al Temprana	Neonatal tardía	Pos-neonatal	Total general
03-Santafe	8	1	4	13	4	4	14	22	5	7	6	18
04-San Cristóbal	21	8	25	54	22	14	23	59	23	6	14	43
05-Usme	15	14	25	54	20	13	18	51	20	11	29	60
06-Tunjuelito	20	3	7	30	14	9	13	36	6	1	6	13
07-Bosa	37	17	34	88	31	14	33	78	19	14	26	59
08-Kennedy	51	27	53	131	64	25	44	133	46	19	33	98
09-Fontibon	17	7	5	29	25	5	12	42	9	8	5	22
10-Engativa	32	28	23	83	37	17	20	74	32	14	19	65
11-Suba	54	35	46	135	55	25	45	125	51	22	24	97
12-Barrios Unidos	5	2	6	13	5	2	3	10	2	1	6	9
13-Teusaquillo	4	1	0	5	4	4	6	14	6	1	4	11
14-Martires	5	0	5	10	5	6	2	13	3	2	4	9
15-Antonio Nariño	9	5	3	17	3	3	1	7	2	0	5	7
16-Puente Aranda	10	3	9	22	10	8	4	22	9	5	3	17
17-Candelaria	0	2	0	2	4	0	1	5	1	0	1	2
18-Rafael Uribe	23	10	13	46	15	11	16	42	18	7	12	37
19-Ciudad Bolívar	39	23	51	113	30	16	30	76	52	15	32	99
20-Usme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Dato De Localidad	13	4	15	32	1	0	5	6	15	5	26	46
Total	389	202	336	927	365	196	303	864	345	154	268	767

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

El descenso de la mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, se refleja de manera continua y secuencial para los años 2016 a 2018. En el año 2016 con un total de 927 menores fallecidos, de los cuales el 63.5% se encontraba afiliado al régimen contributivo, el 23.1% al régimen subsidiado, el 1.6% a Regímenes de Excepción y el 4.1%, no presentaba ningún tipo de vinculación. Para el año 2017, se encuentra un registro de 864 casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, de los cuales el mayor porcentaje presentaba afiliación al régimen contributivo con un





64.1%, seguido de 22.9% en el Régimen Subsidiado, el 2.7% al régimen de excepción y un 4.6% no presenta aseguramiento. Para el año de 2018 con un descenso a 767 casos, continúa siendo la mayor contribución en la vinculación al régimen contributivo con un 52.6%, seguido de un 22.2% afiliados al régimen subsidiado, 2.5% al régimen de excepción y un 22.7% de población no asegurada.

Tabla 46. Casos de mortalidad neonatal temprana, tardía y pos-neonatal, según tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 y 2018*

AÑO	REGIMEN DE AFILIACIÓN	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO		EXCEPCION		ESPECIAL		NO ASEGURADO		SIN INFORMACION		TOTAL	
		casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
2016	Neonatal Temprana	269	29	80	8,6	8	0,9		0	18	1,9	14	1,5	389	42
	Neonatal Tardía	150	16,2	39	4,2	3	0,3	1	0,1	7	0,8	2	0,2	202	21,8
	Pos-neonatal	170	18,3	95	10,2	4	0,4		0	13	1,4	54	5,8	336	36,2
	Total 2016	589	63,5	214	23,1	15	1,6	1	0,1	38	4,1	70	7,6	927	100
2017	Neonatal Temprana	257	29,7	69	8	7	0,8	0		21	2,4	11	1,3	365	42,2
	Neonatal Tardía	130	15	38	4,4	11	1,3	0		12	1,4	5	0,6	196	22,7
	Pos-neonatal	167	19,3	91	10,5	5	0,6	0		7	0,8	33	3,8	303	35,1
	Total 2017	554	64,1	198	22,9	23	2,7	0	0	40	4,6	49	5,7	864	100
2018*	Neonatal Temprana	202	26,3	84	11	7	0,8	0	0	52	6,8	0	0	345	45
	Neonatal Tardía	88	11,5	33	4,3	7	0,8	0	0	26	3,4	0	0	154	20,1
	Pos-neonatal	114	14,9	53	6,9	5	0,6	0	0	96	12,5	0	0	268	34,9
	Total 2018	404	52,6	170	22,2	19	2,5	0	0	174	22,7	0	0	767	100

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

d. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia”, la Ley 1804 de 2016 “Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre”, la Política de Infancia y Adolescencia en Bogotá 2011 – 2021 y el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos 2016-2020”; implementó un modelo de atención en salud fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales y se orienta a garantizar el derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito Capital con especial atención de los niños y las niñas de la ciudad.

De igual forma participó en el desarrollo de la estrategia distrital para la atención integral de niñas y niños en el marco de la Ruta Integral de Atenciones (RIA), definida como: “la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas, con la oferta de servicios disponible y con características de las niñas y los niños en sus respectivos contextos”.

Desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y de Gestión de la Salud Pública, se desarrollan acciones por espacio de vida cotidiana (vivienda, público, educativo, trabajo) y acciones transversales que incluyen gestión de programas y acciones de interés en salud pública, vigilancia en salud pública y gobernanza. Estas acciones se integran con la Ruta Integral de Atenciones (RIA) y están orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo (individual y colectivo).

En el marco de estas acciones se ha realizado la identificación y atención integral de niños y niñas con riesgos específicos dentro de los cuales se encuentran: esquema de vacunación incompleto para la edad, menores de un mes sin control del recién nacido, menores de un año sin control de crecimiento y desarrollo, menores con bajo peso al nacer (<2.500 gramos), menores de 37 semanas de gestación sin control en plan canguro o controles inadecuados, menores en riesgo de desnutrición, menores con defectos congénitos, menores con signos y síntomas de enfermedad diarreica aguda o enfermedad respiratoria aguda, menores con factores de riesgo para cualquier violencia y menores con alteraciones del desarrollo, entre otros.

Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se desarrollaron 1.390 asistencias técnicas en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, partiendo del fortalecimiento de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como herramienta para mejorar la salud de la niñez. Del total de IPS, 303 han avanzado en la implementación del seguimiento a cohortes con riesgos específicos.

De igual forma se realizaron 463 asistencias técnicas en 343 IPS con sala ERA y 301 asistencias técnicas en IPS con estrategia de sala ERA. A partir de estas asistencias se formularon 115 planes de mejoramiento.

Adicionalmente se participó en 33 COVES de mortalidad en menores de 1 año, de los cuales se formularon 42 planes de mejora y se realizaron 117 seguimientos.

Con relación a las IPS que atienden partos, 311 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo y 175 tienen implementadas estrategias de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

65

A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias así: 742 casos en menores de 1 año identificados y gestionados con EAPB por los siguientes riesgos: niño o niña menor de un mes sin control del recién nacido; niño o niña mejor de un año con bajo peso al nacer (2500gr); niño o niña menor de 37 semanas de gestación, sin control en plan canguro o controles inadecuados; niño o niña hasta 6 meses sin lactancia materna exclusiva con alertas; niño o niña menor de 1 año sin control médico en el último semestre con riesgo de desnutrición; niño o niña con esquema de vacunación incompleto para la edad; niño o niña con signos y síntomas de enfermedad diarreica aguda (EDA); niño o niña con signos y síntomas de enfermedad respiratoria aguda (ERA) sin tratamiento o seguimiento en Sala ERA; niño o niña hijo de madre que en gestación se confirmó o se sospechó una enfermedad transmitida por vectores sin seguimiento; menor de un año con diagnóstico de malformaciones congénitas mayores sin seguimiento; niño o niña con caries gingivitis, procesos infecciosos, cavidades o manchas dentales.


Adicionalmente se cualificaron 4.100 profesionales de la salud en temas relacionados con: infección respiratoria aguda; cáncer infantil; atención integral e identificación integral del riesgo; enfermedad diarreica aguda; prevención de accidentes caseros, violencia y maltrato; pautas de crianza; valoración del neurodesarrollo; lactancia materna; higiene de manos y etiqueta de tos.

Espacio de Vivienda, se identificaron 14.127 familias con 9.987 niños y niñas menores de 1 año y 13.855 familias con 5.605 niños y niñas de 1 a 5 años. Con estas familias se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI comunitario). Se realizó el abordaje de prácticas relacionadas con: afecto, cariño y estimulación temprana; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; alimentación del niño enfermo en el hogar; atención a la mujer gestante; buen trato y cuidado permanente de los niños; suministro de micronutrientes al niño; fomento de la lactancia materna exclusiva; vacunación; identificación de signos de peligro; salud oral; prevención de accidentes en el hogar; saneamiento básico; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y tratamiento en casa del niño enfermo.

Espacio público, se concertaron 90 grupos de iniciativas comunitarias y se implementaron 142 grupos nuevos. Se evaluaron 83 iniciativas comunitarias. 2.194 personas, 398 líderes comunitarios y 148 organizaciones y/o redes sociales en salud participaron en iniciativas comunitarias y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario.

Vigilancia en Salud Pública, se realizaron 2.459 mantenimientos a UPGDs, con énfasis en la vigilancia de la mortalidad evitable (SISVAN-SIVIGILA) y se capacitaron 6.485 profesionales en protocolos de atención de eventos causantes de mortalidad infantil. De igual forma se realizaron 164 análisis de mortalidad.

- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

-  Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud –PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido,

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con los recién nacidos, en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada del recién nacido, criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital, y en implementación del lineamiento humanizado, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención del recién nacido.

- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en adaptación neonatal, reanimación neonatal, lactancia materna, cuidados de recién nacido y signos de alarma, asfixia perinatal, sepsis neonatal, prematuridad, y humanización de los servicios de salud entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales que inician el Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Asistencia técnica para el seguimiento a planes de mejoramiento de mortalidad perinatal, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal con énfasis en la prioridad de la atención a los recién nacidos, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso de humano, existencias y uso óptimo del kit de reanimación neonatal, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención perinatal en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- ✚ Diseño y actualización de Instrumentos de adherencia a guías de práctica clínica de atención perinatal a la luz de la normatividad vigente: adaptación neonatal, reanimación neonatal, asfixia perinatal, sepsis neonatal y prematuridad, actualización de las sesiones del curso de preparación de la maternidad y paternidad para el D.C., propuesta inicial de reorganización de los servicios gineco-obstétricos y neonatales para las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- de la red pública en Bogotá, incluyendo el enfoque diferencial planteado en el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

18. Casos y tasa de sífilis congénita para los años 2016, 2017 y 2018.

- Total Bogotá
- Desagregado por localidades

La incidencia de Sífilis congénita por 1.000 Nacidos Vivos para el año 2018 es de 1,49 por 1.000 NV (datos preliminares) con 130 casos; comparado con el año anterior se obtuvo una disminución de casos del 8% (12 casos), lo que refleja un avance importante en el indicador. En cuanto a las localidades que ocupan los primeros puestos con mayor incidencia



por 1.000 NV son: Candelaria, Santafé, Mártires y Rafael Uribe Uribe, se evidencia en la localidad de Mártires una disminución de casos desde el año 2016 pasando de 12 a 4 casos en 2018 con una disminución en la incidencia de 10,8 en 2016 a 3,7 en 2018 y en la localidad de Tunjuelito para el año 2018 no se presentaron casos respecto a 2017 donde ocupaba el cuarto lugar.

El comportamiento del indicador para este año presenta una disminución en el número de casos esto puede estar relacionado con las estrategias implementadas en el distrito, lo que refleja que la ciudad ha tenido un avance en la razón sífilis gestacional vs sífilis congénita en los últimos 5 años pasando de 0,37 en el 2014 a 0,18 en el 2018 (dato preliminar). Sin embargo a pesar que para el periodo relacionado del año en curso se evidencia un avance respecto a la disminución del número de casos, dadas las condiciones de la población y los efectos de la migración al país se deben intensificar las acciones respecto a la prevención y manejo de las infecciones de transmisión sexual durante la gestación.

De acuerdo con el informe de Migración Colombia “de los 870 mil venezolanos radicados en Colombia, cerca del 24%, equivalente a un poco más de 204 mil personas, se encuentran en la ciudad de Bogotá”; lo que es importante para el comportamiento de los indicadores. Para el año 2018 se notificaron 40 casos de población migrante de Venezuela, no se incluyeron en el indicador de la Ciudad dado que la mayoría está en condición irregular por lo que no accedieron a la atención en salud sino hasta el momento del parto y llevan menos de 6 meses en la Ciudad. Los casos de sífilis congénita de población Venezolana se distribuyen en Bogotá de acuerdo a la residencia referida al momento de la atención, de la siguiente manera: el 25% de los casos en la zona Centro Oriente (Mártires, Santafé y Rafael Uribe 10 casos) y Sur (Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme 10 casos) respectivamente, el 33% en la zona norte (Suba, Engativá, Usaquén 13 casos), y el 15% restante en la zona suroccidente (Bosa y Kennedy 6 casos, 1 caso sin dato)

En este sentido, respecto a la población migrante la Ciudad ha realizado un gran esfuerzo para la atención de las gestantes, realizando seguimiento a las mismas una vez son identificadas y en el posparto con el fin de suministrar el tratamiento completo para sífilis a ellas y las parejas que se encuentran en la ciudad, pues se ha identificado que son flotantes o muchas aún permanecen en su país de origen.

Tabla 47. Número de casos e Incidencia de sífilis congénita, según localidad de residencia. Bogotá 2016 – 2018.

Localidad	2016		2017		2018*	
	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV
1 Usaquén	2	0,3	3	0,5	7	1,3
2 Chapinero	1	0,5	1	0,5	1	0,6
3 Santafé	6	4,3	10	6,4	8	5,2
4 San Cristóbal	12	2,1	9	1,7	9	1,9
5 Usme	12	2,2	8	1,5	10	2,0
6 Tunjuelito	4	1,5	6	2,5	0	0,0
7 Bosa	15	1,5	8	0,8	15	1,6
8 Kennedy	14	1,0	20	1,5	17	1,4
9 Fontibón	3	0,7	1	0,3	3	0,8
10 Engativá	9	1,0	14	1,7	6	0,8
11 Suba	5	0,4	16	1,2	12	1,0
12 Barrios Unidos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13 Teusaquillo	0	0,0	0	0,0	0	0,0



Localidad	2016		2017		2018*	
	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV	N. de casos	Incidencia X 1000 NV
14 Los Mártires	12	10,8	8	7,7	4	3,7
15 Antonio Nariño	0	0,0	2	1,9	2	2,2
16 Puente Aranda	3	1,0	2	0,8	3	1,3
17 Candelaria	5	19,4	2	6,7	5	18,3
18 Rafael Uribe Uribe	10	1,8	8	1,7	11	2,4
19 Ciudad Bolívar	15	1,5	23	2,4	16	1,7
20 Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21 Sin dato	2	NA	1	NA	1	NA
Total	130	1,3	142	1,5	130	1,49

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2016-*2018 Datos preliminares. Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.- año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018), 2017 Bases SDS -aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares. (Ajustado marzo 2018). Fuente 2018: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 14-01-2019 (Corte 11-01-2019)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Para el año 2018 se observa que la distribución de casos entre el régimen contributivo y subsidiado aportaron el 81,5% del total de los casos, en comparación con el mismo periodo de 2017 que aportaron el 81 % de los casos.

Respecto a la incidencia de sífilis congénita de acuerdo al régimen de afiliación para el año 2018, Se evidencia una disminución importante en la población No afiliada pasando de 9,1 por 1000NV en el 2017 a 4,76 en el año 2018, lo que está relacionado con mayor acceso al sistema de salud siendo un avance para la Ciudad; respecto al régimen subsidiado, muestran mayor incidencia respecto al año anterior, mientras que el régimen especial no tuvo casos presento casos para el año 2018

Tabla 48. Número de casos, porcentaje e incidencia de sífilis congénita por tipo de afiliación al SGSSS. Bogotá 2016 – 2018

Tipo de Aseguramiento	N. Casos 2016	%	Incidenia X 1000NV	N. Casos 2017	%	Incidenia X 1000NV	N. Casos *2018	%	Incidenia X 1000NV
Contributivo	61	46,9	0,8	53	37,3	0,8	38	29,2	0,60
Subsidiado	55	42,3	3,0	62	43,7	3,4	68	52,3	3,93
No Afiliado	13	10,0	3,3	26	18,3	9,1	24	18,5	4,76
Especial	1	0,8	33,3	1	0,7	45,5	0	0,0	0,00
Total	130	100	1,3	142	100	1,5	130	100	1,49

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2016-*2018 Datos preliminares
Fuente 2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.- año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018), 2017 Bases SDS -aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares. (ajustado marzo 2018)
Fuente 2018: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 14-01-2019 (Corte 11-01-2019)

En cuanto al comportamiento del indicador en el régimen subsidiado puede estar relacionado con la población que está afiliada a EPS de fuera de la Ciudad pero son residentes en el Distrito Capital y no hacen cambio IPS de atención,





lo que en muchos casos genera barreras de acceso administrativas para el diagnóstico oportuno; es importante continuar fortaleciendo la adherencia a protocolos y guías de atención, el seguimiento al tratamiento a la pareja durante el periodo de la gestación y generar estrategias de impacto de comunicación y educación que permitan aportar al mejoramiento del comportamiento del evento en población general.

d. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

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

En este sentido, para el periodo 2016-2018 la Ciudad ha dado continuidad a las acciones de asistencia técnica en la implementación de la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno - Infantil del VIH y la sífilis congénita a EAPB, IPS y Subredes de atención; para el año 2017 se realiza el lanzamiento de la estrategia “Embarazados todos por la vida” con el objetivo de reducir la morbilidad materno perinatal enmarcada en acciones interdisciplinarias e interinstitucionales para lograr este objetivo; en estos se incluyó lo relacionado con transmisión materno infantil de sífilis.

Dentro de “embarazados por la vida” se crea “embarazados sin sífilis” que se desarrolla en 4 ejes importantes fortaleciendo las acciones ya implementadas: vigilancia intensificada, acciones individuales dirigidas a población general, seguimiento a las gestantes y los recién nacidos con las Subredes de atención, EAPB e IPS, y una estrategia comunicativa con la elaboración de material dirigido a las gestantes y sus parejas, profesionales de la salud y laboratorios. Adicionalmente, se fortalecieron dentro de la misma las acciones incluidas en el marco PSPIC.

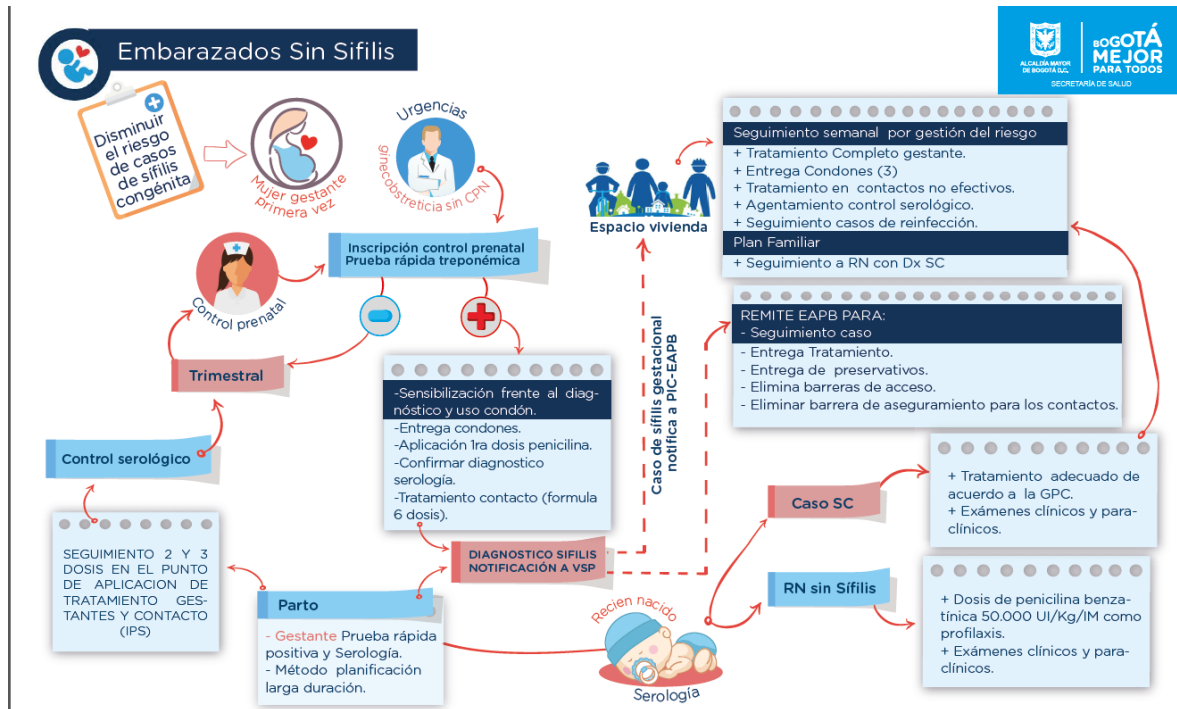
En lo relacionado con la vigilancia intensificada se realiza evaluación de los indicadores en gestantes y menores, seguimiento a las unidades de análisis institucionales de los casos de sífilis congénita para revisar la definición de casos y correcta notificación de los mismos; notificación inmediata para seguimiento de las gestantes al programa materno perinatal de cada institución, ruta de gestión del riesgo y reporte a las EAPB, IPS y cohorte de materno cuando se identifican barreras de acceso en la atención. El análisis desde vigilancia ha permitido solicitar al área de calidad de las subredes e IPS realizar acciones de seguimiento respecto a los hallazgos encontrados relacionados con la atención y adherencia a guías; lo anterior como parte del monitoreo y evaluación.

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



Dentro de la estrategia distrital se cuenta con un componente de fortalecimiento técnico donde se realiza capacitación en conjunto con el Laboratorio de Salud Pública para asesoría en prueba voluntaria e interpretación de pruebas rápidas para sífilis y VIH, además de espacios para capacitación en la guía de práctica clínica.

Ilustración 10. Infografía operativa estrategia “Embarzados sin sífilis”, Secretaría Distrital de Salud 2017-2018



Fuente: Elaboración propia equipo SDS 2017-2018.

De manera simultánea desde el año 2014 a la fecha, se implementa la estrategia Distrital “ponte a prueba” donde se adquieren pruebas rápidas para Sífilis y VIH y capacitación en interpretación de las mismas a profesionales de la salud con el fin de garantizar la implementación en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Adicionalmente, para el año 2018 se realizó un convenio con la Organización Panamericana de la Salud OPS desarrollando el área de cooperación 5 Mejoramiento de las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población, priorizando especial las estrategias para la disminución de embarazo en adolescentes, disminución de morbilidad y mortalidad materna con énfasis en implementación del sistema informático perinatal, la eliminación de la sífilis congénita y la trasmisión madre hijo de VIH/Sida y las hepatitis virales, entre otras.

Dentro de esta se planteó como propósito retomar los procesos de evaluación y propuestas de acción realizadas por organismos internacionales (OPS, Fondo Mundial) y nacionales (SDS, MSPS, Sinergias ONG) para definir acciones de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

alto impacto encaminadas al diagnóstico oportuno, tratamiento inmediato a la mujer y sus contactos con el fin de contener y reducir la transmisión materno infantil del VIH, hepatitis B, con énfasis en la sífilis congénita en el marco de la gestión del riesgo y la salud urbana

71

Las intervenciones desarrolladas frente a la reducción de la sífilis congénita en los diferentes espacios son:

- ✓ En el Espacio Vivienda ha realizado fortalecimiento técnico a los equipos, relacionados con la identificación, seguimiento, canalización y entrega de condones a los casos de gestantes con diagnóstico de Sífilis.
- ✓ En el espacio educativo se realizaron 64 sesiones de diseño y construcción de la estrategia comunicativa en salud sexual, con 368 estudiantes, y 11 docentes.
- ✓ En los Programas y Acciones de interés en salud pública (AISP) se realizan 2.614 asistencias técnicas en 192 IPS priorizadas frente a los eventos de interés en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realiza formación de profesionales para Asesoría para Prueba Voluntaria (APV) y entrenamiento de Prueba Rápida de Sífilis
- ✓ Desde nivel central se han entregado más de 2.113.284 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).
- ✓ Implementación de acciones en 51160 familias de las cuales en 16891 se han realizado acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos. Se realizaron 1.731 seguimientos a gestantes con diagnóstico de Sífilis canalizadas por vigilancia epidemiológica. 147 Instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta (unidades de atención a habitante de calle, casa de refugio LGBT, centros carcelarios, sistema penal y adolescente, casas de igualdad de oportunidades), abordando 6.957 individuos.
- ✓ Se han realizado 21.834 pruebas rápidas de sífilis, a través de la estrategia Ponte a prueba inmersa en las diferentes acciones del PSPIC, fortaleciendo la gestión del riesgo frente a las ITS.
- ✓ Se cuenta con 1296 profesionales formados (cursos de Asesoría en prueba voluntaria APV y guías de Práctica Clínica GPC en VIH), por localidad y 80 profesionales en guías de manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Fortalecimiento del trabajo interdirecciones en acompañamiento a las subredes para el abordaje de manera conjunta del seguimiento a los eventos relacionados con salud materna e infantil con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno a las gestantes diagnosticadas con sífilis y sus parejas, aportando a disminución del riesgo de tener casos de sífilis congénita.
- ✓ Implementación de pruebas rápidas de sífilis en los puntos de atención de consulta externa para gestantes en cada una de las subredes de atención.
- ✓ Desarrollo convenio OPS-SDS para el fortalecimiento de la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, la sífilis y la hepatitis en la Ciudad.
- ✓ Canalizaciones y activación de ruta según el Sistema de Referencia y Contrareferencia (SIRC): 172 personas con prueba rápida de sífilis positiva sin intervención.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ En el espacio público se desarrollaron 116 acciones itinerantes con la temática Demanda inducida a servicios de Salud con la participación de 3.331 hombres y mujeres 4.359. Adicionalmente el fortalecimiento a más de 18 Organizaciones de Base Comunitaria en las acciones de promoción y prevención de las ITS
- ✓ En el espacio trabajo a través de las acciones a población vulnerable se han 2.958 pruebas de sífilis a personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución, de las cuales 74 pruebas fueron positivas para el respectivo seguimiento.
- ✓ Desde Vigilancia en salud Pública se realizan seguimientos a Seguimiento a 198 Unidades de análisis institucionales de Sífilis congénita, en 118 UPGD. 814 Intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC realizadas de acuerdo a la notificación de eventos: Sífilis gestacional y Sífilis congénita, 196 asistencias técnicas a UPGD críticas, en el fortalecimiento de Algoritmo diagnóstico; Personas canalizadas identificadas en las IEC: 797 a espacios de vida, y 329 otros, cuales Programas de Promoción y Detección temprana.
- ✓ Desde nivel central seguimiento mensual a las subredes de atención frente a la estrategia Embarazados sin sífilis.

72

- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

- ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud – PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en las RIAS del grupo de riesgo materno perinatal e infecciosas, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales y transmisibles (sífilis gestacional y congénita), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con las instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas y recién nacidos, que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para la reducción de la transmisión materno infantil por sífilis congénita.
- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud de las IPS públicas y privadas con programas de control prenatal y en los servicios complementarios de atención materno perinatal, a través de sesiones magistrales en temas como: prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento a la gestante y sus contactos, seguimiento a casos, atención de parto con evento previsible de sífilis gestacional, manejo de recién nacido con sífilis congénita y humanización de los servicios de salud, entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Así mismo se realiza asistencia técnica a IPS para el seguimiento al cumplimiento de la guía de práctica clínica de sífilis gestacional y congénita en lo referente a las acciones de: prevención, diagnóstico oportuno, implementación de pruebas rápidas, tratamiento a la gestante y sus contactos, seguimiento a casos, articulación con la EAPB y seguimiento a planes de mejoramiento derivados de unidades de análisis de mortalidad perinatal atribuible a sífilis congénita, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal. Se realiza evaluación de adherencia a guías de control prenatal donde se verifica el diagnóstico de

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

la sífilis gestacional y se verifica la existencia del proceso de autoevaluación de la adherencia a guías de práctica clínica en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

- ✚ Diseño y actualización de Instrumentos de adherencia a guías de práctica clínica de atención materna y perinatal a la luz de la normatividad vigente: sífilis gestacional y congénita, actualización de las sesiones del curso de preparación de la maternidad y paternidad para el D.C., propuesta inicial de reorganización de los servicios gineco-obstétricos y neonatales para las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- de la red pública en Bogotá, incluyendo el enfoque diferencial planteado en el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS.

73

De acuerdo a lo anterior, la Ciudad está comprometida con la implementación de las acciones necesarias, y aquellas contempladas en la ETMI Plus Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, en aras de cumplir con el compromiso de alcanzar esta meta al año 2020; este trabajo se debe continuar realizando de manera mancomunada con el Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, las EAPB, IPS y Subredes de atención integral en salud para lograr el objetivo, minimizando las barreras de acceso a la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las gestantes y sus parejas.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

19. Casos y tasa de VIH-sida para los años 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Bogotá D.C., como el resto del país presenta una epidemia concentrada, es decir, existen unas poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad frente a la infección; entre ellas los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las mujeres transgénero, los habitantes de calle y las personas que se inyectan drogas, entre otras. Sin embargo esta infección repercute en toda la población.

Para el año 2018 la proporción de incidencia de VIH es de 41,5 por 100.000 habitantes (Datos preliminares), mostrando en el comportamiento del indicador un aumento de casos en los últimos 3 años. Es importante tener en cuenta que para el año 2017 se realizó un ajuste en el protocolo del Instituto Nacional de Salud lo que puede estar relacionado con un comportamiento atípicamente bajo del indicador para este año comparado con el histórico de la ciudad.

Sin embargo es importante aclarar que esta incidencia hace referencia a los casos residentes de Bogotá; del total de casos 3245 son procedentes de Bogotá con una Proporción de Incidencia de 39,6 por 100.000 habitantes, el restante son de procedencia de otros municipios y población migrante que para este año afecta de manera importante el

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



indicador (los casos en personas extranjeras pasaron de 8 en 2.016 a 117 en 2.018) aumentando la incidencia a 41,5 por 100.000 habitantes (Datos preliminares)

El aumento en el número de casos se asocia principalmente al acceso a la prueba de VIH, mediante la Estrategia Distrital Ponte a Prueba y las intervenciones del Proyecto VIH del Fondo Mundial (inician en el años 2013), estos proyectos durante 2.018 buscaron eliminar barreras de acceso mediante la disponibilidad de pruebas rápidas gratuitas en múltiples puntos de la ciudad y personal capacitado para su uso en espacios públicos y comunitarios de fácil acceso. Actualmente estas estrategias se han venido fortaleciendo como respuesta ante la epidemia en el Distrito Capital.

Tabla 49. Número de casos y tasa de VIH/ Sida por localidad de Residencia Bogotá 2016 – 2018*

Localidad	2016			2017			2018*		
	Casos	Pob 2016	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2017	Tasa por 100.000 habitantes	Casos	Pob 2018	Tasa por 100.000 habitantes
Usaquén	158	472908	33,4	143	474186	30,2	216	475275	45,4
Chapinero	175	126951	137,8	115	126591	90,8	221	126192	175,1
Santafé	93	96534	96,3	75	95201	78,8	101	93857	107,6
San Cristóbal	115	396383	29,0	126	394358	32,0	142	392220	36,2
Usme	83	337152	24,6	65	340101	19,1	135	342940	39,4
Tunjuelito	73	189522	38,5	48	187971	25,5	74	186383	39,7
Bosa	158	709039	22,3	124	731047	17,0	236	753496	31,3
Kennedy	332	1187315	28,0	296	1208980	24,5	403	1230539	32,7
Fontibón	119	403519	29,5	98	413734	23,7	150	424038	35,4
Engativá	277	873243	31,7	250	878434	28,5	339	883319	38,4
Suba	335	1250734	26,8	319	1282978	24,9	462	1315509	35,1
Barrios Unidos	85	263883	32,2	60	267106	22,5	114	270280	42,2
Teusaquillo	117	140767	83,1	82	140473	58,4	120	140135	85,6
Los Mártires	75	94130	79,7	65	93716	69,4	89	93248	95,4
Antonio Nariño	48	109277	43,9	60	109254	54,9	52	109199	47,6
Puente Aranda	107	225220	47,5	69	221906	31,1	119	218555	54,4
La Candelaria	25	22633	110,5	17	22438	75,8	27	22243	121,4
Rafael Uribe Uribe	131	353761	37,0	94	350944	26,8	159	348023	45,7
Ciudad Bolívar	177	719700	24,6	176	733859	24,0	224	748012	29,9
Sumapaz	1	7330	13,6	0	7457	0,0	3	7584	39,6
Sin dato	95	NA	NA	39	NA	NA	9	NA	NA
Total Bogotá	2779	7980001	34,8	2321	8080734	28,7	3395	8181047	41,5

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2016, 2017, *base preliminar 2018

Fuente: Proyecciones de población DANE





Las localidades en las cuales se concentra la proporción de casos de VIH/Sida con respecto a su población para el año 2018 con más de 50 casos por cada 100.000 habitantes en orden descendente son: Chapinero, Santafé, La Candelaria, Los Mártires y Teusaquillo; localidades en donde históricamente residen las poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad frente a la infección. Con relación a la distribución porcentual de los casos según el lugar de residencia se encuentra que el 40% de los casos reside en las localidades de Suba, Kennedy, Engativá y Bosa, cada una de las otras 16 localidades tiene menos del 8% de los casos.

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Para el año 2018, se estima que el número de casos notificados de VIH/Sida no asegurados es de 854 por 100.000 no afiliados, mientras que en el régimen subsidiado y contributivo es de 40,7 y 39,8 casos por 100.000 afiliados respectivamente. Para la población que se encuentra en el régimen especial no se estiman las proporciones de notificación puesto que no se cuenta con la información de la población afiliada a este régimen, y para el caso del régimen de excepción se estima que los casos con VIH/Sida es de 29,7 casos por 100.000. La atención de la población no asegurada que vive con VIH la brinda la entidad territorial mientras se surte el proceso en alguno de los dos regímenes de salud; como se puede evidenciar la población no afiliada disminuye cada año, lo que indica un mayor acceso al sistema general de seguridad social en salud, mejorando la atención y oportunidad en los servicios de salud para la población.

Así como se aumenta la proporción de incidencia de VIH en el Distrito Capital, por localidades y por grupo de edad, la incidencia de VIH/Sida según el aseguramiento debe aumentar. Aumento esperado, puesto que como se mencionó se ha intensificado la implementación de pruebas rápidas y capacitación del talento humano para el uso de las mismas, lo que aporta para el cumplimiento de la meta del Plan Territorial de Salud que establece: "A 2020 el 80% de las personas que vive con VIH cuenta con tamizaje, el 80% conoce el diagnóstico y el 80% tiene una carga viral indetectable.

Tabla 50. Casos y tasa de VIH/Sida por tipo de afiliación al SGSSS 2016-2018*

Tipo de afiliación al SGSSS	2016			2017			2018*		
	Casos	Afiliados	Tasa	Casos	Afiliados	Tasa	Casos	Afiliados	Tasa
Contributivo	2089	6.181.534	34,0	1675	6.221.681	26,9	2501	6284987	39,8
Subsidiado	408	1.166.823	35,0	371	1.163.475	31,9	472	1161120	40,7
Excepción	43	207.739	21,0	27	210.294	12,8	61	205454	29,7
Especial	57	ND	ND	51	ND	ND	45	ND	ND
No afiliado	174	49.409	352,0	188	38.002	494,7	295	34535	854,2
Indeterminado	8	ND	ND	9	ND	ND	21	ND	ND
Total	2779	7.605.505	36,5	2321	7.633.452	30,41	3395	7.686.096	44,17

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2016, 2017, *base preliminar 2018. Fuente Aseguramiento: Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de diciembre de 2018, Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2018 (vigente a 31 de diciembre de 2018), *Base Individualizada de la PPNA - MinSalud, corte Octubre de 2018 DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017, Proyección población DANE a 2018 (antiguo censo). Cruce RIPS SDS corte 2017 con SISBEN y BDUA.





- d. Desagregado por etapas del ciclo vital: perinatal, primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).
- e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Por etapas de ciclo vital el 95% de los casos se concentra en juventud y adultez; encontrando por quinquenio de edad las proporciones de incidencia más altas para los tres años en el grupo de edad de los 25 a los 29 años, seguido de los de 20 a 24 años de edad. Este comportamiento es similar a lo reportado en la literatura, ya que es en esos momentos vitales donde se realiza diagnóstico de la enfermedad.

Tabla 51. Casos de VIH/Sida por ciclo vital. Bogotá 2016– 2018*

Etapas del curso de vida	2016	2017	2018*
	Casos	Casos	Casos
Primera infancia	2	1	1
Infancia	0	1	1
Adolescencia	30	27	37
Juventud	1200	973	1509
Adultez	1439	1220	1732
Vejez	108	99	115
Total	2779	2321	3395

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2016, 2017, *base preliminar 2018

La concentración más alta de casos se da principalmente en los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes lo que puede estar asociado a mayores condiciones que los hace más vulnerables como: consumo de sustancias psicoactivas, uso inconsistente del preservativo, poco acceso a los servicios de salud entre otros. En este sentido se continúan fortaleciendo las acciones a estos grupos de edad mediante la sensibilización al acceso a la prueba, el uso del preservativo y los derechos sexuales y derechos reproductivos.

El mayor número de casos que son notificados en Bogotá que provienen del exterior, son de Venezuela, pasando de 5 casos en el 2016 a 106 casos en el 2018 (datos preliminares); lo que está relacionado con la migración masiva al país de la población Venezolana, situación que afecta de manera importante el comportamiento de la epidemia dado que es una enfermedad de alto costo y la mayoría de esta población actualmente se encuentra en situación irregular; lo que limita el acceso al sistema de salud, por lo que es necesario continuar trabajando de manera conjunta con el Ministerio de Salud y protección Social para definir recursos y acciones de impacto en esta población.





Tabla 52. Casos de VIH/Sida por quinquenios. Bogotá 2016– 2018*

Edad en quinquenios	2016			2017			2018*		
	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población	Casos	Tasa por 100.000 hab	Población
0-4años	2	605450	0,3	1	607393	0,2	1	495400	0,2
5 a 9 años	0	600078	0,0	1	601915	0,2	1	518882	0,2
10 a 14 años	0	603336	0,0	1	602967	0,2	4	546316	0,7
15 a 19 años	125	637600	19,6	87	632370	13,8	135	624354	21,6
20 a 24 años	606	673222	90,0	460	672747	68,4	711	699131	101,7
25 a 29 años	603	640632	94,1	556	650902	85,4	842	722657	116,5
30 a 34 años	454	656789	69,1	372	651441	57,1	562	751263	74,8
35 a 39 años	291	628185	46,3	250	640060	39,1	372	691584	53,8
40 a 44 años	212	547958	38,7	150	563389	26,6	240	621025	38,6
45 a 49 años	186	518352	35,9	167	519261	32,2	181	582414	31,1
50 a 54 años	125	497879	25,1	91	503389	18,1	142	551515	25,7
55 a 59 años	67	423052	15,8	86	439872	19,6	89	452398	19,7
60 a 64 años	47	325516	14,4	57	341916	16,7	53	349516	15,2
65 años y más	61	621952	9,8	42	653112	6,4	62	574592	10,8
Total	2779	8585451	32,4	2321	8080734	28,7	3395	8181047	41,5

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2016, 2017, base preliminar 2018* Fuente: Proyecciones de población DANE

De acuerdo a lo anterior, se debe tener en cuenta que la Ciudad ha realizado un gran esfuerzo para la atención de esta población, para los casos que consultan por urgencias se ha realizado la atención completa que se requiere de acuerdo al estado actual de su enfermedad.

Tabla 53. Casos de VIH-Sida, población procedente exterior, Bogotá 2016 – 2018*

País de origen	2016	2017	2018*
Alemania	1	0	0
Argentina	0	1	1
Belice	1	0	0
Brasil	1	1	0
Colombia	2771	2288	3278
Ecuador	0	0	2
España	0	1	1
Estados Unidos	0	3	2



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

País de origen	2016	2017	2018*
Federación de Rusia	0	0	1
Filipinas	0	1	0
Italia	0	1	0
México	0	1	2
Panama	0	0	1
Peru	0	0	1
Venezuela	5	24	106
Total	2779	2321	3395

Fuente: Sivigila - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, bases finales 2016, 2017, base preliminar 2018*

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

La complejidad y multiplicidad de aspectos asociados a la ocurrencia de la infección por el VIH, hacen de esta infección un reto para el sistema de salud con acciones encaminadas a controlar la epidemia, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a Sida, evitar la resistencia al tratamiento antirretroviral, entre otros.

Actualmente la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente de la ciudad, lo que puede estar relacionado con menor percepción del riesgo frente a la epidemia, bajo acceso a los servicios de salud e información de calidad, uso inconsistente del preservativo, consumo de sustancias psicoactivas, prácticas sexuales de riesgo entre otros.

Como el resto del país la ciudad presenta una epidemia concentrada, es decir, existen unas poblaciones en mayor estado de vulnerabilidad frente a la infección. Entre los años 2010 y 2016 se realizaron estudios de seroprevalencia de VIH en éstas poblaciones, entre los HSH la prevalencia estimada fue 15% y 17% en el año 2010 y 2016 respectivamente; en las mujeres trans las prevalencias estimadas fueron 17% y 20% en los años 2012 y 2016, no obstante entre estas prevalencias no hay diferencias estadísticamente significativas.

Para el año 2016 la Secretaría Distrital de Salud firmó el acuerdo de voluntades con ONUSIDA para continuar fortaleciendo las acciones de respuesta para la epidemia. A nivel distrital el Plan territorial de Salud Bogotá Mejor para Todos 2016 – 2020 se estableció la meta: “A 2020 el 80% de las personas que viven con VIH/Sida cuenta con tamizaje, conoce el diagnóstico y tiene una carga viral indetectable.”

Esta meta va en concordancia con el cumplimiento del compromiso mundial en el que se establece aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico, aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral y aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable, estrategia denominada “90 – 90 – 90”, por lo tanto, en el distrito se han generado estrategias para aumentar el diagnóstico, lo que se ve reflejado en el número de casos notificados en la ciudad.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para cumplir con la meta distrital y el compromiso mundial se ha venido trabajando en el fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención y diagnóstico oportuno del VIH-ITS, las cuales se encuentran inmersas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – (PSPIC). En articulación con estas acciones se implementa la Estrategia Distrital Ponte a Prueba desde el año 2.013, lo anterior logrando la disminución de la brecha en conjunto con las acciones del proyecto del Fondo Mundial.

79

La Estrategia Distrital Ponte a Prueba implementada desde el año 2013, ha tenido como logros: La implementación de la estrategia del 100%, replicación de piezas comunicativas dirigidas a poblaciones vulnerables, desde el año 2014 a 2016 distribución y uso de más de 20.610 pruebas rápidas de VIH y 14.714 de sífilis encaminadas a la eliminación de barreras de acceso al tamizaje para VIH e ITS. Esta experiencia exitosa permitió para el año 2017 y 2018 la inclusión de las pruebas rápidas de VIH en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, desde los programas y acciones integradas, la gestión compartida del riesgo implementando a través de los espacios de vida cotidiana procesos de articulación con las organizaciones sociales, servicios comunitarios de la población, líderes pares y el Fondo Mundial para promover la asesoría para prueba.

Adicionalmente, dentro de las acciones de prevención en el marco del acuerdo 143 de 2005 y el acuerdo 590 de 2015 relacionados con la distribución de preservativos gratuitos en la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud cuenta con dos estrategias: Distribución gratuita de 1.192.367 preservativos al año, mediante acciones educativas y promocionales sectoriales, intersectoriales y en articulación con actores sociales y la implementación de la estrategia distrital de dispensadores en espacios de alta afluencia de público.

Dentro del acuerdo, también se lleva a cabo el Encuentro de la Red distrital de VIH – SIDA, con una periodicidad mensual, a la cual asisten los profesionales encargados de la implementación de los Programas de Atención de pacientes que conviven con VIH en la ciudad. Es un espacio de actualización académica, resolución de inquietudes frente al manejo de los pacientes, acuerdos para la optimización de la atención, coordinación de actividades entre otras. Espacio liderado desde la Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Por otra parte, se realiza de manera permanente asistencia técnica a los programas de VIH con base al Modelo Integral de Atención en Salud, entendido éste como el modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- el cual tiene como propósito la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población.

Las visita de asistencia técnica desarrollada en las diferentes Instituciones de salud se enmarcan en lo dispuesto por el modelo de gestión programático VIH SIDA (Resolución 3442 de 2006) y las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia GPC-2014-39 y GPC-2014-410 así como las observaciones realizadas por diferentes áreas de la Secretaria Distrital de Salud. Se realiza el seguimiento al programa especializado VIH SIDA de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y las EAPB.

Desde la Dirección de provisión de Servicios se han suscrito los convenios 0943 de 2017 y el Convenio 689294 de 2018, los cuales tienen por objeto “Aunar esfuerzos técnicos administrativos y financieros para el alistamiento de la Ruta de Atención en Salud de enfermedades Infecciosas con énfasis en VIH/SIDA, en el marco del modelo de Atención en

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Salud”, como herramienta para apoyar las instituciones en el logro de brindar atención Integral en salud para los pacientes con VIH, con calidad y oportunidad.

Dentro de las acciones de la dirección de provisión de servicios de salud, se realizan reuniones de seguimiento a la entrega oportuna de medicamentos Anti Retro Virales a los pacientes del programa de Atención en cada una de las Subredes de Atención, EPS y EAPB.

En lo relacionado con la garantía de la atención en salud con calidad y oportunidad se hace seguimiento al traslado de los pacientes entre los programas de atención; esta se realiza a través del uso de la “Ficha única Distrital de entrega usuario programa a programa VIH-SIDA); documento socializado y entregado en la reunión de RED Distrital a las EPS, EAPB que funcionan en Bogotá, con el objeto de garantizar la continuidad al manejo integral del usuario.

Para el año 2018 en el marco del convenio de la SDS con la Organización Panamericana de la Salud OPS se acuerda realizar las siguientes acciones para el fortalecimiento de la respuesta ante el VIH y las ITS: Diagnóstico de la situación actual de las ITS en el DC. Desarrollo de acciones promocionales y preventivas en el marco de la prevención combinada del VIH/ITS y el Análisis de brechas en la respuesta programática al VIH en el DC, en poblaciones clave, con base en los resultados de los estudios y la información epidemiológica disponible. En este sentido estos insumos permiten fortalecer las acciones implementadas y la evaluación de las mismas frente a la respuesta de la epidemia.

A continuación se relacionan resultados de las intervenciones realizadas en el distrito frente a la epidemia de VIH:

- ✓ Entrega de más 2.113.284 de unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).
- ✓ Formación de 1296 profesionales para Asesoría para Prueba Voluntaria (APV) y entrenamiento de Prueba Rápida de VIH – Sífilis a las subredes, así como a 80 profesionales en guías de manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Desde el PSPIC en el componente Programas y Acciones de interés en salud pública (AISP) se han realizado 2.614 asistencias técnicas a 192 IPS priorizadas frente a los eventos de interés en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos.
- ✓ En el espacio trabajo 37.236 personas en Situación de Prostitución intervenidas a través de la gestión del riesgo con actividades como: recorrido en calle, asesoría psicosocial, actividades lúdicas, seguimiento a casos. 7.580 pruebas de VIH realizadas por localidad a personas en situación de prostitución con 5 pruebas reactivas para VIH.
- ✓ En las instituciones de protección intervenidas, se identifican riesgo individual y activación de ruta a 343 personas vinculadas a las instituciones, implementando acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos. 155 Instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta en las



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

cuales a 1.791 personas se han implementado acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos.

- ✓ Desde espacio público se ejecutaron 30 iniciativas comunitarias para personas LGBTI en Derechos Sexuales y Reproductivos, Se han llevado a cabo 32 acciones colectivas de personas viviendo con VIH.
- ✓ En el espacio institucional se abordaron 900 Instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta para VIH en las cuales se abordaron 5.083 individuos de los cuales 2.557 se les realiza prueba rápida para VIH.
- ✓ En espacio vivienda, se caracterizaron 22.656 familias, en 6.551 familias se han realizado acciones con enfoque familiar orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Se cuenta con un equipos de salud en la Subred Centro Oriente para la atención de las Personas que se Inyecta Drogas (PID) lo que garantiza ampliar la cobertura en eventos de salud.
- ✓ 21.511 pruebas rápidas de VIH, a través de la estrategia Ponte a prueba inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- ✓ Acciones desarrolladas en articulación con equipos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con el Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo (FONADE) quien adelanta en la ciudad de Bogotá D.C. el proyecto: “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-SIDA y el modelo integrado de atención en salud”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, mediante el acuerdo de subvención No. COL-H-FONADE 1062.
- ✓ Implementación de la estrategia distrital “Ponte a Prueba” en la Ciudad y de la implementación de 110 dispensadores de condones de acuerdo a la incidencia de los casos de VIH y de la priorización de zonas en la Ciudad.
- ✓ Implementación del sistema de Desarrollo Informático de Monitoreo y Evaluación (DIME) del Fondo Mundial ahora en el SISPRO del Ministerio de salud y de Protección Social SISCO en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas. (PIC).
- ✓ Consolidación de espacios interinstitucionales e intersectoriales tales como la Red Distrital de VIH/Sida , el Comité Distrital – Territorial de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la mesa técnica de VIH.
- ✓ Estrategias comunicativas diseñadas con enfoque poblacional, direccionadas a la respuesta de VIH en la Ciudad.



- ✓ Desde Vigilancia en Salud Pública, se han realizado 188 Asistencias técnicas a UPGD críticas, en el fortalecimiento de Implementación del protocolo de notificación y lineamientos; Control de calidad de las bases de datos; Concordancia entre bases de datos; Seguimiento de casos y 334 reuniones de articulación con referente de PyD, espacios de vida cotidiana, referente de SSR, desarrollando los siguientes temas relacionados con VIH Implementación del protocolo de notificación y lineamientos; Control de calidad de las bases de datos; Concordancia entre bases de datos.
- ✓ Desde nivel central participación activa al proyecto interagencial para PreP (Terapia pre exposición en VIH) y autotest de VIH.
- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

En lo relacionado con la gestión individual del riesgo en el evento de VIH, según datos reportados en Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2016 y 2018 se realizaron un total de 196.554 atenciones a 4.349 pacientes a nivel distrital con diagnóstico relacionado con el VIH. Igualmente, se realizaron un total de 147.899 procedimientos a 1.988 personas que consultaron por este motivo o relacionado. Por urgencias, se tuvo un total de 2.340 atenciones realizadas a 201 pacientes con este diagnóstico y en hospitalización un total de 10.137 egresos generados por atención a 545 personas por este mismo motivo.

Tabla 54. Atenciones a Pacientes a Nivel Distrital con Diagnóstico Relacionado con el VIH, Años 2016-2018

VIH	2016		2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Consultas	60.687	1.433	66.336	1.866	69.531	1.050
Procedimientos	44.490	833	49.124	489	54.285	666
Urgencias	722	73	802	68	816	60
Hospitalización	3.247	343	3.385	108	3.505	94

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2013 – 2018 (a partir del reporte realizado por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social) - Consulta diciembre de 2018 (información preliminar año 2018).

Desde la gestión individual del riesgo se adelantaron una serie de intervenciones para fortalecer la atención de los pacientes con VIH –SIDA así:

- ✚ Visitas de asistencia técnica a IPS públicas y privadas, para hacer acompañamiento y seguimiento a la implementación del Modelo de Gestión Programático VIH SIDA, a la implementación de las guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia Científica para la atención de la infección por VIH- Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más y en adultos). Seguimiento al programa especializado VIH y a la entrega oportuna de medicamentos Anti Retro Virales a los pacientes del programa de Atención en IPS Públicas y privadas y en las EAPB del Distrito Capital. Adicionalmente se realizan visitas de asistencia técnica a las EAPB, con el fin de contextualizarlas sobre el Modelo de Integral de Atención en Salud – MIAS y el proceso de adopción y a





adaptación de Ruta Integral de Atención en Salud para Enfermedades Infecciosas en el evento específico de VIH.

- Fortalecimiento de competencias del Talento Humano de IPS públicas y privadas y en las EAPB que operan en el Distrito Capital, mediante encuentros de la red Distrital de VIH, el cual se desarrolla en el marco del Modelo de Atención Integral en salud, Rutas Integrales de Atención y del Acuerdo 143 de 2005 del Concejo de Bogotá, a este evento asisten los profesionales encargados de la implementación de los programas de atención de pacientes que conviven con este diagnóstico en la ciudad, realizándose actualización académica y normativa, donde se revisan inquietudes frente al manejo de los pacientes con VIH, para la optimización de la atención y coordinación de actividades entre otros. Así mismo se fortalecieron las competencias del Talento Humano que inicia el Servicio Social Obligatorio en la red pública de Bogotá, con el fin de mejorar la atención y el manejo de pacientes con diagnóstico de VIH – SIDA.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

20. Casos de nacidos vivos, abortos, mortinatos registrados en mujeres de 10 a 14 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

El análisis integrado de los nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 10 a 14 años, permite realizar una mayor aproximación a la situación del embarazo en adolescente en Bogotá, lo que permite una mejor orientación de las acciones individuales y colectivas para la prevención de este evento y la probabilidad de tener un embarazo subsiguiente en la adolescencia y todos los riesgos de morbilidad y mortalidad materna por los riesgos que generan estas gestaciones. De acuerdo al sistema de Estadísticas vitales (RUAF), para el trienio se identificaron 980 nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 10 a 14 años, siendo el año 2018 el año que menos casos presentó en comparación con los años 2016 y 2017. Es preciso aclarar que para el año 2018, no se dispone del dato de abortos.

Tabla 55. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 10 a 14 años, Bogotá 2016, 2017 y 2018.

MUJERES DE 10-14 AÑOS	2016	2017	2018
NACIMIENTOS	315	304	274
ABORTOS	40	28	SD
MORTINATOS	7	8	4
TOTAL	362	340	278

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares



b. Desagregado por localidades

En la siguiente grafica se presenta los casos por localidad, y específicamente los mortinatos, se han presentado en las localidades de San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Fontibón, Suba, la Candelaria, Rafael Uribe Uribe, y Ciudad Bolívar.

Tabla 56. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 10 a 14 años, según localidad de residencia. Bogotá 2016, 2017 y 2018.

LOCALIDAD	2016			2017			2018	
	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	MORTINATOS
01-USAQUEN	21	-	-	15	2	-	9	-
02-CHAPINERO	2	3	-	5	2	-	1	-
03-SANTAFE	6	2	-	4	1	-	7	-
04-SAN CRISTOBAL	23	5	-	21	1	1	22	-
05-USME	33	1	1	33	3	-	24	-
06-TUNJUELITO	11	-	-	8	1	-	9	-
07-BOSA	40	2	2	49	4	1	36	-
08-KENNEDY	32	8	-	32	4	1	27	2
09-FONTIBON	7	-	-	8	-	2	13	-
10-ENGATIVA	19	6	-	13	1	-	14	1
11-SUBA	27	3	2	24	4	1	24	-
12-BARRIOS UNIDOS	-	-	-	-	-	-	1	-
13-TEUSAQUILLO	3	-	-	7	-	-	6	-
14-MARTIRES	2	-	-	5	-	-	5	-
15-ANTONIO NARIÑO	4	1	-	1	-	-	1	-
16-PUENTE ARANDA	4	1	-	2	-	-	3	-
17-CANDELARIA	-	-	-	3	-	2	1	-
18-RAFAEL URIBE	23	4	1	24	2	-	11	-
19-CIUDAD BOLIVAR	55	3	1	50	3	-	60	-
20-SUMAPAZ	1	-	-	-	-	-	-	-
SIN DATO LOCALIDAD	2	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL	315	40	7	304	28	8	274	4

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

De acuerdo al régimen de afiliación, no se identificaron casos de mortinatos ni abortos en los regímenes especiales, de excepción.



Tabla 57. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 10 a 14 años, según Régimen de afiliación. Bogotá 2016, 2017 y 2018.

RÉGIMEN	2016			2017			2018	
	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	MORTINATOS
SUBSIDIADO	148	16	3	152	15	3	121	-
CONTRIBUTIVO	149	16	3	134	11	2	135	2
ESPECIAL	-	-	-	-	-	-	-	-
EXCEPCIÓN	-	-	-	-	-	-	3	-
NO ASEGURADO	15	8	1	18	2	3	15	2
SIN INFORMACION	3	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	315	40	7	304	28	8	274	4

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales
FUENTE 2018: Apicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares

d. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

En el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana para Bogotá, que lidera la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), la SDS participa dentro del escenario intersectorial, aportando desde su competencia acciones que permitan transformar imaginarios, creencias, prácticas y realidades frente al cuerpo como territorio en el que se vive, se manifiesta y se ejerce la sexualidad a lo largo de la vida.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida y Procesos Transversales:

Espacio Vivienda:

- Implementación de acciones en familias con adolescentes de 10 a 19 años en las cuales se han realizado acciones orientadas a la prevención del embarazo a temprana edad, regulación de la fecundidad, fortalecimiento del proyecto de vida y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Seguimiento a gestantes adolescentes con alto riesgo de embarazo subsiguiente.
- Identificación de adolescentes desescolarizadas a quienes se activa ruta Intersectorial con Secretaría de Educación Distrital.
- Activaciones para la ruta de jóvenes en edad fértil sin método de regulación de la fecundidad

Espacio Educativo

- Acciones de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Realización de Ferias de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, en instituciones educativas distritales.

Espacio Público

- Se conformaron organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas relacionados con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Realización de Jornadas Distritales de promoción de la salud en el con desarrollo de temas relacionados con embarazo no planeado, en el marco de la Semana Andina de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Acompañamiento a grupos de líderes promotores desde la estrategia Embarazados todos por la vida en los Barrios Promotores
- Acciones intersectoriales para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, encaminadas a la reducción del embarazo no planeado y reconocimiento de la Sentencia C355 de 2006 en articulación con espacios y sectores
- Realización de ferias intersectoriales con el programa Distrital para la Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad
- Conformación y fortalecimiento de organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas relacionados con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el fortalecimiento de los Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SISAJ),
- Realización de Jornadas Distritales de promoción de la salud en el Espacio Público con desarrollo de temas relacionados con embarazo no planeado.

Gestión de Programas y acciones

- Asistencias técnicas a IPS, profundizando contenidos en temas como: Identificación temprana de factores de riesgo, Inducción a la demanda; Protección Específica, Detección temprana y atención oportuna; Regulación de la Fecundidad con énfasis en post evento obstétrico y acceso a métodos anticonceptivos modernos de larga duración y doble protección; Acceso y consulta en anticoncepción a mujeres en edad fértil priorización en adolescentes y presencia de condición crónica no transmisible; Educación para la salud con énfasis en derechos sexuales y derechos reproductivos; como parte de la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la Salud -RIAPMS-para el momento vital Adolescencia.

Intervenciones realizadas desde la Línea 106 asociadas al disfrute de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

El abordaje que realiza la línea 106 se da desde la salud mental positiva, que contempla al ser humano de forma integral, incluyendo su potencialidad para promover cambios en sí mismo, entendiendo el papel del profesional en salud mental como un facilitador de reflexiones que favorecen el bienestar emocional, mental y social de cada individuo, y por tanto, el disfrute de su sexualidad, tanto placentera, como responsable, sana y segura.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Así mismo, la línea 106 contempla en sus intervenciones, la escucha activa como la estrategia que le permite reaccionar a la necesidad de niños, niñas adolescentes, y jóvenes, enfocando sus intervenciones hacia la promoción de la salud ó a la prevención de factores de riesgo, de acuerdo con un rápido análisis del tema que motiva la conversación. De ahí que, se adelantan intervenciones de promoción de la salud, tales como: Expresividad Afectiva, Proyecto de vida, Crecimiento y desarrollo, y habilidades para la vida (cognitivas, sociales y emocionales) comprendiendo que su adecuado desarrollo posibilita en mayor probabilidad un ejercicio más responsable con el ejercicio de la sexualidad.

87

Además de las acciones realizadas en cada uno de los espacios, la SDS desarrolla las siguientes estrategias:

- La atención integral de la maternidad y paternidad temprana se encuentra inmersa dentro del mismo marco de acción de la estrategia Distrital Sectorial denominada “Embarazados Todos Por la Vida”, como una apuesta Distrital, liderada por la Alcaldía de Bogotá y la Cámara de Comercio, en la cual los distintos actores del sistema de salud se comprometen a mejorar la atención materno perinatal a través de acciones concretas de alto impacto, en el marco del “Pacto por la atención segura de madres y niños menores de 1 año”, oficializado en el mes de octubre de 2017. En este proceso se busca la intensificación de acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres, niños y niñas de manera articulada en cooperación con las IPS y las EAPB.

El proceso incluye la realización de acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas en la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo. Todo esto acompañado por una campaña de comunicaciones que pretende sensibilizar a la población capitalina sobre la importancia de proteger, acompañar y apoyar a las mujeres y familias gestantes, en su cuidado, para la vivencia de una maternidad y paternidad feliz

- La ciudad cuenta con 13 unidades de Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes SISAJ, distribuidos en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud así: SISS Norte en las unidades: Suba, San Cristóbal y a Española; SISS Sur Occidente: Laureles, Centro Día, Zona Franca y Asunción Bochica; SISS Centro Oriente: Primera de Mayo Olaya y Chircales; SISS Sur: Betania, Jerusalén y Vista Hermosa.
- Se logró el fortalecimiento de capacidades a profesionales de las Unidades de Atención en Salud de las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- y a Instituciones de Servicios de Salud de la red privada, se abordaron temáticas desde el componente normativo y modelo de atención integral temas relacionados con Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE-, Servicios Integrales en Salud para Adolescentes y Jóvenes –SISAJ-, Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud, regulación de la fecundidad, prevención del embarazo subsecuente y la plataforma www.sexperto.co.

La plataforma digital www.sexperto.co conto con 734.520 visitas (fecha de corte 7 feb 2017-31 dic 2018) y la se logró el agendamiento de citas con la red pública.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Se instalaron 110 dispensadores de preservativos en 15 localidades: Antonio Nariño (9), Barrios Unidos(1), Bosa(2), Candelaria(11), Chapinero(21), Ciudad Bolívar(10), Engativá(8), Fontibón(1), Kennedy(19), Mártires(9), Puente Aranda(3), Rafael Uribe Uribe(1), San Cristóbal(1), Suba(2), Teusaquillo(12). En general, el monitoreo de la estrategia de dispensadores de preservativos evidenció el aumento progresivo de la venta; los sitios en donde se realizó mayor consumo fueron los Bares e Instituciones de Educación Superior, cabe resaltar que no se reportaron incidentes de vandalismo.
- Se realizó entrega Gratuita de Preservativos masculinos, mediante acciones permanentes de información, educación y comunicación en la ciudad en cumplimiento del acuerdo los acuerdos distritales 143 de 2005 y 590 de 2015.

88

Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual

- ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud – PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido y anticoncepción en la adolescente, la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (IVE, emergencias obstétricas, patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con la población gestante en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas, criterios y pautas, lineamiento de nacimiento humanizado que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para mejorar la atención materna.
- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en prevención de la maternidad y paternidad temprana, control prenatal, atención de parto y post parto, anticoncepción post evento obstétrico, Interrupción Voluntaria del Embarazo y humanización de los servicios de salud entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Asistencia técnica en unidades de análisis de embarazo adolescente, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal con énfasis en la prioridad de la atención a las mujeres gestantes, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso humano, existencias y uso óptimo del kit de emergencias obstétricas, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención materna en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- ✚ Asistencia técnica a profesionales y auxiliares en salud de IPS públicas y privadas en lo referente a lo definido en la norma de habilitación para el talento humano que brinda atención en salud a víctimas de violencia sexual



y la necesidad de estar capacitados y certificados en este tipo de atención, en cumplimiento de la resolución 0459 de 2012 en lo relacionado con el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

- Participación en diferentes mesas directivas, técnicas y de trabajo en relación con los temas de violencia sexual, intrafamiliar y explotación sexual en las que la Secretaría Distrital de Salud tiene un rol protagónico en lo que tiene que ver con el liderazgo y la responsabilidad frente a importantes productos relacionados con la prevención y atención de estos eventos.

21. Casos de nacidos vivos, abortos, mortinatos registrados en mujeres de 15 a 19 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

El análisis integrado de los nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 15 a 19 años, permite realizar una mayor aproximación a la situación del embarazo en adolescente en Bogotá, lo que permite una mejor orientación de las acciones individuales y colectivas evitar futuras gestaciones a temprana edad, teniendo en cuenta los riesgos asociados, tales como embarazo pretérmino, bajo peso al nacer y morbi mortalidad materna y perinatal. De acuerdo al sistema de Estadísticas vitales (RUAF), para el trienio se identificaron 36468 nacimientos, 1220 abortos y 346 mortinatos en mujeres de 15 a 19 años, siendo el año 2018 el año que menos casos presentó en comparación con los años 2016 y 2017. Es preciso aclarar que para el año 2018, no se dispone del dato de abortos.

Tabla 58. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 15 a 19 años, Bogotá 2016, 2017 y 2018.

MUJERES DE 15-19 AÑOS	2016	2017	2018
NACIMIENTOS	13757	12036	10675
ABORTOS	655	565	SD
MORTINATOS	123	133	90
TOTAL	14535	12734	10765

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales

FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares

b. Desagregado por localidades

En la siguiente grafica se presentan los casos por localidad, donde las cinco primeras localidades donde se presenta más casos de abortos corresponde a la localidades de Kennedy, Ciudad bolívar, San Cristóbal, Suba y Engativá. Frente a Mortinatos solamente Sumapaz ha sido la localidad que no registró mortinatos ni abortos en el trienio.



Tabla 59. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 15 a 19 años, según localidad de residencia. Bogotá 2016, 2017 y 2018.

LOCALIDAD	2016			2017			2018	
	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	MORTINATOS
01-USAQUEN	480	32	5	464	14	4	378	2
02-CHAPINERO	116	9	-	93	4	1	80	-
03-SANTAFE	245	15	1	237	18	3	234	1
04-SAN CRISTOBAL	1079	82	3	933	58	17	768	5
05-USME	1172	30	13	990	30	19	911	9
06-TUNJUELITO	395	20	6	341	17	1	309	2
07-BOSA	1811	46	12	1534	44	15	1423	11
08-KENNEDY	1902	98	14	1713	76	14	1439	12
09-FONTIBON	408	14	8	333	14	4	310	-
10-ENGATIVA	854	73	10	721	46	7	648	4
11-SUBA	1437	49	16	1331	84	16	1138	9
12-BARRIOS UNIDOS	111	8	1	114	8	1	98	-
13-TEUSAQUILLO	71	6	-	69	8	-	69	1
14-MARTIRES	143	13	2	155	6	2	125	3
15-ANTONIO NARIÑO	164	13	2	98	2	2	97	-
16-PUENTE ARANDA	265	13	1	211	9	2	196	3
17-CANDELARIA	43	-	-	44	2	1	32	-
18-RAFAEL URIBE	865	40	8	810	34	8	667	11
19-CIUDAD BOLIVAR	2045	69	18	1799	79	15	1692	11
20-SUMAPAZ	3	-	-	7	-	-	5	-
SIN DATO LOCALIDAD	148	25	3	39	12	1	56	6
TOTAL	13757	655	123	12036	565	133	10675	90

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales

FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

De acuerdo al régimen de afiliación, en relación con los mortinatos y abortos, los casos se concentran en los regímenes contributivo y subsidiado.



Tabla 60. Nacimientos, abortos y mortinatos en mujeres de 15 a 19 años, según Régimen de afiliación. Bogotá 2016, 2017 y 2018.

RÉGIMEN	2016			2017			2018	
	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	ABORTOS	MORTINATOS	NACIMIENTOS	MORTINATOS
SUBSIDIADO	5262	264	52	4993	275	57	4440	45
CONTRIBUTIVO	7495	266	50	6452	221	60	5275	29
ESPECIAL	-	-	-	-	-	-	1	-
EXCEPCIÓN	192	5	19	163	3	-	118	1
NO ASEGURADO	808	120	2	428	66	13	841	15
SIN INFORMACION	-	-	-	-	-	3	-	-
TOTAL	13757	655	123	12036	565	133	10675	90

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- finales

FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.-Preliminares

d. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

En el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana para Bogotá, que lidera la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), la SDS participa dentro del escenario intersectorial, aportando desde su competencia acciones que permitan transformar imaginarios, creencias, prácticas y realidades frente al cuerpo como territorio en el que se vive, se manifiesta y se ejerce la sexualidad a lo largo de la vida.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida y Procesos Transversales, las cuales ya se mencionaron en el punto anterior.

• ***Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual.***

- ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud –PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de recién nacido y anticoncepción en la adolescente, la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (IVE, emergencias obstétricas, patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con la población gestante en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas, criterios y pautas, lineamiento de nacimiento humanizado, entre otros, que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para mejorar la atención materna.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno perinatal de las IPS en prevención de la maternidad y paternidad temprana, control prenatal, atención de parto y post parto, anticoncepción post evento obstétrico, Interrupción Voluntaria del Embarazo, lineamiento de atención a la mujer embarazada menor de 15 años del Ministerio de Salud, y humanización de los servicios de salud entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.
- ✚ Asistencia técnica en unidades de análisis de embarazo adolescente, desde el componente de calidad de la atención materno perinatal con énfasis en la prioridad de la atención a las mujeres gestantes, oportunidad en la atención de urgencias, toma de laboratorios y administración de medicamentos, suficiencia de recurso de humano, existencias y uso óptimo del kit de emergencias obstétricas, y autoevaluación de la adherencia a guías de atención materna en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

92

22. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 10 a 14 años para los años 2016, 2017 y 2018.

- Total Bogotá**
- Desagregado por localidades**

En el año 2018 según datos preliminares, se evidencia una reducción de los nacimientos en mujeres de 10 a 14 años del 13.01% con relación al año 2016; sin embargo, la tasa específica de fecundidad para este grupo de edad ha sido más difícil de impactar, siendo de 1 nacimiento por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años.

Este es un grupo prioritario para la ciudad teniendo en cuenta que los embarazos en niñas menores de 14 años son intolerables no solo por su implicación legal sino por la inmadurez biológica y social que aumentan el riesgo de morbilidad materna y perinatal en este grupo de edad.

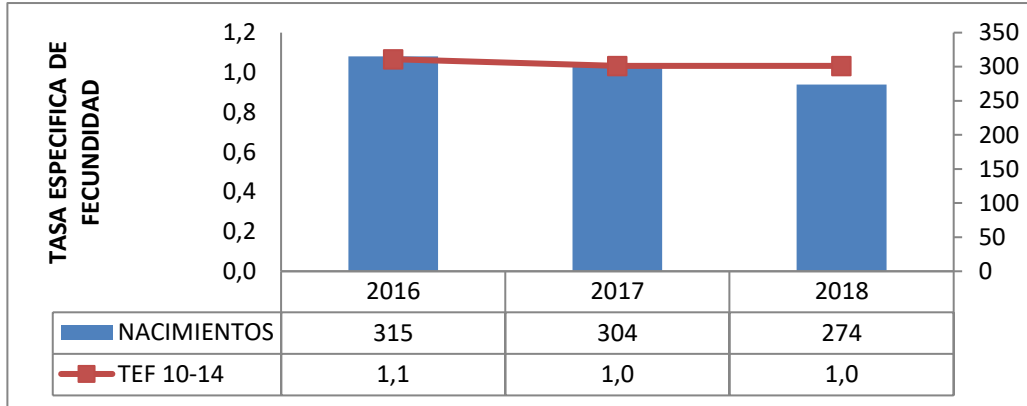
Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Ilustración 11. Nacimientos y Tasas de Fecundidad en mujeres de 10-14 años. Bogotá D.C. Años 2016-2018



FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. - finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. -Preliminares

b. Desagregado por localidades

Las tasas más altas de fecundidad en menores de 14 años se concentran en las localidades de Santafé, Ciudad Bolívar, Candelaria, Mártires y Usme, zonas que se caracterizan por altas condiciones de vulnerabilidad social donde se concentran niñas con déficit acceso a educación, vinculación laboral informal, zonas de trabajo sexual, violencia intrafamiliar y de género entre otras. Adicional a esto la mayoría de estas localidades presentan baja densidad poblacional, lo cual afecta directamente el indicador.

Tabla 61. Tasas Específicas de fecundidad de 10-14 años, según localidad de residencia. Bogotá D.C 2016-2018

LOCALIDAD	2016	2017	2018
	10 a 14 años	10 a 14 años	10 a 14 años
Usaquén	1,4	1,0	0,6
Chapinero	0,6	1,5	0,3
Santafé	1,5	1,2	2,1
San Cristóbal	1,4	1,3	1,4
Usme	2,3	2,2	1,6
Tunjuelito	1,6	1,2	1,3
Bosa	1,4	1,2	1,2
Kennedy	0,7	0,6	0,6
Fontibón	0,4	0,6	0,9
Engativá	0,6	0,4	0,5
Suba	0,6	0,5	0,5
Barrios Unidos	0,0	0,0	0,1



LOCALIDAD	2016	2017	2018
	10 a 14 años	10 a 14 años	10 a 14 años
Teusaquillo	0,9	2,0	1,8
Mártires	0,7	1,7	1,7
Antonio Nariño	1,0	0,3	0,3
Puente Aranda	0,6	0,3	0,4
Candelaria	0,0	5,0	1,7
Rafael Uribe	1,6	1,8	0,8
Ciudad Bolívar	1,7	1,6	1,8
Sumapaz	3,5	0,0	0,0
TOTAL	1,1	1,0	1,0

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. - finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. -Preliminares

C. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Al analizar la distribución de los nacimientos en menores de 14 años según régimen de afiliación se evidencia que el mayor número de nacimientos se concentran en el régimen Contributivo, seguido del subsidiado y no asegurado.

Tabla 62. Nacimientos en adolescentes grupo de 10-14 años, según Régimen de Seguridad Social. Bogotá D.C 2016-2018

RÉGIMEN	2016	2017	2018
Subsidiado	148	152	121
Contributivo	149	134	135
Excepción	0	0	3
No Asegurado	15	18	15
Sin Información	3	0	0
Total	315	304	274

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. - finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. -Preliminares

c. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

La reducción de los nacimientos en adolescentes y jóvenes en el Distrito Capital evidencia logros importantes en la prevención de la maternidad a temprana edad, se han fortalecido e innovado diferentes estrategias tales como: La implementación y difusión del programa Distrital de maternidad y paternidad temprana, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva.

En el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana para Bogotá, que lidera la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), la SDS participa dentro del escenario intersectorial, aportando



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

desde su competencia acciones que permitan transformar imaginarios, creencias, prácticas y realidades frente al cuerpo como territorio en el que se vive, se manifiesta y se ejerce la sexualidad a lo largo de la vida.

Desde la Secretaría Distrital de Salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida y Procesos Transversales:

95

Espacio Vivienda:

- Implementación de acciones en familias con adolescentes de 10 a 19 años en las cuales se han realizado acciones orientadas a la prevención del embarazo a temprana edad, regulación de la fecundidad, fortalecimiento del proyecto de vida y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Seguimiento a gestantes adolescentes con alto riesgo de embarazo subsiguiente.
- Identificación de adolescentes desescolarizadas a quienes se activa ruta Intersectorial con Secretaría de Educación Distrital.
- Activaciones para la ruta de jóvenes en edad fértil sin método de regulación de la fecundidad.

Espacio Educativo

- Acciones de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Realización de Ferias de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, en instituciones educativas distritales.

Espacio Público

- Se conformaron organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas relacionados con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Realización de Jornadas Distritales de promoción de la salud en temas relacionados con embarazo no planeado, en el marco de la Semana Andina de Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Acompañamiento a grupos de líderes promotores desde la estrategia Embarazados todos por la vida en los Barrios Promotores
- Acciones intersectoriales para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, encaminadas a la reducción del embarazo no planeado y reconocimiento de la Sentencia C355 de 2006 en articulación con espacios y sectores
- Realización de ferias intersectoriales con el programa Distrital para la Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad
- Conformación y fortalecimiento de organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas relacionados con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el fortalecimiento de los Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SISAJ),
- Realización de Jornadas Distritales de promoción de la salud en el Espacio Público con desarrollo de temas relacionados con embarazo no planeado.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Gestión de Programas y acciones

- Asistencias técnicas a IPS, profundizando contenidos en temas como: Identificación temprana de factores de riesgo, Inducción a la demanda; Protección Específica, Detección temprana y atención oportuna; Regulación de la Fecundidad con énfasis en post evento obstétrico y acceso a métodos anticonceptivos modernos de larga duración y doble protección; Acceso y consulta en anticoncepción a mujeres en edad fértil priorización en adolescentes y presencia de condición crónica no transmisible; Educación para la salud con énfasis en derechos sexuales y derechos reproductivos; como parte de la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la Salud -RIAPMS-para el momento vital Adolescencia.

Línea 106, Intervenciones realizadas desde la Línea 106 asociada al disfrute de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

El abordaje que realiza la línea 106 se da desde la salud mental positiva, que contempla al ser humano de forma integral, incluyendo su potencialidad para promover cambios en sí mismo, entendiendo el papel del profesional en salud mental como un facilitador de reflexiones que favorecen el bienestar emocional, mental y social de cada individuo, y por tanto, el disfrute de su sexualidad, tanto placentera, como responsable, sana y segura.

Así mismo, la línea 106 contempla en sus intervenciones, la escucha activa como la estrategia que le permite reaccionar a la necesidad de niños, niñas adolescentes, y jóvenes, enfocando sus intervenciones hacia la promoción de la salud ó a la prevención de factores de riesgo, de acuerdo con un rápido análisis del tema que motiva la conversación. De ahí que, se adelantan intervenciones de promoción de la salud, tales como: Expresividad Afectiva, Proyecto de vida, Crecimiento y desarrollo, y habilidades para la vida (cognitivas, sociales y emocionales) comprendiendo que su adecuado desarrollo posibilita en mayor probabilidad un ejercicio más responsable con el ejercicio de la sexualidad.

Además de las acciones realizadas en cada uno de los espacios, la SDS desarrolla las siguientes estrategias:

- La atención integral de la maternidad y paternidad temprana se encuentra inmersa dentro del mismo marco de acción de la estrategia Distrital Sectorial denominada “Embarazados Todos Por la Vida”, como una apuesta Distrital, liderada por la Alcaldía de Bogotá y la Cámara de Comercio, en la cual los distintos actores del sistema de salud se comprometen a mejorar la atención materno perinatal a través de acciones concretas de alto impacto, en el marco del “Pacto por la atención segura de madres y niños menores de 1 año”, oficializado en el mes de octubre de 2017. En este proceso se busca la intensificación de acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres, niños y niñas de manera articulada en cooperación con las IPS y las EAPB.

El proceso incluye la realización de acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas en la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo. Todo esto acompañado por una campaña de comunicaciones que pretende sensibilizar a la población capitalina sobre la importancia de proteger, acompañar y apoyar a las mujeres y familias gestantes, en su cuidado, para la vivencia de una maternidad y



paternidad

feliz

- La ciudad cuenta con 13 unidades de Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes SISAJ, distribuidos en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud así: SISS Norte en las unidades: Suba, San Cristóbal y a Española; SISS Sur Occidente: Laureles, Centro Día, Zona Franca y Asunción Bochica; SISS Centro Oriente: Primera de Mayo Olaya y Chircales; SISS Sur: Betania, Jerusalén y Vista Hermosa.
- Se logró el fortalecimiento de capacidades a profesionales de las Unidades de Atención en Salud de las Subredes Integradas de Servicios de Salud –SISS- y a Instituciones de Servicios de Salud de la red privada, se abordaron temáticas desde el componente normativo y modelo de atención integral temas relacionados con Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE-, Servicios Integrales en Salud para Adolescentes y Jóvenes –SISAJ-, Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud, regulación de la fecundidad, prevención del embarazo subsecuente y la plataforma www.sexperto.co.

La plataforma digital www.sexperto.co conto con 734.520 visitas (fecha de corte 7 feb 2017-31 dic 2018) y la se logró el agendamiento de citas con la red pública.

- Se instalaron 110 dispensadores de preservativos en 15 localidades: Antonio Nariño (9), Barrios Unidos(1), Bosa(2), Candelaria(11), Chapinero(21), Ciudad Bolívar(10), Engativá(8), Fontibón(1), Kennedy(19), Mártires(9), Puente Aranda(3), Rafael Uribe Uribe(1), San Cristóbal(1), Suba(2), Teusaquillo(12). En general, el monitoreo de la estrategia de dispensadores de preservativos evidenció el aumento progresivo de la venta; los sitios en donde se realizó mayor consumo fueron los Bares e Instituciones de Educación Superior, cabe resaltar que no se reportaron incidentes de vandalismo.
- Se realizó la entrega Gratuita de Preservativos masculinos, mediante acciones permanentes de información, educación y comunicación en la ciudad en cumplimiento del acuerdo los acuerdos distritales 143 de 2005 y 590 de 2015.
- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**
 - ✚ Orientación técnica y seguimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud –PAIS-, los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS-, con énfasis en la Ruta Integral de Atención en Salud –RIAS- de promoción y mantenimiento de la salud en el componente de anticoncepción en la adolescente, la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y la RIAS de eventos específicos materno perinatales (IVE, emergencias obstétricas, patologías del recién nacido), así como orientación y seguimiento en la implementación de la normatividad vigente, relacionada con la población gestante en la que se incluyen instrucciones sobre el fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas, criterios y pautas, en el lineamiento de nacimiento humanizado, entre otros, que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para mejorar la atención materna.
 - ✚ Fortalecimiento de las competencias del talento humano de las IPS públicas y privadas, a través de sesiones magistrales, talleres de simulación clínica en modelos simulados y en los servicios de atención materno



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

perinatal de las IPS en prevención de la maternidad y paternidad temprana, control prenatal, atención de parto y post parto, anticoncepción post evento obstétrico, Interrupción Voluntaria del Embarazo y humanización de los servicios de salud entre otros dirigida al personal de enfermería y de medicina de las IPS, profesionales del Servicio Social Obligatorio, tripulaciones de ambulancias básicas y medicalizadas y en espacios de divulgación masiva.

98

- ✚ Asistencia técnica para seguimiento a la implementación de la circular 006 de 2015 de la Secretaría Distrital de Salud relacionada con el Lineamiento de anticoncepción en mujeres menores de 14 años.
- ✚ Asistencia técnica a profesionales y auxiliares en salud de IPS públicas y privadas en lo referente a lo definido en la norma de habilitación para el talento humano que brinda atención en salud a víctimas de violencia sexual y la necesidad de estar capacitados y certificados en este tipo de atención en cumplimiento de la resolución 0459 de 2012 en lo relacionado con el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
- ✚ Participación en diferentes mesas directivas, técnicas y de trabajo en relación con los temas de violencia sexual, intrafamiliar y explotación sexual en las que la Secretaría Distrital de Salud tiene un rol protagónico en lo que tiene que ver con el liderazgo y la responsabilidad frente a importantes productos relacionados con la prevención y atención de estos eventos.

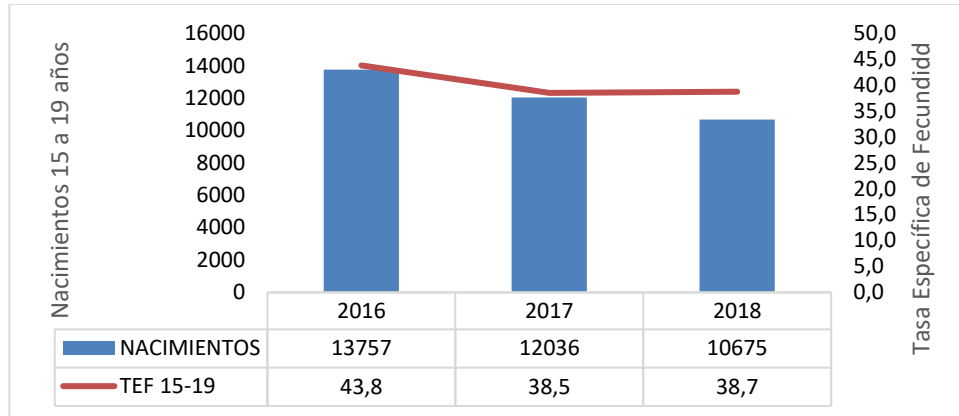
La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186-Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

23. Tasa de fecundidad registrada en mujeres de 15 a 19 años para los años 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Los nacimientos en Bogotá durante el último cuatrienio han presentado una tendencia hacia el descenso, pero se evidencia una mayor reducción en el grupo de mujeres de 15-19 mujeres, dado que las tasas específicas de fecundidad en este grupo de edad evidencian para el año 2018 una reducción de la Tasa en un 11.64% en relación con la tasa reportada en el año 2016, y con una reducción de casos de del 22.4% equivalente a 3082 casos menos en el 2018 en comparación al año 2016.

Ilustración 12. Nacimientos y Tasas de Fecundidad en mujeres de 15-19 años. Bogotá D.C. Años 2016-2018



FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. – finales.
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. –Preliminares

b. Desagregado por localidades

Las localidades que concentran las mayores tasas de fecundidad en adolescentes de 15-19 años son Santafé, Usme, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal. Algunas presentan un comportamiento similar a los nacimientos de 10-14 años, sin embargo, en general al comparar el año 2018 al 2016 se evidencia en general en la mayoría de localidades una tendencia hacia la reducción de los nacimientos en mujeres de este grupo de edad, a excepción de Santafé, Teusaquillo, y Sumapaz.

Tabla 63. Tasas Especificas de fecundidad de 15-19 años, según localidad de residencia. Bogotá D.C 2016-2018

LOCALIDAD	2016 15 a 19 años	2017 15 a 19 años	2018 15 a 19 años
Usaquén	28,5	28,1	23,3
Chapinero	31,2	25,3	21,8
Santafé	57,5	69,1	70,5
San Cristóbal	64,8	57,6	48,7
Usme	76,2	65,2	60,9
Tunjuelito	53,9	48,1	45,0
Bosa	57,5	45,0	45,0
Kennedy	40,2	30,5	30,5
Fontibón	26,2	21,4	19,8
Engativá	26,4	22,7	20,7
Suba	29,3	27,1	23,1
Barrios Unidos	13,5	14,1	12,4
Teusaquillo	16,9	16,9	17,3
Mártires	46,5	51,3	42,0
Antonio Nariño	41,9	25,5	25,6
Puente Aranda	34,5	28,5	27,5



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	2016 15 a 19 años	2017 15 a 19 años	2018 15 a 19 años
Candelaria	60,1	63,3	47,6
Rafael Uribe	60,8	58,7	49,9
Ciudad Bolívar	62,7	55,3	52,1
Sumapaz	21,6	29,3	26,0
TOTAL	43,8	38,5	38,7

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. - finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. -Preliminares

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema.

Al analizar la distribución de los nacimientos en mujeres de 15-19 años según régimen de afiliación se evidencia que el mayor número de nacimientos se concentran en el régimen Contributivo, seguido del subsidiado y no asegurado, comportamiento similar al presentado en mujeres de 10-14 años.

Tabla 64. Nacimientos en adolescentes grupo de 15-19 años según Régimen de Seguridad Social. Bogotá D.C 2016-2018

RÉGIMEN	2016	2017	2018
Subsidiado	5262	4993	4440
Contributivo	7495	6452	5275
Especial	0	0	1
Excepción	192	163	118
No Asegurado	808	428	841
Sin Información	0	0	0
Total	13757	12036	10675

FUENTE 2016-2017.-Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. - finales
FUENTE 2018: Aplicativo -RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico. -Preliminares

24. Número de casos de interrupción del embarazo en cumplimiento a la sentencia C-355 para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades
- c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema
- d. Desagregado por edad gestacional





En cumplimiento de las Sentencias C-355 de 2006 y T-841 de 2011 emitidas por la Corte Constitucional, así como de los lineamientos sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dictados por la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, asimismo, genera lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud en interrupción voluntaria del embarazo (IVE) con la Circular 0043 del 30 de noviembre de 2012, enunciada por esta Secretaría con Registro Distrital de Publicación Número 5152 del 5 de julio de 2013 y la Circular 001 de 2014, con el fin de garantizar el sistema de información mediante el adecuado registro y codificación de las intervenciones y prestación de servicios de salud en los (RIPS), en la atención del Derecho Fundamental de la IVE. Por lo anterior, el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud consolida la información de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde el año 2014. Dentro del proceso de control de calidad de la información transcurren 12 o más meses luego de terminado un año específico para que la información de sus bases de datos pueda ser consideradas definitivas; la información del año 2017 y 2018 es preliminar.

Al analizar interrupción voluntaria del embarazo por la clasificación de la sentencia C-355, en Bogotá D.C., durante el periodo 2016 a 2018 se presentaron un total de 28.432 IVE que equivale a una proporción de prevalencia de 3,15IVE por 1.000 mujeres entre 10 a 59 años; de estas, el 99,64% es por presentar un peligro para la vida o salud de la mujer, seguido por el 0,21% la existencia de malformación congénita y un 0,15% por acceso carnal violento. Año 2017 y 2018 preliminar.

Tabla 65 Interrupción voluntaria del embarazo en Bogotá D.C. por causal legal, 2014- 2018

Causal Principal	2016	2017	2018
Conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia del óvulo fecundado no consentidas, o de incesto	24	15	4
Grave malformación del feto que haga inviable su vida	31	18	11
Peligro para la vida o la salud de la mujer	10.893	9.982	7.454
Total General	10.948	10.015	7.469
Proporción de prevalencia por 1.000 mujeres entre 10 a 59 años	3,66	3,32	2,46

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2018/12/28)

En Bogotá D.C. durante el 2014 -2018 se realizaron 40.944 Interrupciones Voluntarias del Embarazo; Analizando por las localidades de atención con mayor proporción de eventos son Usaquén con 69,07%, Teusaquillo con 6,05% y Suba un 3,90%; estas acumulan el 79% del total de la IVE que se presentan.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 66 Interrupción voluntaria del embarazo en Bogotá D.C. por localidad de residencia, 2014- 2018

Localidad de Residencia	2016	2017	2018	Total
Antonio Nariño	77	17	0	94
Barrios Unidos	129	29	0	158
Bosa	431	77	0	508
Candelaria	33	9	0	42
Chapinero	334	45	0	379
Ciudad Bolívar	402	121	20	543
Engativá	707	152	0	859
Fontibón	326	42	0	368
Kennedy	792	156	1	949
Los Mártires	65	14	0	79
Puente Aranda	227	42	0	269
Rafael Uribe	258	46	0	304
San Cristóbal	342	63	4	409
Santa Fe	98	17	0	115
Suba	874	203	32	1.109
Sumapaz	1	0	0	1
Teusaquillo	1.672	48	0	1.720
Tunjuelito	202	39	0	241
Usaquén	3.604	8.628	7.406	19.638
Usme	218	44	0	262
Otra	156	223	6	385

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2018/12/28)

Analizando por grupo etario, en Bogotá D.C del total de los casos presentados durante el periodo 2016 al 2018; de estos el 0,6% son del grupo edad de 10 a 14 años, un 15,7% el grupo edad de 15 a 19 años, un 30,4% el grupo de 20 a 24 años, un 23,5% el grupo de 25 a 29 años, un 15,5% 30 a 34 años, un 10,1% el grupo de 35 a 39 años, un 3,8% el grupo de 40 a 44 años y el 0,4% el grupo de 45 a 59 años.

Tabla 67 Interrupción voluntaria del embarazo por grupo de edad, 2016-2018

Edad	2016	2017	2018
De 10 a 14 años	72	73	39
De 15 a 19 años	1.728	1.664	1.061
De 20 a 24 años	3.349	2.942	2.351
De 25 a 29 años	2.517	2.356	1.798
De 30 a 34 años	1.731	1.555	1.125
De 35 a 39 años	1.077	1.033	774
De 40 a 44 años	439	347	284
De 45 a 59 años	35	45	37

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2018/12/28)





V. Mortalidad General

25. Tasa de mortalidad general para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

La tasa de mortalidad general para Bogotá en el año 2016 fue de 397,5 por 100.000 habitantes y para el 2017 fue de 396,6 por 100.000 habitantes.

Tabla 68. Tasa de mortalidad general Bogotá. Años 2016, 2017.

AÑO	2016		2017	
	Número muertes	Tasa por 100.000 Hab.	Número muertes	Tasa por 100.000 Hab.
TOTAL	31720	397,5	32051	396,6

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

b. Desagregado por sexo

La mortalidad general presentada en Bogotá según el sexo demuestra que se presentaron más mortalidades en el sexo masculino que en el femenino en ambos años.

Tabla 69. Tasa de mortalidad general Bogotá por sexo. Años 2016, 2017.

AÑO	2016				2017			
	HOMBRES	MUJERES	INDETER-MINADO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	INDETER-MINADO	TOTAL
TOTAL	16547	15172	1	31720	16496	15554	1	32051

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

c. Desagregado por localidades

Para los años 2016 y 2017 las tasas más altas se presentaron en las localidades de Santa Fe (638,1) y (699,6), Candelaria (636,2) y (686,3), los Mártires (602,4) y (645,6), Chapinero (581,3) y (644,6) y Puente Aranda (579,4) y (606,1).



Tabla 70. Tasa de mortalidad general Bogotá por localidades. Años 2016, 2017.

LOCALIDADES		2016		2017	
		Número muertes	Tasa por 100.000 Hab.	Número muertes	Tasa por 100.000 Hab
1	USAQUEN	2378	502,8	2498	526,8
2	CHAPINERO	738	581,3	816	644,6
3	SANTAFE	616	638,1	666	699,6
4	SAN CRISTOBAL	1880	474,3	1834	465,1
5	USME	1238	367,2	1238	364,0
6	TUNJUELITO	934	492,8	933	496,4
7	BOSA	2199	310,1	2128	291,1
8	KENNEDY	3889	327,5	3850	318,5
9	FONTIBON	1324	328,1	1394	336,9
10	ENGATIVA	3456	395,8	3622	412,3
11	SUBA	3875	309,8	4317	336,5
12	BARRIOS UNIDOS	908	344,1	946	354,2
13	TEUSAQUILLO	762	541,3	924	657,8
14	MARTIRES	567	602,4	605	645,6
15	ANTONIO NARINO	547	500,6	565	517,1
16	PUENTE ARANDA	1305	579,4	1345	606,1
17	CANDELARIA	144	636,2	154	686,3
18	RAFAEL URIBE	1823	515,3	1711	487,5
19	CIUDAD BOLIVAR	2293	318,6	2203	300,2
20	SUMAPAZ	11	150,1	13	174,3
SIN LOCALIDAD		833		289	
TOTAL		31720	397,5	32051	396,6

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Por tipo de seguridad en ambos años la mayor parte de las mortalidades se presentaron en el régimen contributivo, seguido del subsidiado como se muestra en la siguiente tabla.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 71. Casos de mortalidad general Bogotá por tipo de vinculación. Años 2016, 2017.

REGIMEN	2016	2017
CONTRIBUTIVO	18398	18779
SUBSIDIADO	8381	8506
EXCEPCION	1673	1711
ESPECIAL	115	113
NO ASEGURADO	1109	617
SIN INFORMACION	2044	2325
TOTAL	31720	32051

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUA-F-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

e. **Desagregado por el país de origen de la persona fallecida.**

Las estadísticas presentadas son de las mortalidades de origen y residencia de Bogotá, sin que se cuenta con la información solicitada.

VI. Mortalidad evitable

26. Casos y tasa de mortalidad en menores de 1 año para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

En cuanto a la mortalidad en menores de un año, presenta una reducción en el número de casos y tasa respectiva, en los últimos años. Para el año de 2018, se observa un descenso del 11.22 % (n=97) en el número total de casos de mortalidad infantil, con respecto al mismo periodo del año anterior 2017, (pasando de 864 casos a 767 casos), y una descenso del 17.25 %, respecto al 2016, con 160 casos menos. En términos de tasa, la mortalidad infantil Distrital acumulada para el año 2018 es de 8,8 casos por 1000 NV mientras los años 2016 y 2017 se ubicó en 9.4 casos por 1000 NV.

Es importante mencionar que el denominador de Nacidos Vivos para el Distrito Capital, presenta una diferencia de 4.705 nacidos menos pasando de 92.054 NV en diciembre de 2017 a 87.349 en 2018.



Tabla 72. Casos y Tasa de Mortalidad en menores de un año. Bogotá D.C. Año 2016- 2018*.

Mortalidad Infantil	Año 2016	Año 2017	Año 2018*
Total casos	927	864	767
Tasa por 1000 Nacidos Vivos	9,4	9,4	8,8

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

b. Desagregado por sexo

De acuerdo al sexo, para los hombres se evidencia al año 2018, una disminución de 82 casos, respecto al año 2016. Para las mujeres se registra en el año 2018, respecto al año 2016, una disminución de 81 casos. Los porcentajes de predominio por sexo, siguen la misma tendencia en los tres años analizados. De la totalidad de las 767 muertes registradas para el año 2018, el 57.49% corresponde al sexo masculino y el 42.12% al sexo Femenino, y el 0.39% a sexo indeterminado.

Tabla 73 . Mortalidad en menores de un año desagregada por sexo. Bogotá D.C., año 2016 – 2018*.

AÑO	SEXO			TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	INDETERMINADO	
2016	523	404	0	927
2017	500	364	0	864
2018	441	323	3	767

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018 FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

c. Desagregado por localidades

De acuerdo a la localidad de residencia, para el periodo analizados, los casos se concentran en las localidades de Kennedy (Año 2016:131 casos, año 2017: 133 casos y año 2018:98 casos), Suba (Año 2016:135 casos, año 2017: 125 casos y año 2018:97 casos), Ciudad Bolívar (Año 2016:113 casos, año 2017: 76 casos y año 2018:99 casos), Bosa (Año 2016:88 casos, año 2017: 78 casos y año 2018: 59 casos), y Engativá (Año 2016:83 casos, año 2017: 74 casos y año 2018:65 casos). De manera general, las localidades de Ciudad Bolívar, Chapinero y Usme presentaron aumento en el número de casos en el 2018 respecto al año anterior.



Tabla 74 . Casos y Tasa de Mortalidad Infantil por localidad. Bogotá D.C., años 2016 – 2018*

LOCALIDAD	2016		2017		2018	
	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV	Número muertes	Tasa por 1000 NV
Usaquén	43	6,91	43	7,25	41	7,50
Chapinero	7	3,42	6	3,04	14	8,42
Santafé	13	9,54	22	14,00	18	11,60
San Cristóbal	54	9,33	59	11,32	43	9,16
Usme	54	9,80	51	9,80	60	12,04
Tunjuelito	30	11,46	36	14,88	13	5,60
Bosa	88	8,74	78	8,28	59	6,43
Kennedy	131	9,27	133	9,95	98	7,92
Fontibón	29	6,88	42	11,13	22	5,93
Engativá	83	9,43	74	9,05	65	8,15
Suba	135	9,82	125	9,43	97	8,02
Barrios Unidos	13	8,36	10	6,89	9	6,77
Teusaquillo	5	4,00	14	11,73	11	9,53
Mártires	10	9,14	13	12,49	9	8,33
Antonio Nariño	17	13,88	7	6,82	7	7,64
Puente Aranda	22	7,72	22	9,05	17	7,45
Candelaria	2	7,66	5	14,79	2	7,33
Rafael Uribe	46	8,55	42	8,96	37	7,98
Ciudad Bolívar	113	11,54	76	8,12	99	10,57
Sumapaz	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sin Dato De Localidad	32	0,00	6	0,00	46	0,00
Total	927	9,4	864	9,4	767	8,8

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

De acuerdo a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la tendencia evidencia que, para los tres años, el mayor porcentaje corresponde a menores afiliados al régimen contributivo con el 60,48% (n=1.547



casos), seguido del régimen subsidiado con el 22,75% (n=582 casos) y de menores no asegurados con el 9,85% (n=252 casos), el porcentaje restante se agrupa los del régimen de excepción y sin información del mismo.

Tabla 75. Mortalidad en menores de un año desagregada por vinculación al SGSSS Bogotá D.C., años 2016 – 2018*

Afiliación al SGSSS	2016		2017		2018		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	589	63,55%	554	64,12%	404	52,67%	1547	60,48%
No Asegurado	38	4,10%	40	4,62%	174	22,70%	252	9,85%
Subsidiado	214	23,10%	198	22,91%	170	22,16%	582	22,75%
Excepción	15	1,60%	23	2,66%	19	2,47%	57	2,23%
Sin Información	70	7,55%	49	5,69%	0	0,00%	119	4,65%
Especial	1	0,10%	0	0	0	0,00%	1	0,04%
TOTAL	927	100,00%	864	100,00%	767	100,00%	2558	100,00%

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018 FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

e. Caracterización de los casos

Analizando la distribución etiológica mediante la clasificación 667 de causas de defunción, podemos evaluar para el año 2018, que las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, representan el 27.77% de los casos (n=213), seguida por el diagnóstico “resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal”, clasificación diagnóstica que encierra entre otros diagnósticos, la enterocolitis necrozante, hemorragia intraventricular, hipertensión y convulsiones neonatales entre otras. Este grupo diagnóstico presenta el 14.47% con (n= 111) casos. Como tercer grupo diagnósticos y con un porcentaje equivalente a 12.38% con (n=95) casos, se encuentra los “trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal”, compuesto por hallazgos diagnósticos de insuficiencia respiratoria del recién nacido, neumotórax originado en el periodo perinatal, asfixia del nacimiento, no especificada, neumonía congénita de organismo no especificado, aspiración neonatal de meconio, líquido amniótico y de moco, para mencionar algunas. La sepsis bacteriana del recién nacido tiene para el 2018, 80 casos reportados hasta el momento con un porcentaje de 10.43%. Las causas asociadas a Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento tiene 76 casos con una ponderación porcentual de 9.9%, grupo en el cual se clasifica la afectación del Feto y recién nacido por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas, afección por corioamnionitis, por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios, por ruptura prematura de las membranas y la afección por prolapso del cordón umbilical, por enumerar algunas.

En la siguiente tabla se realiza un análisis comparativo teniendo en cuenta los años 2016, 2017 y 2018, para las seis primeras causas agrupadas, donde se puede evidenciar que las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, representan la mayor prevalencia en cada uno de los años, con descenso desde el año de 2016, pasando de 229 casos con un porcentaje de 25.6% a 213 casos con un 27.7% para el año 2018.



Tabla 76. Análisis de mortalidad infantil según clasificación 667 para los años 2016 a 2018

CAUSAS MORTALIDAD INFANTIL CLASIFICACION 667	AÑO 2016		AÑO 2017		AÑO 2018	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	229	25,60%	249	30,40%	213	27,77%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	119	13,30%	115	14,00%	111	14,47%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	134	15,00%	114	13,90%	95	12,38%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	86	9,60%	72	8,80%	80	10,43%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	89	10%	86	10,50%	76	9,90%
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	64	7,20%	47	5,70%	64	8,34%

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018 FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia”, la Ley 1804 de 2016 “Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre”, la Política de Infancia y Adolescencia en Bogotá 2011 – 2021 y el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos 2016-2020”; implementó un modelo de atención en salud fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales y se orienta a garantizar el derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito Capital con especial atención de los niños y las niñas de la ciudad.

De igual forma participó en el desarrollo de la estrategia distrital para la atención integral de niñas y niños en el marco de la Ruta Integral de Atenciones (RIA), definida como: “la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas, con la oferta de servicios disponible y con características de las niñas y los niños en sus respectivos contextos”.

Desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y de Gestión de la Salud Pública, se desarrollan acciones por espacio de vida cotidiana (vivienda, público, educativo, trabajo) y acciones transversales que incluyen gestión de programas y acciones de interés en salud pública, vigilancia en salud pública y gobernanza. Estas acciones se integran con la Ruta Integral de Atenciones (RIA) y están orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo (individual y colectivo).





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En el marco de estas acciones se ha realizado la identificación y atención integral de niños y niñas con riesgos específicos dentro de los cuales se encuentran: esquema de vacunación incompleto para la edad, menores de un mes sin control del recién nacido, menores de un año sin control de crecimiento y desarrollo, menores con bajo peso al nacer (<2.500 gramos), menores de 37 semanas de gestación sin control en plan canguro o controles inadecuados, menores en riesgo de desnutrición, menores con defectos congénitos, menores con signos y síntomas de enfermedad diarreica aguda o enfermedad respiratoria aguda, menores con factores de riesgo para cualquier violencia y menores con alteraciones del desarrollo, entre otros.

110

Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se desarrollaron 1.390 asistencias técnicas en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, partiendo del fortalecimiento de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como herramienta para mejorar la salud de la niñez. Del total de IPS, 303 han avanzado en la implementación del seguimiento a cohortes con riesgos específicos.

De igual forma se realizaron 463 asistencias técnicas en 343 IPS con sala ERA y 301 asistencias técnicas en IPS con estrategia de sala ERA. A partir de estas asistencias se formularon 115 planes de mejoramiento.

Adicionalmente se participó en 33 COVES de mortalidad en menores de 1 año, de los cuales se formularon 42 planes de mejora y se realizaron 117 seguimientos.

Con relación a las IPS que atienden partos, 311 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo y 175 tienen implementadas estrategias de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.

A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias así: 742 casos en menores de 1 año identificados y gestionados con EAPB por los siguientes riesgos: niño o niña menor de un mes sin control del recién nacido; niño o niña mejor de un año con bajo peso al nacer (2500gr); niño o niña menor de 37 semanas de gestación, sin control en plan canguro o controles inadecuados; niño o niña hasta 6 meses sin lactancia materna exclusiva con alertas; niño o niña menor de 1 año sin control médico en el último semestre con riesgo de desnutrición; niño o niña con esquema de vacunación incompleto para la edad; niño o niña con signos y síntomas de enfermedad diarreica aguda (EDA); niño o niña con signos y síntomas de enfermedad respiratoria aguda (ERA) sin tratamiento o seguimiento en Sala ERA; niño o niña hijo de madre que en gestación se confirmó o se sospechó una enfermedad transmitida por vectores sin seguimiento; menor de un año con diagnóstico de malformaciones congénitas mayores sin seguimiento; niño o niña con caries gingivitis, procesos infecciosos, cavidades o manchas dentales.

Adicionalmente se cualificaron 4.100 profesionales de la salud en temas relacionados con: infección respiratoria aguda; cáncer infantil; atención integral e identificación integral del riesgo; enfermedad diarreica aguda; prevención de accidentes caseros, violencia y maltrato; pautas de crianza; valoración del neurodesarrollo; lactancia materna; higiene de manos y etiqueta de tos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Espacio de Vivienda, se identificaron 14.127 familias con 9.987 niños y niñas menores de 1 año y 13.855 familias con 5.605 niños y niñas de 1 a 5 años. Con estas familias se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI comunitario). Se realizó el abordaje de prácticas relacionadas con: afecto, cariño y estimulación temprana; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; alimentación del niño enfermo en el hogar; atención a la mujer gestante; buen trato y cuidado permanente de los niños; suministro de micronutrientes al niño; fomento de la lactancia materna exclusiva; vacunación; identificación de signos de peligro; salud oral; prevención de accidentes en el hogar; saneamiento básico; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y tratamiento en casa del niño enfermo.

Espacio público, se concertaron 90 grupos de iniciativas comunitarias y se implementaron 142 grupos nuevos. Se evaluaron 83 iniciativas comunitarias. 2.194 personas, 398 líderes comunitarios y 148 organizaciones y/o redes sociales en salud participaron en iniciativas comunitarias y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario.

Vigilancia en Salud Pública, se realizaron 2.459 mantenimientos a UPGDs, con énfasis en la vigilancia de la mortalidad evitable (SISVAN-SIVIGILA) y se capacitaron 6.485 profesionales en protocolos de atención de eventos causantes de mortalidad infantil. De igual forma se realizaron 164 análisis de mortalidad.

- ***Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual***

Dentro de las acciones que se desarrollaron desde la gestión del riesgo individual para reducir la mortalidad en menores de un año, se implementan 5 puntos estratégicos así:

- ✚ Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud- RPMS, momento curso de vida primera infancia, se adelantó la contextualización y seguimiento al proceso de adopción y adaptación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en IPS públicas y privadas priorizadas, sensibilizando al talento humano en la importancia de la atención integral en salud, la educación en buenas practicas, la identificación de alertas tempranas para cuidadores, así como la identificación de pacientes con riesgo, con el fin de fortalecer la atención de los menores de un año y así reducir la mortalidad.
- ✚ Lactancia Materna, se realizaron visitas de asistencia técnica a IPS públicas y privadas priorizadas, con el fin de fomentar la lactancia materna como factor protector para disminuir mortalidad, adicionalmente se realizó la socialización y seguimiento a la implementación de la estrategia de Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral- IAMII, que contribuyan al cumplimiento de los 10 pasos de una lactancia materna exitosa.
- ✚ Programa Madre Canguro, teniendo en cuenta el riesgo de la prematurez y el bajo peso al nacer para la mortalidad de los niños menores de 1 año, se brindó asistencia técnica a las IPS, que tienen implementado el Programa, para el seguimiento a la calidad de la atención, la adherencias al lineamiento del Programa Madre canguro y para el monitoreo de los indicadores del lineamiento, orientando las acciones y fortaleciendo las competencias del Talento Humano de las IPS, así como los proceso y procedimientos institucionales,



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

relacionados con la atención de los pacientes prematuros y de bajo peso al nacer hasta el año de vida y así reducir la mortalidad.

- ✚ Seguimiento a la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda- IRA en menores de 5 años, se adelantaron vistas de asistencia técnica a las IPS priorizadas en el marco del plan de choque por mortalidad por IRA en menores de 5 años, haciendo seguimiento a la adherencia a guías de práctica clínica de Infección Respiratoria Aguda, según evento presentado y posible causa del mismo, se establecen acciones de mejora para la IPS, las cuales fueron objeto de seguimiento periódico por parte del grupo de infancia de la Dirección de Provisión de servicios de salud y Vigilancia en Salud Pública.
- ✚ Asistencia técnica en las 20 EAPB del Distrito Capital, para la adopción y adaptación para la implementación de la Ruta de Alteraciones Nutricionales en el evento de desnutrición aguda en menores de cinco años; Visitas de asistencia a IPS públicas y privadas en el marco del plan de choque, realizando seguimiento a la adherencia a la resolución 5406 de 2015 en los casos notificados de desnutrición aguda moderada y severa; jornadas de fortalecimiento de competencias del talento humano para el manejo de la desnutrición aguda a profesionales de la salud que intervienen en el manejo de esta patología.

112

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

27. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

El análisis de la mortalidad en menores de cinco años, demuestra una reducción en el número de casos y tasa respectiva en los años 2016 a 2018. Para el año de 2018, se observa un descenso del 13.42% (n=138) en el número total de casos de mortalidad infantil, con respecto al mismo periodo del año 2017. Frente al año 2016, se registra para 2018 un descenso del 19.52% (n=216 en el número total de casos de mortalidad en menores de 5 años, pasando de 1.106 casos a 890 casos.

En términos de tasa, la mortalidad en menores de cinco años para el año 2018 es de 10.2 por 1000 NV, mientras los años anteriores se ubicó en 11.2 por 1000 NV.

Es importante mencionar que el denominador de Nacidos Vivos para el Distrito Capital, presenta una diferencia de 4.705 nacidos menos, pasando de 92.054 NV en 2017 a 87.349 en 2018.



Tabla 77. Casos y Tasa de Mortalidad en menores de cinco años Bogotá D.C., Años 2016 – 2018*.

Mortalidad menores de cinco años	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Total casos	1106	1028	890
Tasa por 1000 Nacidos Vivos	11,2	11,2	10,2

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

b. Desagregado por sexo

Para el año 2016, el 56.6%, corresponde al sexo masculino, y el 43.40% al sexo Femenino del total de las 1.106 muertes en menores de cinco años registradas en este periodo. Para el años 2018, de la totalidad de las 890 muertes registradas, en los menores de cinco años, el 57.08%, corresponde al sexo masculino, el 42.58% al sexo Femenino, y un 0.34% a sexo indeterminado.

Desagregado por sexo en los menores de cinco años hombres, se evidencia al año 2018, una disminución de 118 casos, respecto al año 2016, lo que porcentualmente equivale a 18.84%, del total de casos registrados. Respecto al año 2017, evidencia esta reducción, un total de 100 casos (n=100), con descenso porcentual de 16.44%. Para las mujeres se registra en el año 2018, respecto al año 2016, una disminución de 101 casos, con equivalencia en su descenso porcentual a 21.41%, mientras que comparado con el año 2017, se evidencia descenso de 41 casos menores mujeres fallecidas, representando un 9.7% en descenso porcentual.

Tabla 78. Casos de mortalidad en menores de cinco años según sexo. Bogotá D.C., Años 2016 – 2018*.

AÑO	HOMBRES	MUJERES	INDETERMINADO	TOTAL	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV
2016	626	480	0	1106	11,2
2017	608	420	0	1028	11,2
2018	508	379	3	890	10,2

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)



c. Desagregado por localidades

La mortalidad en menores de 5 años para los años 2017 y 2018, continua en descenso, evidenciándose para el año 2017 1028 casos con una tasa de mortalidad de 11.2 por 1000 NV y el año 2018 con 890 casos y una tasa de mortalidad de 10.2 por 1000 NV.

La disminución en el número de casos acumulados para el año de 2018, se evidencia en principalmente localidades de: Santafé, San Cristóbal, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Mártires, Candelaria, Rafael Uribe.

La localidad de Bosa registra 66 casos a 2018, respecto a 97 casos de mortalidad infantil acumulados en el año 2017, con una tasa de mortalidad que pasa de 10.3 en 2017 a 7.2 por 1000 NV en el año 2018. La localidad de Suba también presenta una disminución considerable de casos pasando de 146 en 2017 a 112 casos para 2018, con una tasa en descenso de 11,0 a 9.3 por 1000 NV respectivamente.

La localidad de Fontibón, desciende de 50 casos en 2017 a 24 casos para el año de 2018, con disminución en la tasa de mortalidad de 13.2 a 6.5 por 1000 NV.

La localidad de Ciudad Bolívar presenta ascenso en el número de casos registrados para mortalidad en menores de cinco años, pasando de 94 casos en 2017 a 110 casos en el 2018, con una tasa de mortalidad de 10.0 a 11.7 por 1000 NV.

La localidad de Usme presenta leve ascenso en el número de casos registrados para mortalidad infantil, pasando de 63 casos en el año 2017 a 66 casos acumulados en el 2018.

Tabla 79. Caso y razón de mortalidad en menores de cinco años según localidad de residencia, Bogotá, D.C, año 2016-2018

LOCALIDADES	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV
1 USAQUEN	50	8,0	49	8,3	49	9,0
2 CHAPINERO	12	5,9	11	5,6	17	10,2
3 SANTA FE	18	13,2	26	16,5	20	12,9
4 SAN CRISTOBAL	65	11,2	71	13,6	55	11,7
5 USME	65	11,8	63	12,1	66	13,2
6 TUNJUELITO	35	13,4	39	16,1	15	6,5



LOCALIDADES	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV	Número muertes	Razón Mortalidad en menores de 5 años por 1000 NV
7 BOSA	105	10,4	97	10,3	66	7,2
8 KENNEDY	149	10,5	150	11,2	117	9,5
9 FONTIBON	32	7,6	50	13,2	24	6,5
10 ENGATIVA	101	11,5	90	11,0	75	9,4
11 SUBA	156	11,3	146	11,0	112	9,3
12 BARRIOS UNIDOS	16	10,3	10	6,9	9	6,8
13 TEUSAQUILLO	8	6,4	15	12,6	11	9,5
14 MARTIRES	14	12,8	15	14,4	11	10,2
15 ANTONIO NARINO	19	15,5	8	7,8	9	9,8
16 PUENTE ARANDA	26	9,1	26	10,7	22	9,6
17 CANDELARIA	2	7,7	8	23,7	2	7,3
18 RAFAEL URIBE	55	10,2	49	10,5	43	9,3
19 CIUDAD BOLIVAR	138	14,1	94	10,0	110	11,7
20 SUMAPAZ	-	0,0	-	0,0	0	0,0
SIN LOCALIDAD	40	-	11	-	57	-
Total	1106	11,2	1028	11,2	890	10,2

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En el análisis de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para el año de 2018 el 50.33% (n=448) de los menores de cinco años fallecidos pertenecía al Régimen Contributivo, el 25.94% (n=222) pertenece a Población vulnerable sin afiliación al SGSSS, 22.13% (n=197) al Régimen Subsidiado, el 2.3% (n=21) presenta afiliación al Régimen de Excepción y el 0.22 % (n=2) se registra sin información.



Tabla 80. Caso de mortalidad en menores de cinco años según régimen de afiliación, Bogotá, D.C, año 2016-2018

AFILIACION SGSSS	AÑOS					
	2016		2017		2018	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contributivo	687	62,11%	627	60,99%	448	50,33%
No Asegurado	49	4,45%	227	22,08%	222	24,94%
Subsidiado	255	23,05%	31	3,01%	197	22,13%
Excepción	22	2,00%	43	4,20%	21	2,30%
Sin Información	92	8,30%	100	9,72%	2	0,22%
Especial	1	0,09%	0	0	0	0
TOTAL	1106	100,00%	1028	100,00%	890	100,00%

Fuente. 2016 y 2017: Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018) y (año 2017 fecha de publicación DANE 28-12-2018)

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Realizada la evaluación y seguimiento a las Unidades de Análisis integrales para la mortalidad en menores de cinco años, existen factores comunes en estos hallazgos, con nexos causales que se asocian a la prevalencia de la mortalidad.

Estos factores principalmente pueden definirse como:

- No identificación oportuna del riesgo y su evolución, por desconocimiento del problema por parte del paciente o cuidador (Factores de riesgo y signos de alarma)
- Practicas intradomiciliarias inadecuadas que puedan ser modificables por la familia, tales como la exposición a humo de cigarrillo, prácticas de higiene personal y del hogar, así como disposición inadecuada habitual de residuos y agua.
- Medidas de bioseguridad inadecuadas con causales de noxa de contagio por parte de familiares directos y permisividad de visitas portadoras de infección.
- Falta de adherencia a los programas de control y de atención integral especialmente en enfermedades respiratorias.
- Deficientes estrategias de demanda inducida por parte de los actores del sistema, especialmente para las consultas del recién nacido y controles de crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, así como la falta o la deficiente caracterización a su población.
- Debilidad en el trabajo articulado e integral entre las diferentes administradoras de planes de beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, UPSS.



- Falta de oportunidad en la disponibilidad y eficiencia en el transporte y/o incumplimiento en los estándares de tiempo establecido para el traslado en ambulancia por parte de entre las diferentes administradoras de planes de beneficios.
- Demora en la oportunidad de consulta a especialistas o servicios de mayor complejidad por parte de las diferentes administradoras de planes de beneficios.
- No valoración integral de los menores consultantes para la identificación del riesgo por parte de los prestadores del servicio, y no aplicación y adopción de las estrategias de Atención Integral para enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, en menores de 5 años entre otros.
- No adherencia a los protocolos de manejo o guías de atención integral establecidas, por parte de los prestadores en los diferentes servicios.
- Debilidad en el asertividad y en las estrategias de educación, en la información y comunicación al paciente, y al cuidador para la identificación del riesgo, así como de los signos de alarma, del manejo y seguimiento de la patología, y de la condición actual y la prevención de las complicaciones.

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia”, la Ley 1804 de 2016 “Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre”, la Política de Infancia y Adolescencia en Bogotá 2011 – 2021 y el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos 2016-2020”, implementó un modelo de atención en salud fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales y se orienta a garantizar el derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito Capital con especial atención de los niños y las niñas de la ciudad.

De igual forma participó en el desarrollo de la estrategia distrital para la atención integral de niñas y niños en el marco de la Ruta Integral de Atenciones (RIA), definida como: “la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas, con la oferta de servicios disponible y con características de las niñas y los niños en sus respectivos contextos”.

Desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y de Gestión de la Salud Pública, se desarrollan acciones por espacio de vida cotidiana (vivienda, público, educativo, trabajo) y acciones transversales que incluyen gestión de programas y acciones de interés en salud pública, vigilancia en salud pública y gobernanza. Estas acciones se integran con la Ruta Integral de Atenciones (RIA) y están orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo (individual y colectivo).

En el marco de estas acciones se ha realizado la identificación y atención integral de niños y niñas con riesgos específicos dentro de los cuales se encuentran: esquema de vacunación incompleto para la edad, menores de un mes sin control del recién nacido, menores de un año sin control de crecimiento y desarrollo, menores con bajo peso al nacer



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

(<2.500 gramos), menores de 37 semanas de gestación sin control en plan canguro o controles inadecuados, menores en riesgo de desnutrición, menores con defectos congénitos, menores con signos y síntomas de enfermedad diarreica aguda o enfermedad respiratoria aguda, menores con factores de riesgo para cualquier violencia y menores con alteraciones del desarrollo, entre otros.

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se desarrollaron 1.390 asistencias técnicas en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, partiendo del fortalecimiento de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como herramienta para mejorar la salud de la niñez. Del total de IPS, 303 han avanzado en la implementación del seguimiento a cohortes con riesgos específicos.

De igual forma se realizaron 463 asistencias técnicas en 343 instituciones con sala ERA, a partir de las cuales se formularon 59 planes de mejoramiento y 301 asistencias técnicas en IPS con estrategia de sala ERA, en las cuales se formularon 56 planes de mejoramiento.

Adicionalmente se participó en 19 COVES de mortalidad en menores de 5 años, formulando 13 planes de mejora y se realizaron 80 seguimientos a IPS relacionadas con eventos de mortalidad en menores de 5 años. Se hizo seguimiento a 1 plan de mejora resultante de los COVES de mortalidad.

311 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo hasta el ingreso a programa madre canguro. 175 IPS tienen estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva. Se realizaron 66 seguimientos a casos de menores de 5 años pertenecientes a etnias, hospitalizados por cualquier enfermedad prevalente de la infancia, para su respectivo acompañamiento, direccionando a 48 de ellos para seguimiento por espacio vivienda.

A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias así: 395 casos prioritarios identificados y gestionados con EAPB, por tener esquema de vacunación incompleto para la edad.

Desde el Espacio de Vivienda, se identificaron 13.855 familias con 5.605 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados así: 406 niños y niñas con esquema de vacunación incompleto, 951 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, 67 niños y niñas con signos y síntomas de EDA, 838 niños y niñas con desnutrición aguda, 379 niños y niñas con factores de riesgo para cualquier violencia, 155 niños y niñas con alteraciones del desarrollo, 12 niños y niñas con signos de peligro de muerte. Con estos niños y sus familias se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI comunitario), trabajando prácticas relacionadas con: fomento de la lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; suministro de micronutrientes al niño; afecto, cariño y estimulación temprana; vacunación; saneamiento básico; prevención de malaria y dengue; prevención contra el VIH SIDA; salud oral; tuberculosis; alimentación del niño enfermo en el hogar; tratamiento en casa del niño enfermo; buen trato y cuidado permanente de los niños; participación del hombre en el





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

cuidado del niño y de la mujer gestante; prevención de accidentes en el hogar; identificación de signos de peligro; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y atención a la mujer gestante.

En hogares comunitarios de bienestar familiar se identificaron: 8.955 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados así: 977 niños y niñas con esquema de vacunación incompleto, 7.412 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, 367 niños y niñas con signos y síntomas de EDA, 406 niños y niñas con desnutrición aguda, 321 niños y niñas con factores de riesgo para cualquier violencia, 814 niños y niñas con alteraciones del desarrollo, 5 niños y niñas con signos de peligro de muerte. Con estos niños, familias y cuidadores se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI comunitario), trabajando prácticas relacionadas con: fomento de la lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; suministro de micronutrientes al niño; afecto, cariño y estimulación temprana; vacunación; saneamiento básico; prevención de malaria y dengue; prevención de VIH SIDA; salud oral; tuberculosis; alimentación del niño enfermo en el hogar; tratamiento en casa del niño enfermo; buen trato y cuidado permanente de los niños; participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante; prevención de accidentes en el hogar; Identificación de signos de peligro; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y atención a la mujer gestante.

Desde el espacio público se concertaron 90 grupos de iniciativas comunitarias y se implementaron 142 grupos nuevos. Se evaluaron 83 iniciativas comunitarias. 2.194 personas, 398 líderes comunitarios y 148 organizaciones y/o redes sociales en salud participaron en iniciativas comunitarias y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario.

En Vigilancia en Salud Pública se realizaron 41 análisis de mortalidad evitable en niños y niñas de 1 a 4 años. Identificando hallazgos relacionados con las cuatro demoras.

- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

Dentro de las acciones que se desarrollaron desde la gestión del riesgo individual para reducir la mortalidad en menores de cinco años, estas se desarrollan en tres (3) puntos estratégicos:

- ✚ Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud- RPMS, momento curso de vida primera infancia, se adelantó la contextualización y seguimiento al proceso de adopción y adaptación de la RPMS en IPS públicas y privadas priorizadas, sensibilizando al talento humano en la importancia de la atención integral en salud, la educación en buenas practicas, la identificación de alertas tempranas para cuidadores, así como la identificación de pacientes con riesgo, con el fin de fortalecer la atención de los menores de un año y así reducir la mortalidad.
- ✚ Seguimiento a la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda- IRA en menores de 5 años, se adelantaron vistas de asistencias técnica a las IPS priorizadas en el marco del plan de choque por mortalidad por IRA en menores de 5 años, haciendo seguimiento a la adherencia a guías de práctica clínica de Infección Respiratoria Aguda, según evento presentado y posible causa del mismo, se establecen acciones de mejora





para la IPS, las cuales fueron objeto de seguimiento periódico por parte del grupo de infancia de la Dirección de Provisión de servicios de salud y Vigilancia en Salud Pública.

- Asistencia técnica en las 20 EAPB del Distrito Capital, para la adopción y adaptación para la implementación de la Ruta de Alteraciones Nutricionales en el evento de desnutrición aguda en menores de cinco años; Visitas de asistencia a IPS públicas y privadas en el marco del plan de choque, realizando seguimiento a la adherencia a la resolución 5406 de 2015 en los casos notificados de desnutrición aguda moderada y severa; jornadas de fortalecimiento de competencias del talento humano para el manejo de la desnutrición aguda a profesionales de la salud que intervienen en el manejo de esta patología.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud

28. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por IRA (Sin neumonía) para los años, 2016, 2017 y 2018.

- Total Bogotá
- Desagregado por localidades

En 2018 ocurrieron 23 muertes por IRA (dato preliminar) para una tasa de mortalidad de 0,3 por cada mil nacidos vivos, el 82.6% (n=19) de los fallecidos tenían menos de un año, frente a 17 muertes en el año 2017 para una tasa de 0.2.

Para el 2018 las localidades asociadas a mortalidad por IRA en menores de 5 años, en orden de mayor a menor número de casos reportados, fueron: Suba y Ciudad Bolívar con 17.5%(n=4) casos cada localidad, Antonio Nariño y Usme 8.8%(n=2) casos correspondientemente, Usaquén, Santafé, San Cristóbal, Bosa, Fontibón, Kennedy, Engativá y Barrios Unidos con 4.3%(n=1) caso correspondientemente para cada una de estas localidades. Se reportan 13.0% (n=3) casos sin datos.

Tabla 81. Número de casos y razón de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Bogotá Años 2016-2018.

Localidad	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Usaquén	0	0	1	0,2	1	0,2
Santafé	1	0,7	2	1,3	1	0,6
San Cristóbal	2	0,3	1	0,2	1	0,2
Usme	2	0,4	1	0,2	2	0,4



Localidad	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Tunjuelito	5	1,9	1	0,4	0	0,0
Bosa	4	0,4	1	0,1	1	0,1
Kennedy	4	0,3	4	0,3	1	0,1
Fontibón	0	0	0	0	1	0,3
Engativá	2	0,2	0	0	1	0,1
Suba	0	0	1	0,1	4	0,3
Barrios Unidos	0	0	1	0,7	1	0,8
Teusaquillo	0	0	0	0	0	0,0
Mártires	1	0,9	0	0	0	0,0
Antonio Nariño	0	0	0	0	2	2,2
Puente Aranda	0	0	1	0,4	0	0,0
Rafael Uribe	0	0	3	0,6	0	0,0
Ciudad Bolívar	5	0,5	0	0	4	0,4
Sin Localidad	0	0,0	0	0,0	3	10,7
Total Bogotá	26	0,3	17	0,2	23	0,3

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

En el año 2017 hubo 17 defunciones por IRA en menores de cinco años, las mismas ocurrieron en las siguientes localidades: Kennedy 23.5%(n=4 casos), Rafael Uribe 17,6%(n=3 casos), Santa Fe 11,7%(n=2 casos), Usaquén, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Suba, Barrios Unidos, Puente Aranda 5,9%(n=1 caso) en cada localidad.

En el año 2016 hubo 26 defunciones por IRA en menores de cinco años, las mismas ocurrieron en las siguientes localidades: Ciudad Bolívar y Tunjuelito 19,3%(n=5 casos) cada localidad, Bosa y Kennedy 15,5%(n=4 casos) cada localidad, San Cristóbal, Usme y Engativá 7,6%(n= 2 casos) cada localidad, Santa Fe Y Mártires 3,8%(n=1 caso) cada localidad.

c. Desagregado por sexo

En el 2018 el 60,8% (n=14) de las defunciones correspondieron a hombres y la razón niño/niña fue de 1,5. En el 2017 el 64,7% (n=11) de las defunciones correspondieron a hombres y la razón niño/niña fue de 1,8 y En el 2016 el 57,6% (n=15) de las defunciones correspondieron a Mujeres y la razón niño/niña fue de 0,7.



Tabla 82. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por sexo. Bogotá Años 2016-2018.

Localidad	2016			2017			2018		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Usaquén	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Santafé	0	1	1	2	0	2	0	1	1
San Cristóbal	2	0	2	0	1	1	1	0	1
Usme	1	1	2	1	0	1	2	0	2
Tunjuelito	2	3	5	0	1	1	0	0	0
Bosa	1	3	4	1	0	1	1	0	1
Kennedy	1	3	4	2	2	4	0	1	1
Fontibón	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Engativá	1	1	2	0	1	1		1	1
Suba	0	0	0	0	1	1	3	1	4
Barrios Unidos	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Teusaquillo	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mártires	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Antonio Nariño	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Puente Aranda	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Rafael Uribe	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Ciudad Bolívar	2	3	5	0	0	0	2	2	4
Sin Localidad	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Total Bogotá	11	15	26	11	6	17	14	9	23

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2018, el 43,5%(n=10) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años se encontraban afiliados al régimen contributivo, 34,8%(n=8) al subsidiado y 21,7%(n=5) eran pobres no asegurados. En 2017, el 58,8%(n=10) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años se encontraban afiliados al régimen contributivo, 29,5% (n=5) al subsidiado y 11,7% (n=2) eran pobres no asegurados. En 2016, el 46,2%(n=12) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años se encontraban afiliados al régimen contributivo, 42,4% (n=11) al subsidiado, 3,8%(n=1) al régimen de excepción y 7,6% (n=2) eran pobres no asegurados.





Tabla 83. Número de casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por tipo de afiliación. Bogotá Años 2016-2018

Localidad	2016					2017				2018			
	Contributivo	Subsidiado	excepción	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Total
Usaquén						1			1		1		1
Santafé				1	1	1	1		2		1		1
San Cristóbal		2			2			1	1		1		1
Usme	1	1			2	1			1	2			2
Tunjuelito	3	1		1	5		1		1				
Bosa	2	2			4	1			1		1		1
Kennedy	3		1		4	1	2	1	4	1			1
Fontibón										1			1
Engativá	2				2	1				1			1
Suba						1			1	2	1	1	4
Barrios Unidos									1	1			1
Teusaquillo													
Martiries		1			1								
Antonio Nariño										1	1		2
Puente Aranda						1			1				
Rafael Uribe						2	1		3				
Ciudad Bolívar	1	4			5					1	2	1	4
												3	3
Total Bogotá	12	11	1	2	26	10	5	2	17	10	8	5	23

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Los determinantes y patrones clínicos que pueden estar influyendo en la mortalidad por IRA de los niños menores de 5 años, según el análisis realizado a los casos notificados al sistema de vigilancia entre los años 2015 – 2018 con diagnóstico de causa básica de muerte por IRA, serían principalmente factores ambientales. Dentro este conjunto de factores, los más relacionados fueron: mala ventilación en la vivienda, presencia de noxa de contagio y cantidad de polución / material particulado medido en el aire.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Además, importante destacar que la mayoría de los casos eran menores cuya familia contaba con todos los servicios, sin embargo tenían escasos recursos socio-económicos y bajo nivel educativo de los padres para realizar la adecuada técnica de lavado de manos, uso de tapabocas e identificación de signos de peligro / gravedad para acudir oportunamente al servicio de urgencias.

En cuanto al acceso a servicios de salud, la mayoría de los casos analizados durante estos tres años fueron reingresos previos a la consulta, sin embargo, se relacionaron con consultas tardías (posteriores a las 24-72 horas del inicio de los síntomas) y requirieron traslado a niveles superiores de atención durante su hospitalización.

Dentro de los factores inherentes al niño o niña se observó que ser menor de 3 meses, presentar fiebre o dificultad respiratoria referida por los padres, hipoxemia en el momento del ingreso, paciente reconsultante, tener una hospitalización previa por IRA, o una patología previa de origen pulmonar o cardiovascular, ausencia de lactancia materna o esquema de vacunación incompleto fueron los factores de riesgo más asociados a mortalidad por ERA

Vivir en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa o San Cristóbal se encontraba como otro factor de riesgo

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Para el cumplimiento de las metas de reducción de mortalidad en menores de cinco años por IRA, la Secretaría Distrital de Salud tiene implementado un modelo de atención en salud, fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales.

Desde el plan de salud pública de intervenciones colectivas se desarrollan acciones por espacio de vida cotidiana (vivienda, público, educativo, trabajo) y acciones transversales que incluyen gestión de programas y acciones de interés en salud pública, vigilancia en salud pública y gobernanza. Estas acciones se integran con la Ruta Intersectorial de Atenciones para la Primera Infancia (RIAPI) y están orientadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos; así como la identificación y atención integral de niños y niñas con riesgos específicos dentro de los cuales se encuentran las infecciones respiratorias agudas.

De acuerdo a lo anterior en el marco de Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se han realizado las siguientes acciones:

- ✓ Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se desarrollaron 1.390 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas.
- ✓ De igual forma se realizaron 463 asistencias técnicas en 343 instituciones con sala ERA, a partir de las cuales se formularon 59 planes de mejoramiento y 301 asistencias técnicas en IPS con estrategia de sala ERA, en las cuales se formularon 56 planes de mejoramiento y se realizaron 30 seguimientos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



- ✓ Se socializó el programa de prevención manejo y control de la IRA en 194 IPS y se cualificaron en enfermedad respiratoria aguda 4.927 trabajadores de salud en 413 IPS. 2.182 en higiene de manos y 203 en aislamiento.
- ✓ Se implementó la estrategia salas ERA en 180 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se fortaleció el proceso de implementación de las estrategias de mejora de higiene de manos y etiqueta de tos en 510 IPS.
- ✓ Adicionalmente se participó en 17 COVES de mortalidad por IRA, de los cuales se formularon 11 planes de mejora y se realizaron 91 seguimientos a IPS relacionadas con eventos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.
- ✓ Con relación a menores de 5 años hospitalizados por Infección Respiratoria Aguda y pertenecientes a etnias, se realizaron 33 seguimientos y se direccionaron los menores para intervención por espacio vivienda.
- ✓ A través del módulo SIRC se realizó activación de ruta en 129 casos identificados en menores de 5 años, los riesgos por los cuales fueron activados son: niño o niña menor de 5 años sin control médico en el último semestre con riesgo de desnutrición; niño o niña menor de 5 años con signos y síntomas de enfermedad diarreica EDA con alertas; niño o niña menor de 5 años con signos y síntomas de ERA sin tratamiento o seguimiento en Sala ERA.
- ✓ En Vigilancia en Salud Pública Se cuenta con 670 salas ERA en la red de prestadores públicos y privados de la ciudad. Se notificaron 38.685 casos y se atendieron en sala ERA 26.671 menores de 5 años. 833 UPGD tuvieron asistencia técnica con énfasis en la vigilancia de IRA. Se capacitó un total de 3.346 profesionales en protocolos de atención de IRA y se realizaron 51 visitas de asistencia técnica a IPS centinela de IRAG.
- ✓ Desde el espacio público se han desarrollado 145 acciones itinerantes, en la temática: "Prevenir las infecciones respiratorias ¡salva vidas!"; con el objetivo de reducir los factores de riesgo de IRA, prevención, identificación de síntomas, técnicas del cuidado de salud. Se contó con la participación de 20.383 mujeres y 18.671 hombres y las jornadas se desarrollaron en los siguientes lugares parques, transmilenio, centros comerciales, universidades, escenarios deportivos.
- ✓ De igual forma se realizó conformación de 141 grupos agentes comunitarios en AIEPI Comunitarios en articulación con los siguientes espacios y sectores: Alcaldías locales; Comité de salud asociaciones comunitarias; Dirección de participación, COIS; ICBF; Juntas de Acción Comunal, Comités Salud; ONG'S; Secretaria de Integración Social.
- ✓ Desde el Espacio de Vivienda, se identificaron 10.843 familias con 784 niños y niñas con signos y síntomas de ERA, de los cuales se canalizaron 167 niños y niñas para atención en salud.

• **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

Las intervenciones realizadas desde la gestión del riesgo individual, se orientaron en brindar asistencia técnica a IPS priorizadas, las acciones incluyen:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Identificación de caso de paciente niño menor de 5 años que haya presentado infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico inferior 14 días de evolución y caracterizada por comienzo súbito de fiebre, malestar general, dolor de garganta, tos, secreción nasal, dificultad respiratoria en diferente grado que evoluciona hasta producir tiraje subcostal y dificultad respiratoria grave y muerte, por lo cual se realiza intervención institucional Inmediata e Integrada, en las primeras 72 horas posteriores al evento, se realiza análisis de caso y se establecen acciones de mejora para la IPS a las cuales se realiza seguimiento periódico, con el fin de reducir la Mortalidad Infantil en paciente menor de 5 años por causas prevenibles como la infección respiratoria aguda por neumonía, visibilizar ante la IPS la importancia del evento con miras a reducir la incidencia del mismo, identificar dificultades en los procesos de atención en salud con los cuales se puedan poner en marcha acciones que mejoren la misma. Identificar la ruta de atención al paciente con infección respiratoria aguda de cada IPS, brindar asistencia técnica para encontrar fortalezas y debilidades encaminadas a generar estrategias de mejoramiento continuo en la atención de los pacientes menores de 5 años con IRA.
- Veintinueve (29) visitas de plan de choque para Infección Respiratoria Aguda en diez y ocho (18) IPS públicas y privadas con el fin de realizar seguimiento, asistencia técnica en el manejo adecuado de esta patología.
- Diez y siete (17) unidades de análisis de mortalidad por IRA en menor de 5 Años a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud: Centro oriente (9 casos), Norte (7 casos), sur (5 casos) y suroccidente (5 casos), para identificación de demoras en las atención de las IPS, así como posterior seguimiento documental y presencial a los planes de mejoramiento, contribuyendo de esta forma con acciones que permitan fortalecer las competencias y habilidades así como los proceso y procedimiento relacionados con la atención de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda.
- Fortalecimiento de Competencias: Seis (6) jornadas de fortalecimiento de competencias del talento Humano donde se trataron temas inherentes a la atención de la infancia y adolescencia con la participación de 470 profesionales de la salud y docentes de las aulas hospitalarias. Adicionalmente se realizó el fortalecimiento de competencias del Talento Humano de IPS públicas y privadas en guías de práctica clínica, para el manejo de la Infección respiratoria aguda (Bronquiolitis , Neumonía, Tos ferina y Asma), con el fin mejorar la calidad de la atención en salud, racionalizando la utilización de recursos en el tratamiento de niños, disminuyendo la variabilidad del tratamiento, y logrando estandarizar los indicadores de riesgo para enfermedad grave.
- Desarrollo comités distritales e interdependencias de Infección Respiratoria Aguda para la implementación y seguimiento a la implementación del Programa de prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda en el D.C.
- Actualización del programa nacional para la prevención manejo y control de la Infección respiratoria Aguda. Se realizó socialización del programa en fortalecimiento de competencias realizadas sobre Guías de práctica clínica. Se realizó la actualización de los formatos de adherencia a las Guías de práctica clínica para manejo de la neumonía, tosferina, bronquiolitis y asma.



29. Casos y razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por neumonía para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

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

La mortalidad por neumonía para el año 2018 presenta 42 mortalidades por Neumonía en menores de cinco años, lo que representa una tasa de mortalidad de 0,5 por cada mil nacidos vivos frente a 48 muertes presentadas para el año 2017, con una tasa de 0,5 evidenciándose una disminución del 12,5%(n=6 casos) en el número de casos.

En el 2018 la mortalidad por neumonía se ubicó en 13 localidades del Distrito así: Kennedy 16.6 % (n=7 casos), Usme 11.9 % (n=5casos), San Cristóbal y Bosa 9.5 % (n=4 casos), respectivamente, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar con 7.1 % (n=3 casos), respectivamente, Usaquén, Suba, Fontibón y Chapinero 4.8 % (n=2 casos), respectivamente, Engativá, Teusaquillo y Puente Aranda con 2,4 % (n=1 caso), respectivamente. El 11.9 % (n=5 casos) restante, corresponde a los casos sin datos de localidad.

Durante el año 2017, se presentaron 48 muertes por Neumonía en menores de cinco años, frente a 45 muertes presentadas para el año 2016. El incremento en la mortalidad por neumonía en 2018, se dio por cuenta de las localidades de Bosa, Kennedy y Engativá las cuales presentan aumento en el número de casos respecto el año anterior. Para el 2017 la mortalidad se distribuyó en la ciudad así: Bosa y Kennedy 18,8%(n=9 casos) cada localidad, Ciudad Bolívar 14,5%(n=7 casos), Engativá 10,4%(n=5 casos), Suba 8,3%(n=4 casos), San Cristóbal y Usme 6,2%(n=3 casos) cada localidad, Santa Fe y Fontibón 4,2%(n=2 casos) cada localidad, Teusaquillo, Antonio Nariño, Candelaria y Rafael Uribe 2,1%(n=1 caso) cada localidad.

En el año 2016, la distribución de la mortalidad se presentó en 13 localidades del Distrito así: Ciudad Bolívar 35,6 % (n=16), Usme 11,1%(n=5 casos), San Cristóbal y Suba 11,1%(n=4 casos) cada localidad, Kennedy, Engativá y Rafael Uribe 6.7 % (n=3 casos), Bosa, Barrios Unidos, Teusaquillo, Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, sin localidad establecida 2,2%(n=1 caso).



Tabla 84. Número de casos y razón de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2016-2018

Localidades	2016		2017		2018	
	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV	Número muertes	Razón por 1000 NV
Usaquén	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Chapinero	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Santafé	0	0,0	2	1,3	0	0,0
San Cristóbal	4	0,7	3	0,6	4	0,9
Usme	5	0,9	3	0,6	5	1,0
Tunjuelito	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bosa	1	0,1	9	1,0	4	0,4
Kennedy	3	0,2	9	0,7	7	0,6
Fontibón	0	0,0	2	0,5	2	0,5
Engativá	3	0,3	5	0,6	1	0,1
Suba	4	0,3	4	0,3	2	0,2
Barrios Unidos	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Teusaquillo	1	0,8	1	0,8	1	0,9
Mártires	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Antonio Nariño	1	0,8	1	1,0	0	0,0
Puente Aranda	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Candelaria	0	0,0	1	3,0	0	0,0
Rafael Uribe	3	0,6	1	0,2	3	0,6
Ciudad Bolívar	16	1,6	7	0,7	3	0,3
Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin Localidad	1	NA	0	NA	5	NA
Total Bogotá	45	0,5	48	0,5	42	0,5

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

c. Desagregado por sexo

En el 2018 el 61,9% (n=26) de las defunciones correspondieron a hombres y la razón niño/niña fue de 1,62. En el 2017 el 56,25% (n=27) de las defunciones correspondieron a hombres y la razón niño/niña fue de 1,28. En el 2016 el 57,7% (n=26 casos) de las defunciones correspondieron a hombres y la razón niño/niña fue de 1,36.





Tabla 85. Número de casos de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años por sexo. Bogotá D.C. Años 2016-2018

Localidad	2016			2017			2018		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Usaquén	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Chapinero	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Santafé	0	0	0	1	1	2	0	0	0
San Cristóbal	3	1	4	1	2	3	1	3	4
Usme	4	1	5	0	3	3	2	3	5
Tunjuelito	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bosa	1	0	1	6	3	9	2	2	4
Kennedy	3	0	3	5	4	9	4	3	7
Fontibón	0	0	0	2	0	2	1	1	2
Engativá	1	2	3	5	0	5	0	1	1
Suba	2	2	4	1	3	4	1	1	2
Barrios Unidos	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Teusaquillo	1	0	1	0	1	1	0	1	1
Mártires	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Antonio Nariño	1	0	1	0	1	1	0	0	1
Puente Aranda	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Candelaria	0	0	0	1	0	1	2	1	3
Rafael Uribe	1	2	3	1	0	1	3	0	3
Ciudad Bolívar	8	8	16	4	3	7	0	0	0
Sumapaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Localidad	0	1	1	0	0	0	5	0	5
Total general	26	19	45	27	21	48	26	16	42

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En 2018, la distribución por régimen de afiliación se encuentra: régimen contributivo 42,9%(n=18), régimen subsidiado 16,7%(n=7), no asegurado 2,4%(n=1), sin información 38,0% (n=16). En 2017, el 62,5%(n=30) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años que se encontraban afiliados al régimen contributivo, 27,1% (n=13) al subsidiado y 10,4% (n=5) sin información. En 2016, el 55,6%(n=25) de las defunciones correspondieron a menores de cinco años se encontraban afiliados al régimen contributivo, 31,1% (n=14) al subsidiado, 8,9%(n=4) no asegurado y 4,4% (n=2) sin información



Tabla 86. Número de casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años por tipo de afiliación. Bogotá 2016 – 2018.

Localidad	2016					2017				2018				
	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Sin Información	Total	Contributivo	Subsidiado	Sin información	Total	Contributivo	Subsidiado	No Asegurado	Sin información	Total
Usaquén										1			1	2
Chapinero										2				2
Santafé						1	1		2					
San Cristóbal	3		1		4		1	2	3	1	1		2	4
Usme	2	3			5	2		1	3	3	1		1	5
Tunjuelito														
Bosa		1			1	7		2	9	1	1		2	4
Kennedy	3				3	7	2		9	6			1	7
Fontibón						2			2	1			1	2
Engativá	3				3	4	1		5				1	1
Suba	2	1	1		4	3	1		4	1			1	2
Barrios Unidos	1				1									
Teusaquillo	1				1		1		1		1			1
Mártires	1				1									
Antonio Nariño	1				1		1		1					
Puente Aranda		1			1					1				1
Candelaria							1		1					
Rafael Uribe	1	1	1		3		1		1	1	1			3
Ciudad Bolívar	7	7	1	1	16	4	3		7		1		2	3
Sumapaz														
Sin Localidad				1	1						1		4	5
	25	14	4	2	45	30	13	5	48	18	7	1	16	42

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE FINALES. FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Los factores corresponden a los mismos por IRA, los cuales se detallan en la pregunta 28



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Para el cumplimiento de las metas de reducción de mortalidad por neumonía, la Secretaría Distrital de Salud tiene implementado un modelo de atención en salud, fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales.

131

Estas acciones se integran con la Ruta Intersectorial de Atenciones para la Primera Infancia (RIAPI) y están orientadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos; así como la identificación y atención integral de niños y niñas con riesgos específicos dentro de los cuales se encuentran las infecciones respiratorias agudas.

De acuerdo a lo anterior en el marco de Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se han realizado las siguientes acciones:

- ✓ 390 IPS cuentan con plan de acción implementado para la disminución de la mortalidad por ERA. Se desarrollaron 398 seguimientos al plan de acción para la prevención de la ERA.
- ✓ A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias en 129 casos prioritarios en menores de 5 años, identificados y gestionados con EAPB con los siguientes riesgos: no control médico en el último semestre con riesgo de desnutrición; signos y síntomas de enfermedad diarreica EDA con alertas; signos y síntomas de ERA sin tratamiento o seguimiento en Sala ERA.
- ✓ De igual forma se realizaron 32 seguimientos a casos de menores de 5 años pertenecientes a etnias hospitalizados por Infección Respiratoria Aguda en las localidades priorizadas y fueron direccionados para seguimiento por espacio vivienda 31 casos.
- ✓ Adicionalmente se cualificaron en enfermedad respiratoria aguda 2.681 trabajadores de salud en las localidades priorizadas.
- ✓ En Vigilancia en Salud Pública se realizaron 62 análisis de casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Respecto a las demoras identificadas en los análisis de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años, se encuentran hallazgos en las 4 demoras, siendo la cuarta demora la de mayor predominio. De igual forma se realizó seguimiento estricto en aquellos casos asociados a mortalidad por IRA, en los grupos etarios de mayor riesgo y localidades priorizadas con la finalidad de identificar causas, evitabilidad y posibles fallas en el acceso y calidad de la atención en salud.
- ✓ Se fortaleció la estrategia centinela para IRAG en el Hospital El Tunal y la Fundación Cardio infantil. Se intensificaron y fortalecieron las estrategias del plan de choque en localidades priorizadas en base a índice de mortalidad y grupos etarios de mayor riesgo.
- ✓ Se intensificaron las estrategias de vigilancia epidemiológica y ambiental, de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda en aquellas localidades con mayor índice de mortalidad asociada a IRA.
- ✓ Desde el espacio público se implementaron 118 iniciativas comunitarias y se evaluaron 57 iniciativas comunitarias. La población que participó en iniciativas comunitarias con fortalecimiento de la apropiación de prácticas en AIEPI comunitario fue 757 personas, pertenecientes a organizaciones y/o redes sociales en salud.
- ✓ Desde el Espacio de Vivienda, se identificaron 10.843 familias con 784 niños y niñas con signos y síntomas de ERA, canalizando 167 niños y niñas para atención en salud. Se realizaron acciones para el fortalecimiento de las prácticas del AIEPI Comunitario con 9.777 familias y 909 niños y niñas sin seguimiento a las 48 horas por salas ERA canalizados desde VSP. Se verificó en 3.888 familias la técnica de lavado de manos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ En los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar se identificaron 800 niños y niñas que presentaban signos y síntomas de ERA, canalizando 327 para atención en salud y se realizaron acciones para el fortalecimiento de las 18 prácticas saludables del AIEPI Comunitario.
- ✓ Se implementó plan familiar En 15.548 familias, con la participación de 12.114 niños y niñas y 4.250 Cuidadores a través de las 18 prácticas saludables del AIEPI Comunitario.
- ✓ En 2.023 HBC se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario, participando 1.927 Madres Comunitarias, 37.947 niños y niñas con las 18 prácticas saludables del AIEPI Comunitario

132

- **Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual**

Las intervenciones realizadas desde la gestión del riesgo individual, se orientaron en brindar asistencia técnica a IPS priorizadas, las acciones incluían:

- ✚ Identificación de caso de paciente niño menor de 5 años que haya presentado infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico inferior 14 días de evolución y caracterizada por comienzo súbito de fiebre, malestar general, dolor de garganta, tos, secreción nasal, dificultad respiratoria en diferente grado que evoluciona hasta producir tiraje subcostal y dificultad respiratoria grave y muerte, por lo cual se realiza intervención institucional Inmediata e Integrada, en las primeras 72 horas posteriores al evento, se realiza análisis de caso y se establecen acciones de mejora para la IPS a las cuales se realiza seguimiento periódico. Lo anterior con la finalidad reducir la Mortalidad Infantil en paciente menor de 5 años por causas prevenibles como la infección respiratoria aguda por neumonía, visibilizar ante la IPS la importancia del evento con miras a reducir la incidencia del mismo, identificar dificultades en los procesos de atención en salud con los cuales se puedan poner en marcha acciones que mejoren la misma. Identificar la ruta de atención al paciente con infección respiratoria aguda de cada IPS, brindar asistencia técnica para encontrar fortalezas y debilidades encaminadas a generar estrategias de mejoramiento continuo en la atención de los pacientes menores de 5 años con IRA.
- ✚ Veintinueve (29) visitas de plan de choque para Infección Respiratoria Aguda en diez y ocho (18) IPS públicas y privadas.
- ✚ Diez y siete (17) unidades de análisis de mortalidad por IRA en menor de 5 Años a las 4 subredes integrales de salud: Centro oriente (9 casos), Norte (7 casos), sur (5 casos) y suroccidente (5 casos), para identificación de demoras en las atención de las IPS, así como posterior seguimiento documental y presencial a los planes de mejoramiento, contribuyendo de esta forma con acciones que permitan fortalecer las competencias y habilidades así como los proceso y procedimiento relacionados con la atención de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda.
- ✚ Fortalecimiento de Competencias: Seis (6) jornadas de fortalecimiento de competencias del talento Humano donde se trataron temas inherentes a la atención de la infancia y adolescencia con la participación de 470 profesionales de la salud y docentes de las aulas hospitalarias. Adicionalmente se realizó el fortalecimiento de

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

competencias del Talento Humano de IPS públicas y privadas en guías de práctica clínica, para el manejo de la Infección respiratoria aguda (Bronquiolitis , Neumonía , Tos ferina y Asma), con el fin mejorar la calidad de la atención en salud, racionalizando la utilización de recursos en el tratamiento de niños, disminuyendo la variabilidad del tratamiento, y logrando estandarizar los indicadores de riesgo para enfermedad grave.

133

- ✚ Desarrollo de comités distritales e interdependencias de Infección Respiratoria Aguda para la implementación y seguimiento a la implementación del Programa de prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda en el D.C.
- ✚ Actualización del programa nacional para la prevención manejo y control de la Infección respiratoria Aguda. Se realizó socialización del programa en fortalecimiento de competencias realizadas sobre Guías de práctica clínica. Se realizó la actualización de los formatos de adherencia a las Guías de práctica clínica para manejo de la neumonía, tosferina, bronquiolitis y asma.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud.

30. Casos razón (por mil nacidos vivos) de mortalidad en menores de 5 años por EDA para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá y localidades

En la siguiente tabla se presenta la serie 2016-2018 correspondiente a los casos y tasa de mortalidad debido a EDA por cien mil menores de 5 años, el cual tiene un comportamiento estable con tasas inferiores a 1 muerte (rango de 0,0 a 0,5) por cada 100.000 menores de 5 años. En cuanto a la razón por mil nacidos vivos, el comportamiento es similar con tasas inferiores a 0,1 por mil nacidos vivos, resaltando que para el 2018 no se registraron mortalidades en residentes de Bogotá. En el trienio hubo seis (n=6) muertes en total en seis localidades, observándose que las localidades no presentan más de una defunción en el período.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Tabla 87. Muertes, razón de muertes por EDA por 1.000 nacidos vivos (nv) y tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años según localidad

LOCALIDAD	2016		2017		2018		2016		2017		2018	
	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años
USAQUÉN	1		0	0,00	0	0,00	1	3,64	0	0,00	0	0,00
SAN CRISTÓBAL	1	0,17	0	0,00	0	0,00	1	2,93	0	0,00	0	0,00
BOSA	0	0,00	1	0,11	0	0,00	0	0,00	1	1,50	0	0,00
KENNEDY	1	0,07	0	0,00	0	0,00	1	1,06	0	0,00	0	0,00
SUBA	1	0,07	0	0,00	0	0,00	1	1,10	0	0,00	0	0,00
CIUDAD BOLÍVAR	0	0,00	1	0,11	0	0,00	0	0,00	1	1,38	0	0,00
TOTAL	4	0,04	2	0,02	0	0,00	4	0,66	2,0	0,33	0,0	0,00

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE FINALES.

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

b. Desagregado por sexo

Para el trienio analizado hay seis defunciones en total, cinco de las seis defunciones (83%) correspondieron a niños y una a niñas, lo que representa una relación niño a niña de 5 a 1.

Tabla 88. Muertes, razón de por EDA por 1.000 nacidos vivos (nv) y tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de cinco según el sexo.

SEXO	2016		2017		2018		2016		2017		2018	
	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años
MASCULINO	3	0,06	2	0,04	0	0,00	3	0,97	2	0,64	0	0,0
FEMENINO	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,34	0	0,00	0	0,0
TOTAL	4	0,04	2	0,02	0,00	0,00	4	0,7	2	0,3	0	0,0

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES.

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)



c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

El 83 % (5/6) de las muertes por EDA en menor de 5 años en el trienio 2016 - 2018 pertenecían al régimen contributivo y el porcentaje restante eran no asegurados. La tasa de 40,2 muertes por EDA por 100.000 menores de 5 años en pobres no asegurados en el año 2016, se explica por el denominador de 2487 menores de 5 años no asegurados respecto al total de menores de 5 años del distrito capital de 454.272 para ese año. Las tasas para el régimen contributivo son inferiores a 1 teniendo en cuenta que sus denominadores son más grandes.

Tabla 89. Muertes, razón de mortalidad por EDA por mil nacidos vivos (nv) y tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años según régimen de aseguramiento

RÉGIMEN POR 1000 NACIDOS VIVOS	2016		2017		2018		2016		2017		2018	
	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 1000 nacidos vivos	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número de muertes	Tasa por 100.000 <5 años
CONTRIBUTIVO	3	0,04	2	0,03	0	0,00	3	0,8	2	0,55	0	0,00
NO ASEGURADO	1	32,3	0	0,00	0	0,00	1	40,2	0	0,00	0	0,00
Total general	4	0,04	2	0,11	0,00	0,00	4	0,88	2	0,44	0	0,00

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE FINALES.

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

A partir de los análisis de mortalidad por EDA en menores de cinco años se han identificado demoras relacionadas con aspectos culturales, sociales y económicos de las familias, así como demoras para el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención en salud.

Dentro de los casos analizados se identificaron factores de riesgo familiares como bajo nivel educativo de la madre, escasos recursos socio-económicos, creencias culturales inadecuadas para la alimentación y nutrición en menores de seis meses y no reconocimiento de signos de alarma.

f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Para el cumplimiento de las metas de reducción de mortalidad en menores de cinco años por EDA, la Secretaría Distrital de Salud tiene implementado un modelo de atención en salud, fundamentado en la gestión integral del riesgo que integra el plan de intervenciones colectivas con la prestación de servicios individuales. Es de resaltar que varias acciones se desarrollan con un abordaje integral, como ya se había mencionado:





- ✓ Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se desarrollaron 1.390 asistencias técnicas en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, partiendo del fortalecimiento de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como herramienta para mejorar la salud de la niñez. Del total de IPS, 303 han avanzado en la implementación del seguimiento a cohortes con riesgos específicos.
- ✓ Adicionalmente se participó en 19 COVES de mortalidad en menores de 5 años, formulando 13 planes de mejora y se realizaron 80 seguimientos a IPS relacionadas con eventos de mortalidad en menores de 5 años. Se hizo seguimiento a 1 plan de mejora resultante de los COVES de mortalidad.
- ✓ 311 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo hasta el ingreso a programa madre canguro. 175 IPS tienen estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva. Se realizaron 66 seguimientos a casos de menores de 5 años pertenecientes a etnias, hospitalizados por cualquier enfermedad prevalente de la infancia, para su respectivo acompañamiento, direccionando a 48 de ellos para seguimiento por espacio vivienda.
- ✓ A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias así: 395 casos prioritarios identificados y gestionados con EAPB, por tener esquema de vacunación incompleto para la edad.
- ✓ Desde el Espacio de Vivienda, se identificaron 13.855 familias con 5.605 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados así: 406 niños y niñas con esquema de vacunación incompleto, 951 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, 67 niños y niñas con signos y síntomas de EDA, 838 niños y niñas con desnutrición aguda, 379 niños y niñas con factores de riesgo para cualquier violencia, 155 niños y niñas con alteraciones del desarrollo, 12 niños y niñas con signos de peligro de muerte. Con estos niños y sus familias se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI comunitario), trabajando prácticas relacionadas con: fomento de la lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; suministro de micronutrientes al niño; afecto, cariño y estimulación temprana; vacunación; saneamiento básico; prevención de malaria y dengue; prevención contra el VIH SIDA; salud oral; tuberculosis; alimentación del niño enfermo en el hogar; tratamiento en casa del niño enfermo; buen trato y cuidado permanente de los niños; participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante; prevención de accidentes en el hogar; identificación de signos de peligro; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y atención a la mujer gestante.
- ✓ En hogares comunitarios de bienestar familiar se identificaron: 8.955 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados así: 977 niños y niñas con esquema de vacunación incompleto, 7.412 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo, 367 niños y niñas con signos y síntomas de EDA, 406 niños y niñas con desnutrición aguda, 321 niños y niñas con factores de riesgo para cualquier violencia, 814 niños y niñas con alteraciones del desarrollo, 5 niños y niñas con signos de peligro de muerte. Con estos niños, familias y cuidadores se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia (AIEPI



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

comunitario), trabajando prácticas relacionadas con: fomento de la lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria después de los 6 meses de edad; suministro de micronutrientes al niño; afecto, cariño y estimulación temprana; vacunación; saneamiento básico; prevención de malaria y dengue; prevención de VIH SIDA; salud oral; tuberculosis; alimentación del niño enfermo en el hogar; tratamiento en casa del niño enfermo; buen trato y cuidado permanente de los niños; participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante; prevención de accidentes en el hogar; Identificación de signos de peligro; seguimiento a las recomendaciones del personal de salud y atención a la mujer gestante.

- ✓ Desde el espacio público se concertaron 90 grupos de iniciativas comunitarias y se implementaron 142 grupos nuevos. Se evaluaron 83 iniciativas comunitarias. 2.194 personas, 398 líderes comunitarios y 148 organizaciones y/o redes sociales en salud participaron en iniciativas comunitarias y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario.
- ✓ En Vigilancia en Salud Pública se realizaron 41 análisis de mortalidad evitable en niños y niñas de 1 a 4 años. Identificando hallazgos relacionados con las cuatro demoras.

- ***Intervenciones realizadas desde la gestión de riesgo individual***

Las intervenciones realizadas desde la gestión del riesgo individual, se orientaron en brindar asistencia técnica a IPS, ante la presentación del evento de mortalidad por EDA donde se realiza seguimiento a adherencia a guías de la práctica clínica se revisa e identifica dificultades en el proceso de identificación y notificación del evento, entre otros procesos relacionados con el reporte y manejo del caso y se establecen acciones de mejora para la IPS a las cuales se realiza seguimiento periódico.

Se participó en la Unidades de análisis por mortalidad por EDA y se realizó el seguimiento respectivo a los planes de mejoramiento, contribuyendo de esta forma con acciones que permitan fortalecer las competencias y habilidades así como los procesos y procedimientos relacionados con la atención de los pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y proyecto 1187- Gestión Compartida del Riesgo y fortalecimiento de la EPS Capital Salud





VII. Morbilidad transmisible

31. Número de casos de tos ferina confirmados por laboratorio para los años 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Según el Sistema de Vigilancia en Salud pública (SIVIGILA) en el año 2018 se notificaron 1714 casos residentes en el Distrito Capital de los cuales se confirmaron por laboratorio 91 casos, con un porcentaje de positividad del 5.3%, en el año 2017 se notificaron 1653 confirmándose por laboratorio 47 casos, lo que indica que en el año 2018 se observa un aumento en la confirmación de casos del 93.6% con respecto al año anterior.

Tabla 90. Casos confirmados por laboratorio de tos ferina. Bogotá 2016 – 2018.

CASOS CONFIRMADO TOS FERINA	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
CONFIRMADO POR LABORATORIO	72	47	91
TOTAL GENERAL	72	47	91

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 2016, 2017; 2018 datos preliminares.

b. Desagregado por confirmado por nexos epidemiológico y por clínica

En la tabla 91 se presentan los casos confirmados por nexos epidemiológico y por clínica, los cuales para el periodo 2016-2018 se presentaron 6 casos.

Tabla 91. Casos confirmados de tos ferina. Bogotá 2016 – 2018.

CASOS CONFIRMADO TOS FERINA	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLOGICO	1	1	3
CONFIRMADOS POR CLINICA	0	1	0
TOTAL GENERAL	1	2	3

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016, 2017; 2018 datos preliminar.

En total, (casos confirmados por clínica, nexos epidemiológico y laboratorio) en el año 2018 se confirmaron 94 casos observándose un aumento del 91.8% frente a los casos confirmados en el año 2017 (n=49 casos).



c. Desagregado por sexo

Tabla 92. Número de casos confirmados Tos ferina por Sexo Año 2016 a 2018

SEXO	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
FEMENINO	33	32	49
MASCULINO	40	17	45
TOTAL GENERAL	73	49	94

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 año 2016, 2017; 2018 datos preliminar

En el año 2018 el 52.1% de los casos se presentaron en el sexo femenino, comportamiento similar al del 2017 (65%)

d. Desagregado por localidades

Con relación a la distribución de los casos por localidades en el año 2018 el 68% de los casos se concentraron en las localidades de Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usaquén y Chapinero.

Tabla 93. Número de casos confirmados Tos ferina por localidad de residencia 2016, 2017, 2018.

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
01 - Usaquén	6	3	7
02- Chapinero	0	2	7
03 – Santa fe	2	0	0
04 - San Cristóbal	5	4	3
05 - Usme	7	1	5
06 - Tunjuelito	3	3	3
07 - Bosa	7	1	5
08 - Kennedy	4	11	16
09 - Fontibón	3	4	4
10 - Engativá	10	2	4
11 - Suba	9	4	18
12 - Barrios Unidos	2	1	0
13 - Teusaquillo	2	1	2
14 - Los Mártires	3	0	2
15- Antonio Nariño	0	0	1
16- Puente Aranda	0	2	0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

18 - Rafael Uribe Uribe	2	2	1
19 - Ciudad Bolívar	8	8	16
TOTAL GENERAL	73	49	94

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 años 2016 y 2017; 2018 datos preliminares

e. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

La proporción de casos por régimen de seguridad social en los 3 años es similar.

Tabla 94. Número de casos confirmados Tos ferina por régimen de Seguridad social. Bogotá 2016 a 2018

REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
CONTRIBUTIVO	54	40	59
SUBSIDIADO	12	7	15
NO ASEGURADO	6	1	18
ESPECIAL	1	1	0
EXCEPCION	0	0	2
Total general	73	49	94

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 año 2016, 2017; 2018 datos preliminares.

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

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

Tabla 95. Número de casos confirmados Tos ferina por ciclo vital. Bogotá, años 2016 - 2018

CICLO VITAL	NUMERO DE CASOS 2016	NUMERO DE CASOS 2017	NUMERO DE CASOS 2018
0 A 5 AÑOS -PRIMERA INFANCIA	71	42	80
06 A 11 AÑOS - INFANCIA	0	0	5
12 A 17 AÑOS ADOLESCENCIA	0	2	2
18 A 28 AÑOS - JUVENTUD	1	2	3
29 A 59 AÑOS - ADULTO	1	3	3
60 AÑOS Y MAS VEJEZ	0	0	1
TOTAL GENERAL	73	49	94

Fuente: Base SIVIGILA evento 800 a semana 52 años 2016, 2017; 2018 datos preliminares.





32. Número de casos de mortalidad por tos ferina para los años 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por sexo
- c. Desagregado por localidades
- d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema
- e. Desagregado por etapas del ciclo vital primera infancia (00 a 05 años), infancia (06 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años), adultez (29 a 59 años) y vejez (60 años y más).

En los años 2016, 2017 y 2018 según el sistema de estadísticas vitales no se reportaron casos de mortalidad por causa básica o asociada a Tos ferina

33. Cinco primeras causas de morbilidad atendida en consulta externa red adscrita para los años, 2016, 2017 y 2018.

El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud se encuentra reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000; debe aclararse que los datos oficiales de atenciones en todo el territorio nacional son administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro del proceso de control de calidad de la información y codificación que se realiza transcurren 18 o más meses luego de terminado un año específico para que la información de la base de datos pueda ser considerada definitiva. Así mismo, se aclara que la normatividad en mención no contempla el registro de la localidad de residencia como requisito. Por lo anterior, la información del año 2018 es preliminar y se analiza por localidad de atención.

En Bogotá D.C. durante el periodo 2016 – 2018, en consulta externa de la Red Adscrita se realizaron 4.059.250 atenciones; las cinco primeras causas de morbilidad atendida generaron 280.292 atenciones para el mismo periodo, esto acumula el 7% del total de las atenciones realizadas en consulta externa de la red adscrita. Al analizar las cinco primeras causas de morbilidad, observamos que las enfermedades con mayor proporción son las infecciosas con un 33%, seguido las crónicas con un 27% y en tercer lugar odontológicas 20%.

Tabla 96. Morbilidad consulta externa Red Adscrita, 2016-2018.

Año	Clasificación de Enfermedades	Diagnóstico	Atenciones
2016	crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	74.293
	oral	Caries De La Dentina	43.832
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	23.219
	inespecífica	Dolor; No Especificado	17.223
	infecciosa	Infección De Vías Urinarias	17.041
Total 2016			175.608
2017	crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	25.573





Año	Clasificación de Enfermedades	Diagnóstico	Atenciones
	oral	Caries De La Dentina	18.309
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	14.789
	crónicas	Hipercolesterolemia Pura	14.360
	infecciosa	Infección De Vías Urinarias	8.875
Total 2017			81.906
2018	sexual	Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo	5.334
	sexual	Consulta Para Asesoría Sobre El Virus De La Inmunodeficiencia Humana [VIH]	4.690
	crónicas	Infección De Vías Urinarias	4.629
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	4.208
	oral	Caries De La Dentina	3.917
Total 2018			22.778
Total general			280.292

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/03/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/10/31)

34. Cinco primeras causas de morbilidad atendida en consulta externa red NO adscrita para los años, 2016, 2017 y 2018.

El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud se encuentra reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000; debe aclararse que los datos oficiales de atenciones en todo el territorio nacional son administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro del proceso de control de calidad de la información y codificación que se realiza transcurren 18 o más meses luego de terminado un año específico para que la información de la base de datos pueda ser considerada definitiva. Así mismo, se aclara que la normatividad en mención no contempla el registro de la localidad de residencia como requisito. Por lo anterior, la información del año 2018 es preliminar y se analiza por localidad de atención.

En Bogotá D.C. durante el periodo 2016 – 2018, en consulta externa de la Red No Adscrita se realizaron 42.241.371 atenciones; las cinco primeras causas de morbilidad atendida generaron 5.939.184 atenciones para el mismo periodo, esto acumula el 14% del total de las atenciones realizadas en consulta externa de la red adscrita. Al analizar las cinco primeras causas de morbilidad, observamos que las enfermedades con mayor proporción son las crónicas con un 40%, seguido las infecciosa con un 40% y en tercer lugar odontológicas 20%.

Tabla 97. Morbilidad consulta externa Red No Adscrita, 2016-2018.

Año	Clasificación de Enfermedades	Diagnóstico	Atenciones
2016	crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	639.550
	oral	Caries De La Dentina	549.302
	crónicas	Astigmatismo	171.795
	crónicas	Hipotiroidismo; No Especificado	155.030
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	149.714



Año	Clasificación de Enfermedades	Diagnóstico	Atenciones
Total 2016			1.665.391
2017	crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	925.909
	oral	Caries De La Dentina	692.512
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	301.091
	crónicas	Hipotiroidismo; No Especificado	210.245
	infecciosa	Diarrea Y Gastroenteritis De Origen Infeccioso	201.223
Total 2017			2.330.980
2018	crónicas	Hipertensión Esencial (Primaria)	647.663
	oral	Caries De La Dentina	445.822
	infecciosa	Infección De Vías Urinarias	318.503
	infecciosa	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	292.283
	infecciosa	Diarrea Y Gastroenteritis De Origen Infeccioso	238.542
Total 2018			1.942.813
Total general			5.939.184

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2019/03/15); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/10/31)

35. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): BCG para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2016 – 2018 la cobertura de vacunación para BCG se ha mantenido por encima del 95% para total Bogotá. Se da cumplimiento a la administración del biológico BCG en el recién nacido en todas las instituciones que atienden partos y durante este periodo ha habido suficiencia de insumos para llegar a coberturas por encima del 95%.

Tabla 98. Coberturas de vacunación BCG, Bogotá 2016 - 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	112338	105191	106.8
2017	109138	104937	104.0
2018	101990	104937	97.2

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018.

b. Desagregado por localidades

La vacunación de BCG se realiza por sitio de atención del parto, en Bogotá se atienden los nacimientos de los municipios aledaños a la ciudad, por lo tanto, se observa que durante los años 2016, 2017 y 2018 las coberturas de vacunación con BCG al recién nacido son superiores al 95% de la meta programática para los niños y niñas menores de un año de edad.



Tabla 99. Cobertura de Vacunación con BCG por Localidad. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 y 2018.

Localidades	2016 - 2017 - 2018									
	Población menor un año 2016	BCG - 2016		Población menor un año 2017	BCG - 2017		Población menor un año 2018	BCG - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1	Usaquén	8454	10605	125,4	8500	8907	104,8	7524	6991	92,9
2	Chapinero	7603	11122	146,3	7000	10160	145,1	6241	10494	168,1
3	Santa fe	850	13	1,5	780	3	0,4	780	9	1,2
4	San Cristóbal	4398	10996	250,0	3450	9804	284,2	3873	12057	311,3
5	Usme	4676	88	1,9	4700	63	1,3	4973	41	0,8
6	Tunjuelito	2629	3417	130,0	2700	3122	115,6	2910	3437	118,1
7	Bosa	9800	1567	16,0	9000	1598	17,8	8500	1705	20,1
8	Kennedy	11869	9034	76,1	12760	7407	58,0	13000	5472	42,1
9	Fontibón	6520	972	14,9	4068	758	18,6	3800	926	24,4
10	Engativá	7352	2118	28,8	7000	1674	23,9	7215	2146	29,7
11	Suba	9771	6800	69,6	9560	8097	84,7	10558	8166	77,3
12	Barrios Unidos	3011	10504	348,9	3500	11852	338,6	3303	7830	237,1
13	Teusaquillo	2927	24175	825,9	4279	26523	619,8	4657	25774	553,4
14	Mártires	658	7809	1186,8	600	7517	1252,8	600	7414	1235,7
15	Antonio Nariño	3691	7	0,2	5253	2	0,0	5043	8	0,2
16	Puente Aranda	5611	4910	87,5	5882	3623	61,6	6679	1518	22,7
17	Candelaria	120	1	0,8	100	1	1,0	110	1	0,9
18	Rafael Uribe	5380	4446	82,6	6350	4594	72,3	6587	4301	65,3
19	Ciudad Bolívar	9826	3754	38,2	9420	3433	36,4	8559	3700	43,2
20	Sumapaz	45	0	0,0	35	0	0,0	25	0	0,0
	Total	105191	112338	106,8	104937	109138	104,0	104937	101990	97,2

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Para los tres años evaluados la mayor proporción de vacunados con BCG según el régimen de afiliación es del contributivo, ver tabla siguiente.

Tabla 100. Cobertura de Vacunación con BCG según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	BCG	%	BCG	%	BCG	%
Contributivo	87392	78%	86219	79	76482	75,0
Subsidiado	17437	16%	17462	16	16011	15,7



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Pobre No Asegurado	3878	3%	1091	1	6234	6,1
Régimen Especial	3631	3%	4366	4	3263	3,2
Total	112338	106,8	109138	104,0	101990	97,2

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá DC Enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

36. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Polio para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, como responsables de la atención en salud, deben garantizar la vacunación de su población afiliada, fortaleciendo la inducción a la demanda y aplicando estrategias de información, educación y comunicación, conforme al Plan Decenal de Salud, al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a la Resolución 5521 de 2013, y demás normatividad vigente.

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

Adicionalmente, dado lo anterior, cuando se presentan cierres de IPS con puntos de vacunación, se afecta la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, que además presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

Como se observa en la tabla siguiente, la cobertura en polio ha ido disminuyendo, y el 2018 registra la cobertura más baja de los tres últimos años. Resultado que está directamente relacionado, con la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (104.937 menores de un año) y la meta que establecen las aseguradoras por la Base de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (83571 menores), la cual para el 2018, presentó una diferencia en 21366 menores, la más alta de los tres años analizados. Población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 101. Coberturas de vacunación en Polio. Bogotá 2016 – 2018

Año	Numerador	Denominador	Cobertura %
2016	100435	105191	95,5
2017	93080	104937	88,7
2018	90203	104937	86,0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

b. Desagregado por localidades

Tabla 102. Cobertura de Vacunación con Polio por Localidad. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 y 2018

Localidades	2016 - 2017 - 2018									
	Población menor un año 2016	Polio 2016		Población menor un año 2017	Polio 2017		Población menor un año 2018	Polio 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1	Usaquén	8454	8510	100,7	8500	7412	87,2	7524	7453	99,1
2	Chapinero	7603	7158	94,1	7000	6777	96,8	6241	5914	94,8
3	Santa fe	850	761	89,5	780	752	96,4	780	681	87,3
4	San Cristóbal	4398	3955	89,9	3450	3543	102,7	3873	3450	89,1
5	Usme	4676	4618	98,8	4700	4579	97,4	4973	4573	92,0
6	Tunjuelito	2629	2682	102,0	2700	2734	101,3	2910	2697	92,7
7	Bosa	9800	9168	93,6	9000	8231	91,5	8500	7876	92,7
8	Kennedy	11869	12360	104,1	12760	12237	95,9	13000	11319	87,1
9	Fontibón	6520	5639	86,5	4068	3550	87,3	3800	3428	90,2
10	Engativá	7352	6934	94,3	7000	6317	90,2	7215	6016	83,4
11	Suba	9771	9794	100,2	9560	9384	98,2	10558	9934	94,1
12	Barrios Unidos	3011	2817	93,6	3500	2739	78,3	3303	2575	78,0
13	Teusaquillo	2927	2349	80,3	4279	3769	88,1	4657	3206	68,8
14	Mártires	658	587	89,2	600	572	95,3	600	556	92,7
15	Antonio Nariño	3691	3602	97,6	5253	3370	64,2	5043	3082	61,1
16	Puente Aranda	5611	4320	77,0	5882	3880	66,0	6679	4249	63,6
17	Candelaria	120	97	80,8	100	101	101,0	110	122	110,9
18	Rafael Uribe	5380	5698	105,9	6350	5291	83,3	6587	4847	73,6
19	Ciudad Bolívar	9826	9351	95,2	9420	7805	82,9	8559	8195	95,7
20	Sumapaz	45	35	77,8	35	37	105,7	25	30	120,0
	Total	105191	100435	95	104937	93080	88,7	104937	90203	86,0

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





c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 103. Cobertura de Vacunación con Polio según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

REGIMEN	2016		2017		2018	
	POLIO	%	POLIO	%	POLIO	%
CONTRIBUTIVO	77377	77%	73540	79	68845	76
SUBSIDIADO	14876	15%	14888	16	13792	15
POBRE NO ASEGURADO	4424	4%	930	1	4455	5
REGIMEN ESPECIAL	3758	4%	3722	4	3121	3
TOTAL	100435	95.5%	93080	88,7	90203	86

Fuente: informe mensual de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

37. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Triple-viral para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

En el trienio 2016 – 2018 la cobertura de vacunación con Triple Viral para el Distrito, presenta una disminución, con coberturas que van entre el 95.3% y 89.9%. Resultado que está directamente relacionado, con la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (105.191 niñ@s de un año) y la meta que establecen las aseguradoras por la Base de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (94.223 menores), la cual para el 2018, presentó una diferencia en 10968 menores, población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada. Otro factor, ya mencionado, son los cierres de IPS con puntos de vacunación, que afectan la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, la cual presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

Tabla 104. Cobertura de vacunación Triple Viral, Bogotá, 2016 – 2018.

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	100338	105341	95,3
2017	97298	105191	92,5
2018	94619	105191	89,9

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





b. Desagregado por localidades

Tabla 105. Cobertura de Vacunación con Triple Viral, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 Y 2018.

Localidades	2016 – 2017- 2018									
	Población de un año 2016	Triple Viral 2016		Población de un año 2017	Triple Viral 2017		Población de un año 2018	Triple Viral 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1	Usaquén	8843	8577	97,0	8500	7855	92,4	7500	7463	99,5
2	Chapinero	8072	6154	76,2	6200	6596	106,4	7180	5779	80,5
3	Santa fe	960	822	85,6	850	804	94,6	800	822	102,8
4	San Cristóbal	4588	3994	87,1	3500	3899	111,4	3700	3692	99,8
5	Usme	5008	4924	98,3	5000	4905	98,1	4900	4690	95,7
6	Tunjuelito	2321	2615	112,6	2625	2824	107,6	2915	2745	94,2
7	Bosa	10299	10024	97,3	10054	8986	89,4	8500	8824	103,8
8	Kennedy	11960	12444	104,0	12500	12776	102,2	11461	12440	108,5
9	Fontibón	6417	5651	88,1	4160	3906	93,9	3900	3730	95,6
10	Engativá	6732	7160	106,4	7000	6811	97,3	6800	6593	97,0
11	Suba	9185	10072	109,7	10200	9870	96,8	10500	10761	102,5
12	Barrios Unidos	3095	2531	81,8	2600	2403	92,4	4031	2320	57,6
13	Teusaquillo	2827	1998	70,7	4650	3721	80,0	4989	3306	66,3
14	Mártires	750	650	86,7	900	711	79,0	600	695	115,8
15	Antonio Nariño	4142	3428	82,8	4000	3318	83,0	5986	3219	53,8
16	Puente Aranda	5727	4242	74,1	6040	3889	64,4	7024	4128	58,8
17	Candelaria	125	113	90,4	120	117	97,5	93	126	135,5
18	Rafael Uribe	5250	5658	107,8	6700	5497	82,0	5787	5155	89,1
19	Ciudad Bolívar	9000	9243	102,7	9550	8371	87,7	8500	8091	95,2
20	Sumapaz	40	38	95,0	42	39	92,9	25	40	160,0
	Total	105341	100338	95,3	105191	97298	92,5	105191	94619	89,9

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

38. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Pentavalente para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, como responsables de la atención en salud, deben garantizar la vacunación de su población afiliada, fortaleciendo la inducción a la demanda y aplicando estrategias de información, educación y comunicación, conforme al Plan Decenal de Salud, al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a la Resolución 5521 de 2013, y demás normatividad vigente.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Adicionalmente, dado lo anterior, cuando se presentan cierres de IPS con puntos de vacunación, se afecta la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, que además presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

Como se observa en la tabla siguiente, la cobertura en pentavalente ha presentado disminución, resultado que está directamente relacionado, con la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (104.937 menores de un año para 2018) y la meta que establecen las aseguradoras por lo declarado y registrado en las Bases de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (83.571 menores), la cual para el 2018, presentó una diferencia en 21.366 menores, la más alta de los tres años analizados. Población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada.

Tabla 106. Coberturas de vacunación con Pentavalente. Bogotá 2016 – 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	100522	105191	95,6
2017	93067	104937	88,7
2018	90265	104937	86,0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018





a. Desagregado por localidades

Tabla 107. Cobertura de Vacunación con Pentavalente por Localidad. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Localidades	2016 - 2017 - 2018									
	Población menor de un año. 2016	Pentavalente - 2016		Población menor de un año. 2017	Pentavalente - 2017		Población menor de un año. 2018	Pentavalente - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1	Usaquén	8454	8506	100,6	8500	7419	87,3	7524	7458	99,1
2	Chapinero	7603	7159	94,2	7000	6769	96,7	6241	5926	95,0
3	Santa fe	850	762	89,6	780	752	96,4	780	681	87,3
4	San Cristóbal	4398	3964	90,1	3450	3543	102,7	3873	3452	89,1
5	Usme	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4	4973	4573	92,0
6	Tunjuelito	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2	2910	2702	92,9
7	Bosa	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5	8500	7873	92,6
8	Kennedy	11869	12364	104,2	12760	12248	96,0	13000	11321	87,1
9	Fontibón	6520	5634	86,4	4068	3548	87,2	3800	3430	90,3
10	Engativá	7352	6947	94,5	7000	6312	90,2	7215	6024	83,5
11	Suba	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1	10558	9918	93,9
12	Barrios Unidos	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2	3303	2542	77,0
13	Teusaquillo	2927	2352	80,4	4279	3771	88,1	4657	3292	70,7
14	Mártires	658	587	89,2	600	572	95,3	600	555	92,5
15	Antonio Nariño	3691	3604	97,6	5253	3362	64,0	5043	3076	61,0
16	Puente Aranda	5611	4321	77,0	5882	3880	66,0	6679	4247	63,6
17	Candelaria	120	97	80,8	100	101	101,0	110	122	110,9
18	Rafael Uribe	5380	5704	106,0	6350	5288	83,3	6587	4846	73,6
19	Ciudad Bolívar	9826	9373	95,4	9420	7805	82,9	8559	8197	95,8
20	Sumapaz	45	35	77,8	35	37	105,7	25	30	120,0
	Total	105191	100522	95,6	104937	93067	88,7	104937	90265	86,0

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





b. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 108. Cobertura de Vacunación con Pentavalente según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	Pentavalente	%	Pentavalente	%	Pentavalente	%
Contributivo	78407	78%	72871	78,3	68880	76,3
Subsidiado	14073	14%	11820	12,7	13799	15,3
Pobre No Asegurado	3016	3%	4095	4,4	4467	4,9
Régimen Especial	5026	5%	4281	4,6	3119	3,5
Total	100522	95,6	93067	88,7	90265	86,0

Fuente: Informe mensual de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

39. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Difteria tosferina y tétanos (DPT) para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, como responsables de la atención en salud, deben garantizar la vacunación de su población afiliada, fortaleciendo la inducción a la demanda y aplicando estrategias de información, educación y comunicación, conforme al Plan Decenal de Salud, al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a la Resolución 5521 de 2013, y demás normatividad vigente.

Adicionalmente, dado lo anterior, cuando se presentan cierres de IPS con puntos de vacunación, se afecta la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, que además presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

El resultado de las coberturas de vacunación, está directamente relacionado, con lo ya indicado en las respuestas anteriores, la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (104.937 menores de un año) y la meta que establecen las aseguradoras por la Base de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (83571 menores), la cual para el 2018, presentó una diferencia en 21366 menores, la más alta de los tres años analizados. Población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada.





Tabla 109. Coberturas de vacunación con DPT. Bogotá 2016 – 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	100520	105191	95,6
2017	93067	104937	88,7
2018	90265	104937	86,0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

b. Desagregado por localidades

Tabla 110. Cobertura de Vacunación con DPT por Localidad. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

LOCALIDADES	2016 – 2017 – 2018									
	POBLACION MENOR 1 AÑO – 2016	DPT - 2016		POBLACION MENOR 1 AÑO - 2017	DPT - 2017		POBLACION MENOR 1 AÑO - 2018	DPT - 2018		
		VACUNA- DOS	%		VACUNA- DOS	%		VACUNA- DOS	%	
1	Usaquén	8454	8506	100,6	8500	7419	87,3	7524	7458	99,1
2	Chapinero	7603	7159	94,2	7000	6769	96,7	6241	5926	95,0
3	Santa fe	850	762	89,6	780	752	96,4	780	681	87,3
4	San Cristóbal	4398	3964	90,1	3450	3543	102,7	3873	3452	89,1
5	Usme	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4	4973	4573	92,0
6	Tunjuelito	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2	2910	2702	92,9
7	Bosa	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5	8500	7873	92,6
8	Kennedy	11869	12364	104,2	12760	12248	96,0	13000	11321	87,1
9	Fontibón	6520	5634	86,4	4068	3548	87,2	3800	3430	90,3
10	Engativá	7352	6947	94,5	7000	6312	90,2	7215	6024	83,5
11	Suba	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1	10558	9918	93,9
12	Barrios Unidos	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2	3303	2542	77,0
13	Teusaquillo	2927	2352	80,4	4279	3771	88,1	4657	3292	70,7
14	Mártires	658	587	89,2	600	572	95,3	600	555	92,5
15	Antonio Nariño	3691	3604	97,6	5253	3362	64,0	5043	3076	61,0
16	Puente Aranda	5611	4321	77,0	5882	3880	66,0	6679	4247	63,6
17	Candelaria	120	97	80,8	100	101	101,0	110	122	110,9
18	Rafael Uribe	5380	5703	106,0	6350	5288	83,3	6587	4846	73,6
19	Ciudad Bolívar	9826	9372	95,4	9420	7805	82,9	8559	8197	95,8
20	Sumapaz	45	35	77,8	35	37	105,7	25	30	120,0
Total		105191	100520	95,6	104937	93067	88,7	104937	90265	86,0

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



c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 111. Cobertura de Vacunación con DPT según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	DPT	%	DPT	%	DPT	%
Contributivo	77400	77%	71569	76,9	68880	76,3
Subsidiado	13068	13%	12564	13,5	13799	15,3
Pobre No Asegurado	4021	4%	4839	5,2	4467	4,9
Régimen Especial	6031	6%	4095	4,4	3119	3,5
Total	100520	95,6	93067	88,7	90265	86,0

Fuente: Informe mensual de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

40. Coberturas de Vacunación (incluyendo numerador y denominador): Anti haemophilus influenzae tipo B para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, como responsables de la atención en salud, deben garantizar la vacunación de su población afiliada, fortaleciendo la inducción a la demanda y aplicando estrategias de información, educación y comunicación, conforme al Plan Decenal de Salud, al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a la Resolución 5521 de 2013, y demás normatividad vigente.

Adicionalmente, dado lo anterior, cuando se presentan cierres de IPS con puntos de vacunación, se afecta la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, que además presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

Como se observa en la tabla siguiente, la cobertura con anti *haemophilus influenzae tipo B*, ha presentado disminución, resultado que está directamente relacionado, con lo ya indicado en las vacunas anteriores, la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (104.937 menores de un año) y la meta que establecen las aseguradoras por la Base de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (83571 menores), la cual para el





2018, presentó una diferencia en 21366 menores, la más alta de los tres años analizados. Población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada.

Tabla 112. Cobertura de vacunación Anti Haemophilus influenzae tipo B. Bogotá 2016 – 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	100515	105191	95.6
2017	93020	104937	88.7
2018	90242	104937	86.0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

b. Desagregado por localidades

Tabla 113. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B por Localidad. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Localidad	2016 - 2017 – 2018									
	Población menor un año - 2016	Haemophilus influenzae tipo B - 2016		Población menor un año - 2017 Vacunados	Haemophilus influenzae tipo B - 2017		Población menor un año - 2018	Haemophilus influenzae tipo B - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1 Usaqué	8454	8506	100,6	8500	7388	86,9	7524	7455	99,1	
2 Chapinero	7603	7159	94,2	7000	6768	96,7	6241	5926	95,0	
3 Santa fe	850	762	89,6	780	752	96,4	780	681	87,3	
4 San Cristóbal	4398	3963	90,1	3450	3543	102,7	3873	3448	89,0	
5 Usme	4676	4623	98,9	4700	4580	97,4	4973	4570	91,9	
6 Tunjuelito	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2	2910	2700	92,8	
7 Bosa	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5	8500	7873	92,6	
8 Kennedy	11869	12364	104,2	12760	12246	96,0	13000	11319	87,1	
9 Fontibón	6520	5632	86,4	4068	3547	87,2	3800	3430	90,3	
10 Engativá	7352	6947	94,5	7000	6311	90,2	7215	6023	83,5	
11 Suba	9771	9811	100,4	9560	9377	98,1	10558	9918	93,9	
12 Barrios Unidos	3011	2819	93,6	3500	2738	78,2	3303	2541	76,9	
13 Teusaquillo	2927	2351	80,3	4279	3769	88,1	4657	3292	70,7	



Localidad	2016 - 2017 - 2018									
	Población menor un año - 2016	Haemophilus influenzae tipo B - 2016		Población menor un año - 2017 Vacunados	Haemophilus influenzae tipo B - 2017		Población menor un año - 2018	Haemophilus influenzae tipo B - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
14	Mártires	658	587	89,2	600	572	95,3	600	555	92,5
15	Antonio Nariño	3691	3604	97,6	5253	3360	64,0	5043	3076	61,0
16	Puente Aranda	5611	4321	77,0	5882	3879	65,9	6679	4246	63,6
17	Candelaria	120	97	80,8	100	101	101,0	110	122	110,9
18	Rafael Uribe	5380	5703	106,0	6350	5287	83,3	6587	4846	73,6
19	Ciudad Bolívar	9826	9371	95,4	9420	7800	82,8	8559	8191	95,7
20	Sumapaz	45	35	77,8	35	37	105,7	25	30	120,0
Total		105191	100515	95,6	104937	93020	88,6	104937	90242	86,0

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 114. Cobertura de Vacunación con Anti Haemophilus Influenzae tipo B según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	Haemophilus Influenzae Tipo B	%	Haemophilus Influenzae Tipo B	%	Haemophilus Influenzae Tipo B	%
Contributivo	78402	78%	72834	78,3	68868	76
Subsidiado	14072	14%	11814	12,7	13791	15
Pobre No Asegurado	3015	3%	4093	4,4	4464	5
Régimen Especial	5026	5%	4279	4,6	3119	3
Total	100515	95,6	93020	88,6	90242	86,0

Fuente: Informe mensual de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018



41, Cobertura de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Fiebre amarilla para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Para el trienio 2016 – 2018 se aumentó el 58.07% en la cobertura de vacunación por fiebre amarilla en la ciudad. En el año 2015 se presentó un cambio en la edad en que se administra la vacuna (paso de aplicarse a los 12 meses a los 18 meses), por lo tanto se presentó una disminución importante en la cobertura a nivel Distrital en comparación con periodos anteriores, sin embargo para el 2017 se evidencia el aumento y se están encaminando esfuerzos conjuntos con las EAPB para lograr coberturas por encima del 95%.

Tabla 115. Cobertura por Vacunación con fiebre amarilla. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 y 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	82057	105341	77.9
2017	86351	105191	82.1
2018	84113	105191	80.0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (pos y no pos). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

b. Desagregado por localidades

Tabla 116. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla por Localidad. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

LOCALIDAD	Población de un año - 2016	Fiebre Amarilla - 2016		Población de un año - 2017	Fiebre Amarilla - 2017		Población de un año - 2018	Fiebre Amarilla - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
1	Usaquén	8843	6569	74,3	8500	6887	81,0	7500	6464	86,2
2	Chapinero	8072	4141	51,3	6200	4806	77,5	7180	4264	59,4
3	Santa fe	960	884	92,1	850	692	81,4	800	670	83,8
4	San Cristóbal	4588	3400	74,1	3500	3464	99,0	3700	3423	92,5
5	Usme	5008	4136	82,6	5000	4280	85,6	4900	4216	86,0
6	Tunjuelito	2321	2396	103,2	2625	2539	96,7	2915	2480	85,1
7	Bosa	10299	7878	76,5	10054	8249	82,0	8500	7738	91,0
8	Kennedy	11960	10480	87,6	12500	11620	93,0	11461	11277	98,4
9	Fontibón	6417	5101	79,5	4160	3805	91,5	3900	3709	95,1
10	Engativá	6732	6259	93,0	7000	6277	89,7	6800	5869	86,3
11	Suba	9185	8494	92,5	10200	9079	89,0	10500	9423	89,7
12	Barrios Unidos	3095	1596	51,6	2600	1786	68,7	4031	1721	42,7
13	Teusaquillo	2827	1498	53,0	4650	3327	71,5	4989	3050	61,1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	Población de un año - 2016	Fiebre Amarilla - 2016		Población de un año - 2017	Fiebre Amarilla - 2017		Población de un año - 2018	Fiebre Amarilla - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
14	Mártires	750	546	72,8	900	522	58,0	600	524	87,3
15	Antonio Nariño	4142	2995	72,3	4000	3322	83,1	5986	3230	54,0
16	Puente Aranda	5727	3455	60,3	6040	3746	62,0	7024	3625	51,6
17	Candelaria	125	90	72,0	120	92	76,7	93	123	132,3
18	Rafael Uribe	5250	4647	88,5	6700	5054	75,4	5787	5164	89,2
19	Ciudad Bolívar	9000	7459	82,9	9550	6774	70,9	8500	7117	83,7
20	Sumapaz	40	33	82,5	42	30	71,4	25	26	104,0
	Total	105341	82057	77,9	105191	86351	82,1	105191	84113	80,0

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 117. Cobertura de Vacunación con Fiebre Amarilla según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	Fiebre Amarilla	%	Fiebre Amarilla	%	Fiebre Amarilla	%
Contributivo	60886	74,2	65454	75,8	65064	77,4
Subsidiado	12801	15,6	11830	13,7	12909	15,3
Pobre No Asegurado	3282	4	3627	4,2	2739	3,3
Régimen Especial	5088	6,2	5440	6,3	3401	4,0
Total	82057	77,9	86.351	82,1	84.113	80,0

Fuente: informe mensual de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

42. Cobertura de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Hepatitis B para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

Todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, como responsables de la atención en salud, deben garantizar la vacunación de su población afiliada, fortaleciendo la inducción a la demanda y aplicando estrategias de información, educación y comunicación, conforme





al Plan Decenal de Salud, al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a la Resolución 5521 de 2013, y demás normatividad vigente.

Adicionalmente, dado lo anterior, cuando se presentan cierres de IPS con puntos de vacunación, se afecta la consecución de las coberturas, en total se ha evidenciado el cierre de 34 IPS públicas y privadas en los años 2017 y 2018, de éstas un número importante hacen parte de la EAPB Medimás, que además presenta uno de los mayores porcentajes en afiliación de población en la ciudad, y por tanto logra impactar en la cobertura de Bogotá.

Dado lo anterior, se han realizado seguimientos por parte de los equipos extramurales y de gestión del riesgo de las subredes, con el fin de captar a esta población que ha quedado sin información del punto de vacunación del prestador al cual acudir.

Como se observa en la tabla siguiente, la cobertura con hepatitis B, ha presentado disminución y el 2018 registra la cobertura más baja de los tres últimos años. Resultado que está directamente relacionado, con lo ya indicado en las vacunas anteriores, la diferencia entre la meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social (104.937 menores de un año) y la meta que establecen las aseguradoras por la Base de Usuarios de Afiliación al Sistema –BDUA- (83571 menores), la cual para el 2018, presentó una diferencia en 21366 menores, la más alta de los tres años analizados. Población que no se encuentra registrada como población afiliada a aseguradoras ni como población pobre no asegurada.

Tabla 118. Cobertura por Vacunación con Hepatitis B en niños menores de 1 año. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	100365	105191	95.4
2017	92794	104937	88.4
2018	90238	104937	86.0

Fuente: Informes mensuales de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

c. Desagregado por localidades

Tabla 119. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B, por Localidad. Bogotá D.C. Años 2016, 2017 y 2018.

Localidades	2016 - 2017 - 2018								
	Población menor un año 2016	Hepatitis B - 2016		Población menor un año 2017	Hepatitis B - 2017		Población menor un año 2018	Hepatitis B - 2018	
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%
1 Usaquén	8454	8471	100,2	8500	7369	86,7	7524	7449	99,0
2 Chapinero	7603	7049	92,7	7000	6654	95,1	6241	5806	93,0





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Localidades	2016 - 2017 - 2018									
	Población menor un año 2016	Hepatitis B - 2016		Población menor un año 2017	Hepatitis B - 2017		Población menor un año 2018	Hepatitis B - 2018		
		Vacunados	%		Vacunados	%		Vacunados	%	
3	Santa fe	850	762	89,6	780	752	96,4	780	681	87,3
4	San Cristóbal	4398	3966	90,2	3450	3522	102,1	3873	3453	89,2
5	Usme	4676	4624	98,9	4700	4580	97,4	4973	4571	91,9
6	Tunjuelito	2629	2686	102,2	2700	2732	101,2	2910	2702	92,9
7	Bosa	9800	9174	93,6	9000	8233	91,5	8500	7873	92,6
8	Kennedy	11869	12361	104,1	12760	12246	96,0	13000	11320	87,1
9	Fontibón	6520	5623	86,2	4068	3548	87,2	3800	3430	90,3
10	Engativá	7352	6946	94,5	7000	6310	90,1	7215	6023	83,5
11	Suba	9771	9811	100,4	9560	9375	98,1	10558	9913	93,9
12	Barrios Unidos	3011	2822	93,7	3500	2668	76,2	3303	2550	77,2
13	Teusaquillo	2927	2351	80,3	4279	3770	88,1	4657	3291	70,7
14	Mártires	658	587	89,2	600	572	95,3	600	555	92,5
15	Antonio Nariño	3691	3604	97,6	5253	3359	63,9	5043	3076	61,0
16	Puente Aranda	5611	4320	77,0	5882	3878	65,9	6679	4247	63,6
17	Candelaria	120	97	80,8	100	101	101,0	110	122	110,9
18	Rafael Uribe	5380	5705	106,0	6350	5287	83,3	6587	4847	73,6
19	Ciudad Bolívar	9826	9371	95,4	9420	7801	82,8	8559	8299	97,0
20	Sumapaz	45	35	77,8	35	37	105,7	25	30	120,0
	Total	105191	100365	95,4	104937	92794	88,4	104937	90238	86,0

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

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 120. Cobertura de Vacunación con Hepatitis B según régimen de afiliación al sistema. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Régimen	2016		2017		2018	
	Hepatitis B	%	Hepatitis B	%	Hepatitis B	%
Contributivo	76277	76	72101	77,7	68854	76,3
Subsidiado	15055	15	11785	12,7	13798	15,3
Pobre No Asegurado	4015	4	3619	3,9	4467	5,0
Régimen Especial	5018	5	5289	5,7	3119	3,5
Total	100.365	95,4	92.794	88,4	90.238	86,0

Fuente: linforme mensual de vacunación (POS y no POS). Biológicos aplicados Bogotá D.C. enero a diciembre de los años 2016, 2017 y 2018

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



43. Cobertura de vacunación (incluyendo numerador y denominador): Influenza en mayores de 60 años para los años, 2016, 2017 y 2018.

a) Total Bogotá

Para la administración de la vacuna de influenza dirigida a población de 60 y más años, se calcula la meta de acuerdo a la estimación de porcentaje de la población total de proyección DANE 2005 para Bogotá. El porcentaje establecido por año de la población total de 60 y más años corresponde al 7% en 2016, al 6% en 2017 y para el 2018 el 20%, dado por el incremento en entrega de vacuna del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las coberturas alcanzadas en los tres años, ver tabla siguiente, corresponden al 100,3% en 2016, el 92% en 2017 y 98.2% en 2018.

Tabla 121. Cobertura de vacunación con influenza en población de 60 y más años. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

Año	Numerador	Denominador	Total %
2016	65001	64878	100,2
2017	53589	58371	91,8
2018	200311	204385	98,0

Fuente: Aplicativo PAI, versión 2.0. Secretaría Distrital de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá. 2016, 2017 y 2018

b. Desagregado por localidad

De acuerdo a las metas de vacunación asignadas por localidad para la administración de la vacuna de influenza dirigida a población de 60 y más años, se observa, tabla siguiente, como en los años 2016 y 2018 las coberturas están por encima del 95%. Las localidades con mayor porcentaje de cumplimiento son: Kennedy, Suba, Engativá, Usaquén, Ciudad Bolívar y Bosa.

Tabla 122. Cobertura de vacunación con influenza en población de 60 y más años por localidad. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

LOCALIDADES	2016 - 2017 - 2018									
	INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS – 2016			INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS - 2017			INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS - 2018			
	Meta de población	VACUNA -DOS	% cobertura	Meta de población	VACUNA -DOS	% cobertura	Meta de población	VACUN A-DOS	% cobertur a	
1	USAQUEN	6097	6118	100,3%	5302	4875	92,0%	18564	18222	98,2%
2	CHAPINERO	947	950	100,3%	929	854	92,0%	3252	3192	98,2%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDADES	2016 - 2017 - 2018									
	INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS – 2016			INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS - 2017			INFLUENZA: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS - 2018			
	Meta de población	VACUNA -DOS	% cobertura	Meta de población	VACUNA -DOS	% cobertura	Meta de población	VACUN A-DOS	% cobetur a	
3	SANTAFE	1131	1135	100,3%	1102	1013	92,0%	3858	3786	98,1%
4	SAN CRISTOBAL	3751	3764	100,3%	3265	3002	92,0%	11432	11221	98,2%
5	USME	2804	2814	100,3%	2258	2076	92,0%	7905	7760	98,2%
6	TUNJUELITO	2166	2173	100,3%	1781	1638	92,0%	6238	6123	98,2%
7	BOSA	4291	4306	100,3%	3575	3287	92,0%	12517	12286	98,2%
8	KENNEDY	7632	7658	100,3%	6879	6325	92,0%	24086	23642	98,2%
9	FONTIBON	3711	3724	100,3%	3382	3110	92,0%	11843	11625	98,2%
10	ENGATIVA	7676	7702	100,3%	7107	6535	92,0%	24885	24427	98,2%
11	SUBA	8499	8431	99,2%	8480	7714	91,0%	29691	28834	97,1%
12	BARRIOS UNIDOS	1391	1396	100,3%	1238	1138	92,0%	4334	4254	98,2%
13	TEUSAQUILL O	1395	1400	100,3%	1280	1177	92,0%	4482	4400	98,2%
14	MARTIRES	878	881	100,3%	794	730	92,0%	2780	2729	98,2%
15	ANTONIO NARINO	1100	1104	100,3%	1077	990	92,0%	3770	3.701	98,2%
16	PUENTE ARANDA	2789	2798	100,3%	2457	2259	92,0%	8602	8444	98,2%
17	CANDELARI A	213	214	100,3%	208	191	92,0%	727	714	98,2%
18	RAFAEL URIBE	3531	3543	100,3%	3419	3144	92,0%	11972	11752	98,2%
19	CIUDAD BOLIVAR	4843	4859	100,3%	3798	3492	92,0%	13298	13053	98,2%
20	SUMAPAZ	31	31	100,3%	42	39	92,0%	149	146	98,3%
	TOTAL	64878	65001	100,2	58371	53589	91,8	204385	200311	98,0

Fuente: Aplicativo PAI, versión 2.0. Secretaría Distrital de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá. 2016, 2017 y 2018





c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud –SGSSS- de la población vacunada con influenza de 60 y más años, corresponde en su mayoría, como se observa en la tabla siguiente, al régimen contributivo, seguido del subsidiado, porcentaje que es constante en el trienio. En los años 2016 y 2017 se identifica un porcentaje de 0.1% de población sin información del régimen de afiliación.

Tabla 123. Cobertura de vacunación con influenza en población de 60 y más años por régimen de afiliación en salud. Bogotá DC. Años 2016, 2017 y 2018

REGIMEN	2016		2017		2018	
	INFLUENZA		INFLUENZA		INFLUENZA	
	ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS	%	ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS	%	ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS	%
CONTRIBUTIVO	45427	69,9	36548	68,2	140436	70,1
SUBSIDIADO	14463	22,3	12647	23,6	38805	19,4
POBRE NO ASEGURADO	543	0,8	643	1,2	6560	3,3
REGIMEN ESPECIAL	4568	7	3751	7	14510	7,2
TOTAL	65001	100,2	53589	91,8	200311	98

Fuente: Aplicativo PAI, versión 2.0. Secretaría Distrital de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá. 2016, 2017 y 2018

44. Vacunación dosis 0 para Sarampión frente al riesgo de epidemia.

En el distrito se inició la vacunación con dosis 0 de sarampión rubéola –SR- como respuesta en el plan de contención del brote de sarampión presentado en el Distrito. Esta actividad inició en el mes de octubre 2018, como vacunación por la táctica de bloqueo dirigida a la población susceptible de 6 a 11 meses que se identificara en las zonas de riesgo por presencia de casos sospechosos de sarampión. Luego en 2019, a partir del 14 de enero se inicia la vacunación a los menores de las cohortes de nacimiento de enero a julio de 2018, ubicados en las localidades priorizadas, por casos de sarampión, siendo: Los Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Usme y Santa Fé.

Como se observa en la tabla siguiente, el total la población de 6 a 11 meses de las cohortes identificadas corresponde a 12.908 menores. El mayor aporte a la meta de población es de la localidad Ciudad Bolívar con el 35.8%, seguido de Usme y Rafael Uribe, entre las tres acumulan el 73.8% de la meta total. Iniciaron con dosis 0 de SR el 14 de enero de 2019 las localidades de Ciudad Bolívar, Los Mártires, Rafael Uribe y Usme, y a partir del 8 de febrero de 2019 inician las localidades de Santa Fé y San Cristóbal.



Tabla 124. Relación de población de seis a 11 meses por cohortes de nacimiento y localidad priorizada, para administración de dosis 0 de vacuna SR. Bogotá. Enero 2019

Localidad	Cohorte	Inicio dosis 0 SR	Meta 6 11 meses	% aporte a la meta
Ciudad Bolívar	Enero a junio 2018	14 de enero 2019	4619	35,8%
Usme	Enero a junio 2018	14 de enero 2019	2529	19,6%
Rafael Uribe	Enero a junio 2018	14 de enero 2019	2370	18,4%
San Cristóbal	Enero a junio 2018	8 de febrero de 2019	2283	17,7%
Santa Fe	Febrero a julio 2018	8 de febrero de 2019	589	4,6%
Los Mártires	Enero a junio 2018	14 de enero 2019	518	4,0%
Acumulado			12908	100%

Fuente: Cohortes de nacimiento generadas por el aplicativo PAI, versión 2.0. Secretaría Distrital de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá. 2019

En las 6 localidades priorizadas se dispone de 53 puntos de vacunación, distribuidos entre la red pública y privada. Además se cuenta con la estrategia de comunicación y contacto telefónico a través del Call Center distrital, Campaña PAI y la articulación y gestión con la estrategia extramural de vacunación de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, para ubicar de manera domiciliaria a los menores, remitidos por el Call Center.

La cobertura para el Distrito, con corte a 10 de marzo de 2019, acumulado es del 77%, , donde la localidad de Ciudad Bolívar registra el mejor avance (92.3%), seguido de Rafael Uribe Uribe (88.9%) y Los Mártires (68.5%).

Tabla 125. Cobertura de vacunación con dosis 0 de vacuna SR en población de seis a 11 meses. Por localidad priorizada. Bogotá. Octubre de 2018 a marzo 10 de 2019

Localidad	Meta población de 6 a 11 meses	Población vacunada de 6 a 11 meses	% vacunados
Ciudad Bolívar	4619	4265	92,3%
Rafael Uribe	2370	2106	88,9%
Los Mártires	518	355	68,5%
Usme	2529	1723	68,1%
San Cristóbal	2283	1356	59,4%
Santa Fe	589	162	27,5%
Acumulado	12908	9967	77%

Fuente: Vacunación generada por el aplicativo PAI, versión 2.0. Secretaría Distrital de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá. 2019



VIII. Condiciones no transmisibles

45. Casos y tasa de mortalidad por crónicas en menores de 70 años para los años, 2016, 2017 y 2018.

Notas a la información:

- Las enfermedades crónicas, analizadas de forma agrupada, incluye: diabetes mellitus (E10-E14), enfermedades hipertensivas (I10-I15), enfermedad renal crónica (N18+proporción de N19), enfermedad respiratoria inferior crónica, excepto asma (J40-J47, excepto J45), tumor maligno del cuello uterino (C53+proporción de C55), tumor maligno de la mama (C50, femenino) y tumor maligno de la próstata (C61).
- El ajuste de las tasas de mortalidad se realizó con los grupos quinquenales de edad de la población mundial estándar vigente (OMS), ajustado al peso en menores de 70 años.
- 2018p indica que los datos son preliminares. Por tanto, se espera que cambien con el uso de bases definitivas.

a. Total Bogotá

El comportamiento es variable, teniendo un incremento del 2016 al 2017 y luego una disminución en el 2018. En el trienio completo (2016-2018) hubo un total de 4534 muertes por condiciones crónicas en menores de 70 años. Sin embargo, se presenta una tendencia a la baja de las tasas no ajustada y ajustada.

Tabla 126. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá. Bogotá D.C., 2016-2018p

Año	Casos	Tasa no ajustada	Tasa ajustada
2016	1593	21,0	18,6
2017	1599	20,8	18,4
2018p	1342	17,3	15,3

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

Tasa por 100.000 menores de 70 años

b. Desagregado por sexo

Para este periodo de tiempo se observa que, en promedio, el 60 % de las muertes se presentan en las mujeres.



Tabla 127. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años residentes en Bogotá según sexo. Bogotá D.C., 2016-2018p

Año	Hombres	Mujeres	Total
2016	604	989	1593
2017	650	949	1599
2018p	522	820	1342

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAUF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

c. Desagregado por localidades

Las localidades de Kennedy (n=600), Suba (n=552), Engativá (n=445) y Bosa (n=374) muestran el mayor número promedio de muertes en menores de 70 durante el periodo evaluado. No obstante, al ordenar por tasa ajustada (haciéndolas comparables por estructura de edad), las cinco con mayor riesgo (tasa ajustada media de mortalidad, TAMM) fueron Santafé (TAMM= 33,5 por 100.000 Usme (TAMM= 30,5 por 100.000), Rafael Uribe (TAMM= 27,8 por 100.000), San Cristóbal (TAMM= 25,6 por 100.000), y Los Mártires (TAMM= 25,2 por 100.000)

Tabla 128. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según localidad de residencia. Bogotá, 2016-2018p

LOCALIDADES	2016			2017			2018p		
	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada
01-USAQUEN	102	23,1	16,5	102	23,1	16,5	79	17,9	13,5
02-CHAPINERO	36	30,9	20,1	35	30,3	19,7	20	17,4	11,4
03-SANTAFE	32	35,3	29,8	43	48,2	42,8	30	34,2	28,0
04-SAN CRISTOBAL	120	31,7	32,0	95	25,3	26,0	72	19,3	18,9
05-USME	85	25,9	30,2	84	25,4	30,2	91	27,4	31,2
06-TUNJUELITO	48	26,7	24,1	40	22,5	22,1	51	29,0	24,7
07-BOSA	130	18,9	20,8	132	18,6	20,8	112	15,4	16,7
08-KENNEDY	203	17,8	16,9	217	18,7	16,9	180	15,3	14,3
09-FONTIBON	72	18,7	15,6	60	15,2	13,6	56	13,9	12,1
10-ENGATIVA	151	18,3	14,5	148	17,9	13,5	146	17,6	14,2
11-SUBA	175	14,6	12,5	213	17,4	13,5	164	13,1	11,5
12-BARRIOS UNIDOS	22	9,1	6,1	35	14,4	11,1	25	10,2	6,5
13-TEUSAQUILLO	33	25,7	15,2	33	25,9	15,2	13	10,3	6,3
14-LOS MARTIRES	27	30,7	23,6	31	35,5	28,6	20	23,1	16,5



LOCALIDADES	2016			2017			2018p		
	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada	Número	Tasa no ajustada	Tasa ajustada
15-ANTONIO NARIÑO	33	32,3	24,7	26	25,5	18,7	18	17,7	14,2
16-PUENTE ARANDA	64	30,6	23,8	69	33,5	26,8	42	20,8	15,8
17-LA CANDELARIA	5	23,8	16,9	4	19,3	12,9	7	34,1	24,2
18-RAFAEL URIBE	120	35,6	32,6	102	30,6	27,6	85	25,7	23,3
19-CUIDAD BOLIVAR	114	16,3	19,6	117	16,4	13,6	117	16,2	18,6
20-SUMAPAZ	1	14,4	14,7	2	28,4	28,2	0	0,0	0,0
SIN DATO	20	NA	NA	11	NA	NA	14	NA	NA
Total general	1593	21,0	18,6	1599	20,8	18,4	1342	17,3	15,3

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)

Tasa por 100.000 menores de 70 años

d. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En promedio, 861 (56,3%) muertes anuales ocurrieron en personas afiliadas al régimen contributivo. El número de muertes fue más frecuente en mujeres afiliadas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Debe tenerse en cuenta que los porcentajes no tienen en cuenta factores de ajuste (población, edad, enfermedad).

Tabla 129. Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles en menores de 70 años según tipo de afiliación. Bogotá, 2016-2018p

Régimen	2016	2017	2018p
CONTRIBUTIVO	897	943	743
SUBSIDIADO	562	538	499
EXCEPCION	84	61	52
ESPECIAL	0	5	2
NO ASEGURADO	37	41	43
SIN INFORMACION	13	11	3
TOTAL	1593	1599	1342

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE FINALES

FUENTE 2018: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales. -ADE preliminares (corte 08-01-2019 y ajustado 14-01-2019)



e. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Los factores asociados a la prevalencia de enfermedades crónicas en Bogotá nacen a partir del análisis de la situación epidemiológica, a partir de factores de riesgo y factores precursores.

Factores de riesgo:

- Inactividad Física (al igual que su contraparte comportamiento sedentarios)
- Consumo de tabaco
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamientos alimentarios asociados al riesgo de condiciones crónicas (bajo consumo de frutas y verduras, alto consumo de sal, consumo de bebidas azucaradas y consumo de grasa saturadas).

Factores precursores:

- Hipertensión arterial
- Obesidad

*Inactividad física: La actividad física insuficiente contribuye a causar la pérdida de 69,3 millones de AVAD y 3,2 millones de defunciones cada año. El informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 reportó que el 23% de los adultos de 18 años o más no eran lo suficientemente activos; las mujeres eran menos activas que los hombres y las personas mayores lo eran menos que los jóvenes; el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años no tenían una actividad física regular³.

En Colombia la prevalencia de cumplimiento de recomendaciones de actividad física durante el tiempo libre (realizar actividad física modelada por al menos 150 minutos a la semana o realizar actividad física vigorosa por al menos 75 minutos a las semanas o una combinación equivalente de las dos) en población de 18 a 64 años fue 19,90% y para Bogotá 18,3%. La prevalencia de caminar como medio de transporte (definida como caminar como medio de transporte por al menos 150 minutos por semana) fue 33,8% para Colombia y 40,5% para Bogotá. Por su parte la prevalencia de uso de bicicleta como medio de transporte (150 minutos por semana) fue 5,6% para Colombia y 4,3% para Bogotá⁴.

En 2012, Bogotá realiza una medición en la que se reporta se usó la metodología STEPWISE paso 1. Esta medición se realizó en población de entre 18 y 95 años. De acuerdo con las estimaciones realizadas en esta encuesta, 52,1% (IC 95% 52,07-52,16) de la población no realiza ejercicio físico, 19,1% (IC95% 19,07-19,14) se desplaza al trabajo

³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

⁴ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2011.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

caminando y tan sólo el 3,3% (IC95% 3,333-3,336) lo hace en bicicleta. Las actividades de ejercicio más frecuentes reportadas fueron fútbol, baloncesto, natación, Kung Fu y ciclismo. Dado que los datos no son comparables por aspectos conceptuales, metodológicos y rango de edad con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN), solo es posible asegurar que, de acuerdo a los resultados derivados de ambas fuentes, la actividad física continúa siendo un aspecto clave a abordar en el mejoramiento de la salud, bienestar y la disminución de condiciones crónicas en la población de Bogotá⁵.

168

En cuanto a la población infantil y adolescente, la prevalencia del tiempo dedicado por niñas, niños y adolescentes a ver televisión o al uso de videojuegos, 62% de este grupo de la población dedica 2 o más horas al día en estas actividades. En el grupo de 5 a 12 años el 19% pasa más de 4 horas, siendo mayor esta cifra en Bogotá, donde es de 26,3%. Para el grupo de edad de 13 a 17 años, la prevalencia nacional es 24,5% y para Bogotá es 33,6%⁶.

*Cigarrillo y tabaco: se estima que en el mundo mueren aproximadamente seis millones de personas debido al consumo de tabaco, incluidas más de 600 000 muertes a causa de la exposición al humo ajeno, de las cuales 170 000 son de niños. En el estudio realizado por Freeman MK y otros para estimar el consumo diario de cigarrillo en 187 países desde 1980 a 2012 (8), la prevalencia global del consumo de tabaco diario en la población mayor de 15 años se redujo de 41,2% en 1980 a 31,1% en el año 2012 para los hombres y del 10,6% a 6,2% para las mujeres; a pesar del descenso en la prevalencia, el número de fumadores diarios aumentó de 721 millones en 1980 a 967 millones en 2012⁷.

Las prevalencias mostraron variación considerable entre la edad, el sexo y los países, el número de cigarrillos por fumador por día también varía mucho de un país a otro y no se correlaciona con la prevalencia. Estos resultados pueden ser coincidentes con la entrada en vigencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2003 y el aumento progresivo del número de países que aplican al menos una medida MPOWER.

En Colombia, 42,1% de las personas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (53,6% de los hombres y 31,2% de las mujeres). El 12,9% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (18,8% para los hombres y 7,4% para las mujeres) y en la actualidad se consideran consumidores actuales. El 87,6% de la población colombiana considera de gran riesgo el hábito de fumar, siendo esta percepción mayor en las mujeres que en los hombres. Esta percepción se incrementa a medida que la población es mayor de edad. Es decir, los adolescentes

⁵ Porras A, Campos A, Nuñez L, Osorio E, Rico AF. Factores de Riesgo para HTA y Diabetes Mellitus tipo 2. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2012.

⁶ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2011.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

son los que menor percepción de riesgo tienen, siendo reportada esta percepción de gran riesgo por el 83% de este grupo⁸.

El país presenta una disminución significativa en la prevalencia de uso tabaco, entre los estudios 2008 y 2013 pasando de 17,29 a 12,95, con más de 4 puntos porcentuales de caída en el consumo actual (prevalencia de último mes), siendo para 2013 mayor la prevalencia en hombres que en mujeres (18,84 y 7,40, respectivamente). La incidencia de uso de tabaco en el último año de los estudios 2008 y 2013 presenta una disminución de la tasa de 4,77 a 1.8, resaltando que, a la fecha de presentación del informe, el dato de 2008 no había sido ajustado por indicadores demográficos a 2013⁹.

169

Bogotá presenta mayores prevalencias de uso de tabaco, respecto al país. Tanto para 2008 como para 2013, con una mayor tendencia a la disminución, pasando de 23,08% a 16,90%, logrando disminución de 6.18 % (10). En el estudio Distrital realizado en 2012 se describe que 18,1% (IC 95% 18,06-18,12) consume actualmente tabaco o cigarrillo condición significativamente superior en los hombres (27,5% frente a 9,7% en mujeres; p= 0,000). Aunque este último dato no resulta comparable con el de país por las diferencias metodológicas entre ambos estudios¹⁰.

*Consumo de alcohol: Según estimaciones mundiales para 2012 podía atribuirse al consumo alcohol un 5,9% (3,3 millones) de todas las defunciones a nivel mundial y la pérdida 5,1 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹¹. Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, indica que el 87% de los participantes declaró haber consumido alguna vez en la vida. A su vez, 35,8% manifiesto haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, lo que equivale a 8,3 millones de personas. Para Bogotá, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días fue de 39,5%¹².

⁸ Ministerio de Justicia y del Derecho. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - Colombia, Embajada de los Estados Unidos de América en Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.

⁹ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. Bogotá D.C: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2011.

¹⁰ Porras A, Campos A, Nuñez L, Osorio E, Rico AF. Factores de Riesgo para HTA y Diabetes Mellitus tipo 2. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 2012.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

¹² Ministerio de Justicia y del Derecho. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito - Colombia, Embajada de los Estados Unidos de América en Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En Colombia el porcentaje de personas que consumieron durante el último año es de 58,8%, existiendo diferencias marcadas en el consumo por sexos. Mientras el 46.2% de los hombres manifiesta haber consumido alcohol en el último mes, entre las mujeres la cifra es del 25,9%. La edad de inicio del consumo de alcohol es alrededor de 16 años entre los hombres y 18 años entre las mujeres (10). Por grupos de edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, 49,2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, seguida por una tasa de 45,4%, que corresponde a los jóvenes de 25 a 34 años. Le sigue el grupo de 35 a 44 años 37,55% y luego los de 45 a 65 años con 27,57%. Los adolescentes, para quienes es prohibido se les venda alcohol, presentan la menor tasa de consumo. Sin embargo, ésta es de 19,3%.

170

El consumo de bebidas alcohólicas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico. Este pasa de 32,3% en el estrato 1 a 42,1% en los estratos 4, 5 y 6. Sin embargo, es necesario anotar que el patrón de consumo problemático de alcohol es mayor en los sectores socioeconómicos bajos y medios, en comparación con los altos. Realizada la comparación entre los datos de estudio de uso de sustancias 2008 y 2013 se evidencia un aumento porcentual de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. Para el país el incremento es de 1,99 y para Bogotá de 2,83.

Comportamientos alimentarios asociados al riesgo de condiciones crónicas

*Consumo de frutas y verduras: La ENSIN 2010 indagó el consumo de frutas en dos condiciones en jugo y enteras; para el primer caso se identificó que el 89,6% de los colombianos consume frutas en jugo con regularidad en un mes usual, el 50,5% lo hace diariamente y 35,9% de forma semanal. El 22% consume jugos de frutas naturales una vez al día, 18,7% dos veces al día y 9,8 tres o más veces. No se encontraron muchas variaciones por rango de edad, aunque se observa mayor consumo en el grupo de 5 a 8 años (6). El estudio realizado por Bogotá en 2012 registra que el 34 % de los encuestados no alcanzó el consumo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Respecto al consumo de frutas enteras el 82% de los colombianos consume frutas sin ningún tipo de procesamiento en un mes regular, el 51,9% lo hace semanalmente, el 27,7 diariamente, el 7,6% lo hace semanalmente y el 12,17% no realiza esta práctica. Por regiones se identifica que el mayor consumo diario se presenta en Bogotá en donde la proporción de frecuencia semanal es de 54,4% (6), siendo 2,5 más alta que la de Colombia. El consumo total de frutas enteras y en jugo para el país fue de 66,8% y para Bogotá de 74,4%.

De acuerdo a los reportes de la ENSIN 2010, 64,9% consume verduras cocidas y 9,4% las consume diariamente. Mientras las verduras crudas son consumidas por el 76,9%, con un consumo diario del 16,1%. En Colombia, 28,1% de la población consume hortalizas a diario mientras que en Bogotá lo hace 33%.

Con respecto al consumo de bebidas azucaradas, la prevalencia para Bogotá fue de 24,1% (Colombia 21.1%). Con respecto a Colombia, la población de Bogotá adiciona más sal a los alimentos servidos 21,3% (Colombia el 16,7%).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Finalmente, se observa que con respecto al país hay una mayor proporción de habitantes de Bogotá que adicionan sal a sus alimentos luego de servidos en la mesa (16,7 y 21,3%, respectivamente).

Eventos precursores

171

***Sobrepeso y obesidad:** De acuerdo a las estadísticas sanitarias mundiales, se estimaba que en 2012 había 44 millones de niños menores de 5 años (el 6,7% del total mundial) con sobrepeso u obesidad. Según esta cifra, la prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad en la niñez ha aumentado desde un 5% aproximadamente en 1990 hasta 7% en 2012.

En Colombia, 17,5% de los niños y jóvenes de 5 a 17 años presentaron exceso de peso. 13,4% tenía sobrepeso y 4,1% obesidad. Las prevalencias para Bogotá son superiores, con una prevalencia de sobrepeso infantil de 16,4% y de obesidad 4,6%. Por grupo de edad la prevalencia de exceso de peso fue de 18,9% en niños de 5 a 9 años y de 16,7% de 10 a 17 años; la obesidad fue mayor en los niveles más altos del SISBEN 14,3% en el nivel 1 frente a 22,3 en el nivel 4 o más, así como en las madres con educación superior 26,8% frente a las sin educación con 9,4.

La mitad de la población colombiana de 18 a 64 años presentó algún grado de exceso de peso 51,2%, de la cual el 34,6% se encontró en sobrepeso u obesidad con índices de masa corporal de 25 a 30; el exceso de peso para el país aumento desde el año 2005 a 2010 de 45,9% a 51,2%. En Bogotá, esta prevalencia pasó de 48,5% a 50,4% en el mismo periodo.

De acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010 y con respecto a 2005, el sobrepeso (IMC, mayor o igual a 25 y menor o igual a 30) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2 puntos porcentuales. La obesidad (IMC > a 30 años) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2,5 puntos porcentuales en el 2010 con respecto al 2005. De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, entre los años 2005 y 2010 la obesidad aumentó un 2,7% en los hombres y un 3,5% en las mujeres. La obesidad tiene un aumento directamente proporcional con la edad, es más frecuente en los adultos mayores, en los que aumentó 2,7%.

***Hipertensión arterial:** Para el país, la prevalencia de personas adultas con hipertensión, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2007 y estimando los controlados y no controlados es de 25,05% (12), que difiere del reporte oficial de 23,0% considerando que en este último no se tuvo en cuenta a las personas no controladas que están con tratamiento (13). En Bogotá, el porcentaje de personas que manifestaron conocer el diagnóstico de HTA alguna vez en la vida fue 13%. En el grupo de edad de 60 o más años hubo el 46,6%, seguido del grupo de edad de 50 a 59 años. En cuanto a sexo la mayor prevalencia se presentó en el grupo de edad de 60 o más años en las mujeres 55,9% contra 34,2% en los hombres, seguido del grupo de edad de 50 a 59 años en donde el 28,4% de las mujeres manifestaron tener HTA frente al 16,5% de los hombres.

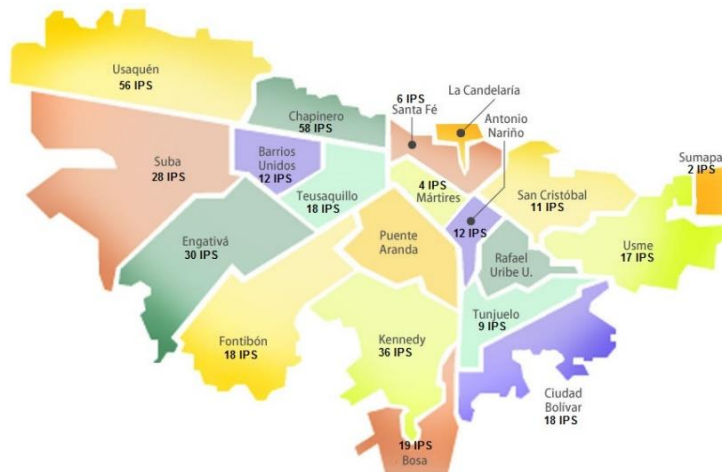


f. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

Desde el proceso transversal Gestión de Programas, se ha realizado fortalecimiento a las IPS a través de su caracterización, gestión del riesgo y fortalecimiento de capacidades al talento humano para la prestación de servicios integrales de acuerdo al Modelo Integral -MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS.

A continuación, en la ilustración se observa el número de IPS abordadas de acuerdo a las condiciones crónicas priorizadas (Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). En las IPS se avanza el análisis de cobertura, implementación de Rutas Integrales de Atención y seguimiento a cohortes, así mismo se realiza capacitación a los equipos de profesionales con énfasis en factores de riesgo para condiciones crónicas (actividad física, alimentación saludable, disminución de consumo de tabaco y alcohol).

Ilustración 13. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud abordadas durante el segundo semestre 2016 y años 2017 a 2018



Fuente: Reporte de Subredes proyecto de inversión 1186, datos preliminares sin ajustes al sistema.

Desde el Espacio Vivienda, se identifica y direcciona a las personas con condiciones crónicas que requieren canalización a las EAPB. De acuerdo al reporte del proyecto de inversión 1186, avance acumulado años 2016 a 2018, se identificaron en éste espacio 1.735 personas con condición crónica sin tratamiento, de ellas el 64% recibieron canalización efectiva a servicios de salud.

En cumplimiento del Acuerdo 614 de 2015 del Concejo de Bogotá, “por medio del cual se establecen estrategias para el control de la obesidad y el sobrepeso en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”, y de la Ley 1355 de 2009, se han realizado Jornadas Distritales y celebración de fechas conmemorativas a partir de la agenda saludable para la movilización social en salud. Una de estas jornadas fue el desarrollo de la Semana de Hábitos y Estilos de Vida





Saludables realizada en septiembre de 2017 y 2018, en la cual participaron 56.378 personas pertenecientes a las cuatro subredes de Bogotá, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 130. Población beneficiada semanas de hábitos saludables

Semana de hábitos saludables	2017	2018	Total participantes
Subred Sur	3.335	1.940	5.275
Subred Norte	16.475	5.363	21.838
Subred Sur Occidente	16.000	6.493	22.493
Sudred Centro Oriente	1.379	5.393	6.772
		Absoluto	56.378

Fuente: Informes finales de jornadas hábitos de vida saludables Subredes Integradas de Servicios de Salud 2017 y 2018

El objetivo de las Jornadas fue promover Hábitos de Vida Saludables en cada uno de los Espacios de Vida Cotidiana de la población general para fortalecer factores protectores y reducir la exposición y afección por las condiciones crónicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y salud en la población de Bogotá.

Las acciones fueron encaminadas a promover y estimular la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte como acciones que previenen el sedentarismo y las condiciones crónicas durante todo el curso de vida; promover hábitos de alimentación saludables, para prevenir el exceso de peso en todo el curso de vida y evitar factores obesogénicos: educar en Hábitos de Vida Saludable en la población general para fortalecer factores protectores y reducir la exposición y afección por las condiciones crónicas; y fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de la población en Bogotá.

Se contó con un material gráfico difundido a través de diferentes medios de comunicación masivas como emisoras locales y redes sociales de cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud; así mismo boletín de prensa relacionado con hábitos de vida saludables publicado en la página de la Secretaría Distrital de Salud. (Ver ilustración).

Ilustración 14. Material gráfico difundido a través de diferentes medios de comunicación en las jornadas de hábitos saludables 2017 y 2018



Fuente: Elaborado por la oficina de Comunicaciones Subred Suroccidente y la Oficina de Comunicaciones de la SDS



Por otra parte, en los meses de octubre y noviembre de 2018 se realizaron las jornadas para la promoción de la actividad física en el Distrito a través del reto 10 mil pasos por Bogotá cuyo objetivo fue promover el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física para la salud en la población de Bogotá. Se integraron y participación 34 entidades del Distrito, 25 entidades públicas, 6 entidades privadas, 3 universidades y 3 Asociaciones Científicas. En las actividades propuestas y desarrolladas en el Reto #10milpasosxBogotá hubo participación de más de 5.280 personas pertenecientes a todas las localidades.

En el Espacio Vivienda se desarrollaron acciones de seguimiento y consejería familiar e individual en hábitos de vida saludables y acciones de gestión de riesgo específica a personas con condiciones crónicas por reportarse sin asistencia regular a los programas de las subredes. Para el periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 se han caracterizado 43.844 familias en este espacio; todas las familias caracterizadas que presentaban riesgo de condiciones crónicas recibieron consejería e implementación de planes familiares para la promoción de hábitos saludable.

Tabla 131. Población beneficiada de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018.

Espacio Vivienda	Dato acumulado Año			Número absoluto	%
	2016	2017	2018		
Familias caracterizadas en espacio vivienda	3.407	17.781	22.656	43.844	
Familias caracterizadas que presentaron riesgo para condiciones crónicas	477	6.605	4.798	11.880	27%
Familias caracterizadas que presentaban riesgo de condiciones crónicas con planes implementados para la promoción de hábitos saludable y detección de riesgo para condiciones crónicas.	142	7.565	9.074	16.781	38%
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA-Mama		10.770	14.668	25.438	
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA-Mama, que reciben orientación para acceso a servicios de detección temprana		10.770	14.668	25.438	100%
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años sin tamizaje		26.476	12.748	39.224	
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años que reciben orientación para tamizaje.		26.476	12.748	39.224	100%
Hombres mayores de 50 años caracterizados		6.295	10.790	17.085	
Consejería a hombres mayores de 50 años que reciben orientación frente a detección temprana de cáncer próstata		6.295	10.790	17.085	100%

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.



Tabla 132. Canalización efectiva personas con condición crónica espacio vivienda

Espacio vivienda	2016	2017	2018	Total
Personas con condición crónica sin tratamiento	577		1158	1.735
Personas que recibieron canalización efectiva	350		766	1.240
Porcentaje de canalización efectiva	61%		66%	64%

Fuente: Informes finales de jornadas hábitos de vida saludables Subredes Integradas de Servicios de Salud 2017 y 2018

En el Espacio Trabajo, las acciones que se desarrollan y aportan a la meta 2-Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años son: Consejería para prevención de consumo de tabaco a 3.030 trabajadores, consejería a 623 trabajadores con consumo problemático de bebidas alcohólicas, Educación en prevención de exposición a rayos ultravioleta a 2.178 personas, consejería a 28.044 trabajadores en la importancia de realizar actividad física.

Tabla 133. Acciones que aportan a meta 2 en el espacio trabajo

Espacio trabajo	2016	2017	2018	Total
Consejería para prevención de consumo de tabaco	1.293		1.737	3.030
Consejería a trabajadores con consumo problemático de bebidas alcohólicas	271		352	623
Trabajadores con exposición a rayos ultravioleta	761		1.417	2.178
Consejería a trabajadores sedentarios o que no cumplen las recomendaciones de actividad física para la salud	14.296		13.748	28.044

Fuente: Informes finales de jornadas hábitos de vida saludables Subredes Integradas de Servicios de Salud 2017 y 2018

En las Unidades de Trabajo Informal - UTI desde el Espacio trabajo, se hace énfasis en el abordaje preventivo y de orientación a tamizaje de personas con riesgo de condiciones crónicas, presentando los siguientes resultados: entre 2016 y 2018 se ha realizado 29.966 asesorías a trabajadores pertenecientes a 22.043 UTIS que recibieron información sobre autocuidado para las condiciones crónicas. Se realiza consejería sobre hábitos y estilos de vida saludables a 10.830 trabajadores sobre autocuidado para las condiciones crónicas.

Tabla 134. Trabajadores intervenidos en UTIS para condiciones crónicas

Espacio trabajo	2016	2017	2018	Total
Trabajadores con asesoría sobre autocuidado para las condiciones crónicas	2.440	10.272	17.254	29.966
UTIS intervenidas	7.820	8.096	6.127	22.043
Consejería sobre hábitos y estilos de vida saludables	2.440	3.667	4.723	10.830

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.



En el Espacio Educativo, en el acumulado para los años 2016 a 2018 se realizaron 11.144 sesiones de espacios escolares saludables para la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y otras prácticas para el bienestar de las comunidades educativas contando con la participación de 5.773 docentes y 296.548 estudiantes.

Inmerso en la acción integrada Sintonizarte, en el periodo 2016 a 2018 se desarrollaron acciones específicas para mejorar los hábitos de vida saludable y generar factores protectores para condiciones crónicas realizando acciones en 100 instituciones educativas, se realizaron 11.144 sesiones de espacios escolares saludables para la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y otras prácticas para el bienestar de las comunidades educativas contando con la participación de 5.773 docentes y 296.548 estudiantes.

Tabla 135. Comunidad Educativa Intervenida para la promoción de Hábitos en Escolares de Vida Saludable (HEVS).

Año		Estudiantes	Docentes	Sesiones o espacios escolares saludables
2016		4.417		238
2017		32.139	5.387	902
2018		64.462	346	2.098
Ciclos	1	70.231	40	3.631
	2	49.804		1.775
	3	50.932		1.636
	4	24.563		864
	Total	296.548	5.773	11.144

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.

En el 2016 desde el espacio educativo se implementó la estrategia *Disfrutarte* que mediante la metodología de círculos conversacionales promovió la alimentación saludable, la actividad física, los espacios libres de humo del cigarrillo. Se logró aplicar 238 sesiones, beneficiando a un total de 4.417 personas de la comunidad educativa. Se realizaron 66 acompañamientos en aula beneficiando a 901 estudiantes de 28 colegios del Distrito.

Durante el año 2018 se incorporó el desarrollo de la acción integrada por ciclos en la interacción de las dimensiones de la salud pública para afectar positivamente los entornos escolares a través de acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo que promuevan el bienestar y el desarrollo de capacidades en la comunidad educativa en los establecimientos educativos priorizados.

Se desarrollaron acciones en los cursos de vida abordados en cuatro (4) ciclos de formación dados por los procesos de enseñanza y desarrollo humano escolar, las acciones contienen cuatro ejes transversales, (Afecto y convivencia, alimentación saludable para la vida, desarrollo motor feliz y vida salud y ambiente). Durante el año 2018 se llevó a cabo la realización de 7.906 sesiones para la promoción de hábitos saludables impactando a 195.530 estudiantes distribuidos de la siguiente manera: 3.631 sesiones del ciclo 1 incentivando la actividad física desde el movimiento activo y juego





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

activo, con 70.231 estudiantes. Realización de 1.775 sesiones del ciclo 2 para promover la práctica de la actividad física desde el movimiento activo y el juego activo, con 49.804 estudiantes. Realización de 1.636 sesiones del ciclo 3 en temas relacionados con actividad física desde las artes y el movimiento corporal, con 50.932 estudiantes.

Adicionalmente, se realizaron 864 sesiones del ciclo 4 en temas relacionados con actividad física para la vida y el autocuidado, con 24.563 estudiantes. Realización de 60 sesiones padres encaminadas al fortalecimiento de la alimentación saludable y aprovechamiento del tiempo libre, con 1.140 padres, madres y cuidadores. 7 Jornadas de hábitos saludables, con la participación de: 4.824 estudiantes y 40 docentes. Realización de 75 sesiones de diseño y construcción de la estrategia comunicativa en hábitos saludables, con 397 líderes estudiantiles, presentándolas a 332 estudiantes y 17 docentes.

Para el Espacio Público, se adelantaron acciones en articulación con los siguientes sectores: Alcaldías locales; Dirección de participación, COIS; Espacio de vida cotidiana: (Vivienda, Trabajo, Educativo, Gobernanza, Programas y Acciones, VSP); IDRD; Juntas de Acción Comunal, Comités Salud; Secretaria de Integración Social, con quienes se desarrollaron 1.194 jornadas en hábitos saludables para prevenir las condiciones crónicas; 946 iniciativas comunitarias en Hábitos Saludables; 164 iniciativas comunitarias para persona mayor; 86 acciones itinerantes relacionadas con condiciones crónicas realizadas en los Barrios Promotores de la Salud Urbana en los siguientes temas: Salud ambiental; Promoción actividad física y disminución del sedentarismo; Alimentación Saludable; Prevención IRA; Prevención consumo SPA.

Por otro lado, en el Espacio Público desde abril de 2017 se desarrolla la estrategia “*Cuídate Se Feliz*” que tiene por objetivo identificar alertas de riesgo para enfermedades crónicas en mayores de 18 años, haciendo énfasis en la identificación y consejería frente a alertas de riesgo para obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Durante el proceso de implementación de la estrategia se ha contado con 760 puntos activos registrados con equipos de profesionales en parques, centros comerciales y zonas de alta afluencia de público en días de semana y diferentes puntos de valoración en ciclovia, haciendo énfasis en la identificación y consejería frente a alertas de riesgo para obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC.

A la fecha la estrategia *Cuídate Se Feliz* ha realizado la valoración de alertas de riesgo, realizado consejería específica sobre la práctica regular de actividad física, alimentación saludable, disminución del consumo de tabaco y alcohol, y medidas de protección frente a la contaminación por la calidad del aire y radiación UV, durante el 2017 y 2018 a corte 30 de noviembre se han valorado de acuerdo a lo reportado por las Subredes a 348.513 personas de las cuales el 5% (n=15.738) presentaba alerta de riesgo cardiovascular alto, el 40% (n=139.940) presentó alerta de riesgo cardiovascular medio, a cada grupo se dio recomendaciones específicas de solicitud de atención en su servicios de salud a través de canalización u orientación en hábitos de vida saludables y el 100% (n=348.513) recibieron consejería y recomendaciones sobre hábitos y comportamientos saludables.





Tabla 136. Población valorada en los puntos cuídate Sé feliz entre 2017 a noviembre de 2018.

Cuídate Sé Feliz	2017	%	2018	%	Total	%
Puntos registrados	170		218		388	
Personas valoradas	191.450		157.063		348.513	
Personas con alerta de riesgo cardiovascular alto	9.058	5%	6.680	4%	15.738	5%
Personas con alerta de riesgo cardiovascular medio	64.157	34%	75.783	48%	139.940	40%
Total personas con alerta de riesgo cardiovascular medio y alto	73.215	38%	82.463	53%	155.678	45%

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.

• **Intervenciones realizadas desde la gestión individual del riesgo.**

En términos de la gestión individual del riesgo, según datos reportados en Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2016 y 2018 se realizaron un total de 3.865.080 atenciones a 1.373.748 personas a nivel distrital con diagnóstico relacionado con enfermedades hipertensivas, en promedio 2.8 atenciones por persona; en cuanto al evento Diabetes Mellitus, se realizaron durante el periodo 2016 - 2018 un total de 1.116.829 atenciones a 338.433 personas, con un promedio de 3.3 atenciones por persona. (Ver tabla).

Tabla 137. Número de Atenciones por Enfermedades Hipertensivas y Diabetes Mellitus, Bogotá 2016-2018.

Evento		2016	2017	2018
Enfermedades Hipertensivas	Atenciones	1.188.917	1.704.074	972.089
	Personas	432.294	570.057	371.397
	Concentración	2.8	3.0	2.6
Diabetes Mellitus	Atenciones	349.989	494.742	272.098
	Personas	104.942	136.116	97.375
	Concentración	3.3	3.6	2.8

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2013 – 2018 (a partir del reporte realizado por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social) - Consulta diciembre de 2018 (información preliminar año 2018).

En el comportamiento de los tres últimos años, el mayor número de atenciones se dio en general durante el año 2017, observándose un crecimiento tanto en atenciones como en personas atendidas frente al año 2016, siendo necesario aclarar, que la información al año 2018 es preliminar y se estima que la tendencia observada continúe siendo al crecimiento.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

De otra parte, en el contexto de la adaptación para la implementación de la Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico para Bogotá D.C., se han venido ejecutando acciones para la definición e implementación de lineamientos técnicos que orientan las intervenciones colectivas, poblacionales e individuales de la RIAS a ser brindadas por los diferentes actores del sector salud a nivel Distrital.

179

Es así que en el marco de la atención de las necesidades de la población del Distrito, en lo referente a la RIAS Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico y a los requerimientos de asistencia técnica de EAPB e IPS, se desarrollaron las siguientes acciones durante el periodo solicitado:

- ✚ Adopción de la iniciativa Internacional (OPS/OMS) “Corazones Globales” en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, la cual integra las estrategias de “Conoce tu riesgo”, “Toma el control” y “Recetta A”, las cuales se vienen implementando a nivel mundial para efecto de la identificación de riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, control y manejo temprano de riesgo y eventos relacionados con las condiciones crónicas, en el marco de las metas del milenio, y se constituye en la herramienta articuladora de las diferentes intervenciones de la RIAS CCVM.
- ✚ En el contexto anterior, se han realizado setenta visitas de asistencia técnica para el alistamiento para la implementación de las RIAS, realizadas a EAPB y a IPS con acompañamiento y fortalecimiento de competencias.
- ✚ Asistencias técnicas para el alistamiento en la implementación de la RIAS CCV y fortalecimiento de competencias del Talento Humano de IPS, Subredes Integradas de Servicios de Salud y Universidades, para la articulación de la RIAS Cardio Cerebro Vascular Metabólica con la iniciativa Corazones Globales.
- ✚ A partir del segundo semestre de 2018 se dio inicio a la prueba piloto de la implementación de la iniciativa “Corazones Globales” en cuatro (4) CAPS de las diferentes Subredes Integradas de Servicios de Salud y dos (2) IPS de la red de servicios de la EPS Famisanar, avanzándose en la reclasificación de riesgo de los pacientes de programas de crónicos, aplicando las herramientas de clasificación de riesgo definida en la guía de práctica clínica del MSPS.

46. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

b. Desagregado por localidades

Se presentaron en los años 2016, 2017 y 2018 un total de 662 muertes. Las cinco localidades con mayor número promedio de muertes por este cáncer en el trienio (2016 – 2018) fueron Kennedy (n=31), Suba (n=28), y San Cristóbal, Engativá y Ciudad Bolívar con (n=19) respectivamente. Por su parte las cinco primeras localidades según tasas crudas fueron Candelaria (16,0 por 100.000), Rafael Uribe (9,5 por 100.000), San Cristóbal (9,4 por 100.000) Antonio Nariño (8,4 por 100.000),) y Mártires (7,9 por 100.000).



Tabla 138. Mortalidad atribuible a cáncer de cuello uterino según localidad de residencia. Bogotá 2016 – 2018p*

LOCALIDADES	2016		2017		2018p*	
	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres
1 USAQUEN	17	6,7	6	2,4	13	5,1
2 CHAPINERO	8	12,0	3	4,5	3	4,6
3 SANTA FE	6	12,5	3	6,4	2	4,3
4 SAN CRISTOBAL	29	14,2	17	8,4	11	5,5
5 USME	14	8,1	9	5,2	14	8,0
6 TUNJUELITO	6	6,3	3	3,2	6	6,4
7 BOSA	14	3,9	16	4,3	21	5,4
8 KENNEDY	29	4,8	35	5,7	29	4,6
9 FONTIBON	8	3,8	5	2,3	4	1,8
10 ENGATIVA	20	4,4	16	3,5	22	4,8
11 SUBA	30	4,6	22	3,3	31	4,5
12 BARRIOS UNIDOS	9	6,8	4	3,0	2	1,5
13 TEUSAQUILLO	5	6,7	4	5,4	2	2,7
14 MARTIRES	4	8,6	4	8,7	3	6,5
15 ANTONIO NARINO	7	12,6	4	7,2	3	5,4
16 PUENTE ARANDA	6	5,3	10	9,0	3	2,7
17 CANDELARIA	1	9,5	3	28,9	1	9,7
18 RAFAEL URIBE	24	13,3	14	7,8	13	7,3
19 CIUDAD BOLIVAR	22	6,0	18	4,8	16	4,2
20 SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SIN LOCALIDAD	3	0,0	4	0,0	1	0,0
TOTAL	262	6,4	200	4,8	200	4,7

Fuente: 2016 – 2017 Base de datos SDS-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS finales, 2018p*. - preliminar (Corte 31/12/2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

Tabla 139. Mortalidad por cáncer de cuello uterino según régimen de afiliación, Bogotá 2016 – 2018p*

REGIMEN DE AFILIACION	2016		2017		2018p*		Media	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CONTRIBUTIVO	149	56,9	104	52,0	123	61,5	125	56,8
SUBSIDIADO	101	38,5	85	42,5	71	35,5	86	38,8
EXCEPCION	9	3,4	8	4,0	4	2,0	7	3,1
ESPECIAL	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,2
NO ASEGURADO	3	1,1	3	1,5	1	0,5	2	1,0
TOTAL	262	100,0	200	100,0	200	100,0	221	100,0

Fuente: 2016 – 2017 Base de datos SDS-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS finales, 2018p*. - preliminar (Corte 31/12/2018)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

d. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

Los factores asociados a la prevalencia de cáncer de cuello uterino en Bogotá esta relacionados a:

1. Factores medio ambientales o exógenos incluyendo anticonceptivos hormonales
2. Tabaquismo
3. Paridad y confección con otras enfermedades de transmisión sexual
4. Factores virales
5. Factores genéticos y/ o relacionados con la respuesta inmune

181

La alta paridad, por ejemplo, se asocia con un riesgo aumentado de carcinoma cervical invasivo, por el número de parejas sexuales y la edad del primer coito. El riesgo relativo de cáncer cervical invasivo aumenta a mayor número de embarazos a término. Se ha postulado que el mecanismo a través del cual una alta paridad aumenta el riesgo de carcinoma cervical es mediante el mantenimiento durante muchos años de la zona de transformación en el exocérvix, lo que puede facilitar la exposición al VPH, aunque podrían estar implicados factores hormonales.

El riesgo de contraer este cáncer es muy bajo entre las niñas menores de quince años, pero aumenta entre los últimos años de la adolescencia y la mitad de la tercera década de vida. A diferencia de muchos otros tipos de cáncer, que rara vez afectan a las mujeres adultas jóvenes, el cáncer del cuello uterino puede afectar a las jóvenes en su tercera década de vida e incluso a las adolescentes. Aunque el riesgo de cáncer del cuello uterino no aumenta mucho después de los 40, tampoco disminuye. Las mujeres pobres tienen un riesgo mayor de contraer cáncer del cuello uterino.¹³

Así mismo otros factores importantes están relacionados a condiciones como pobreza, inadecuado proceso de urbanización, bajo nivel de actividad física, alimentación no saludable y el consumo nocivo de alcohol.¹⁴

e. Intervenciones realizadas desde **promoción de la salud, gestión del riesgo colectivo, gestión de riesgo individual.**

En la Secretaria Distrital de Salud desde el año 2017 se inició el proceso de diseño e implementación de estrategias orientadas a la prevención de condiciones crónicas a través del PSPIC (acciones integradas de gestión en salud pública para el fortalecimiento de IPS junto con las desarrolladas en los espacios de vida cotidiana). Durante el año 2018 se realizó fortalecimiento de capacidades a más de 600 profesionales de la salud pertenecientes a las redes de centros de atención del Distrito para la detección temprana de cáncer y promoción de factores protectores de la salud.

¹³ Secretaria Distrital de Salud, Documento Marco Virus de Papiloma Humano 2011

¹⁴ Marco De Acción Para El Mejoramiento De La Calidad De Vida Y La Reducción De La Exposición Y Afectación Por Condiciones Crónicas En La Población De Bogotá 2016



En el Espacio Vivienda: para el periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 se han caracterizado 43.844 familias en este espacio; todas las familias caracterizadas que presentaban riesgo de condiciones crónicas recibieron consejería e implementación de planes familiares para la promoción de hábitos saludable, 39.224 mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años que reciben orientación para tamizaje cáncer de cuello uterino.

Tabla 140. Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello beneficiadas de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018.

Espacio Vivienda	Dato acumulado Año			Número absoluto	%
	2016	2017	2018		
Familias caracterizadas en espacio vivienda	3.407	17.781	22.656	43.844	
Familias caracterizadas que presentaron riesgo para condiciones crónicas	477	6.605	4.798	11.880	27%
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años sin tamizaje	26.476		12.748	39.224	
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años que reciben orientación para tamizaje.	26.476		12.748	39.224	100%

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.

- **Intervenciones realizadas desde la gestión individual del riesgo.**

En lo relacionado con la gestión individual del riesgo en el evento cáncer de cuello uterino, según datos reportados en Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2016 y 2018 se realizaron un total de 3.152 consultas a 1.080 mujeres a nivel distrital con diagnóstico relacionado con tumor maligno de cuello uterino; así mismo, se realizaron un total de 3.008 procedimientos a 595 mujeres que consultaron por este motivo. Por urgencias, se tuvo un total de 102 atenciones realizadas a 79 mujeres con este diagnóstico y en hospitalización un total de 145 egresos generados por atención a 113 mujeres. Es de anotar, que el número de atenciones tanto por consulta externa, urgencias y en procedimientos fue mayor en el año 2017 y creciente frente a las actividades realizadas en 2016, siendo necesario aclarar que los datos del año 2018 son preliminares y por tanto incompletos a la fecha de consulta. (Ver tabla)

Tabla 141. Número de Atenciones por Tumor maligno del cuello de útero, Bogotá 2016-2018.

Tumor Maligno del Cuello de Útero	2016		2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Consultas	1.202	404	1.329	434	621	242
Procedimientos	860	157	1.253	248	895	190
Urgencias	28	20	39	36	35	23
Hospitalización	53	46	48	36	44	31

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2013 – 2018 (a partir del reporte realizado por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social) – Consulta diciembre de 2018 (información preliminar año 2018).

En cuanto a las actividades de detección temprana, se observó durante el año 2016 que la proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina fue de 36.62, dato creciente al año siguiente, alcanzándose una proporción de 50.19 durante el año 2018. La proporción de mujeres que requirieron de colposcopia y cumplieron con el parámetro de



oportunidad fue de 6.48 al año 2016, dato con importante incremento a los años 2017 y 2018, con proporciones de 8.97 y 8.93 respectivamente. (Ver siguiente tabla)

Tabla 142. Proporción de Mujeres con Toma de Citología Cérvico Uterina y que requieren Colposcopia

Indicadores P y D	2016	2017	2018
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina.	36,62	48,53	50,19
Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad.	6,48	8,97	8,93

Fuente: DPSS, Bodega de Datos SISPRO (SGD) Los datos del 2018 son preliminar corte primer trimestre.

En el marco del proceso de adopción, adaptación, implementación y seguimiento a la Ruta Integral de Atención en Salud de Cáncer de Cuello Uterino, en búsqueda del fortalecimiento del talento humano destinado a este proceso de atención, se han desarrollado las siguientes acciones:

- Se realizaron visitas de asistencia técnica para el alistamiento para la implementación de las RIAS realizadas a EAPB e IPS de la ciudad. De otra parte se fortalecieron las competencias del Talento Humano mediante del Simposio “Camino a la implementación de las acciones para la atención de las personas con condiciones crónicas en el D.C.” con el objetivo de acompañar y fortalecer las competencias en la RIAS de Cáncer.
- Se socializaron los avances de la RIAS a profesionales de la Asociación Colombiana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.
- Se adelantó la estructuración de módulos para curso virtual en la atención en cáncer, en el marco de la RIAS, con convenio que se tiene a través de la Subsecretaría de Salud Pública de Cáncer de mama y Cuello Uterino con el Instituto Nacional de Cancerología.
- Se socializó la importancia de toma de citología cérvico uterina, en la población transgénero, en el marco de esta RIAS.

En el marco de las atenciones a la población con riesgo o presencia de cáncer de cuello uterino, se describen algunas de las intervenciones colectivas e individuales que se deben garantizar y que se han venido realizando desde la entidad territorial (Plan de Intervenciones Colectivas-PIC) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de sus Redes de Prestación de Servicios de Salud (con prestadores del componente primario y complementario):

En Promoción y Prevención:

- Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino.
- Promoción de la Vacunación contra el virus del Papiloma Humano.
- Promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable.
- Vacunación contra el virus del Papiloma Humano.
- Canalización a los servicios de salud.
- Demanda inducida.
- Identificación de factores de riesgo individual y consejería breve.
- Vacunación contra el virus del Papiloma Humano.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Canalización a los servicios de salud.
- Demanda inducida.
- Identificación de factores de riesgo individual y consejería breve.

Tamización de cáncer de cuello uterino: Las pruebas de tamización son realizadas según el grupo de edad de las mujeres y lugar de residencia así:

184

- Menor de 25 años con factores de riesgo para Cáncer de cuello se debe realizar examen de citología convencional (1-3-3).
- Citologías: La tamización se realiza: en las mujeres de 25 a 29 años en esquema 1-3-3 (cada 3 años) ante resultados negativos.
- Pruebas de ADN del virus del Papiloma Humano: estas pruebas se realizan a toda mujer entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos. (intervención que por la resolución 276 de 2019, está en transitoriedad para iniciar obligatoriamente a partir del año 2020).
- Pruebas de inspección visual con ácido acético y lugol (realizado por médico o enfermera).

En caso de resultados de tamizaje sospechosos de cáncer de cuello uterino, según la RIAS, las pacientes se debe valorar por medicina general, quien determinará mediante examen ginecológico si hay sospecha de la enfermedad y remitirá a colposcopia; ante resultado positivo debe ser direccionada la paciente para evaluación y tratamiento por ginecología y definir seguimiento o procedimiento según Guía de Práctica Clínica en el prestador complementario.

47. Casos y tasa de mortalidad por cáncer de mama para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

b. Desagregado por localidades

Se presentaron en los años 2016, 2017 y 2018 un total de 1391 muertes. Las cinco localidades con mayor número promedio de muertes por este cáncer en el trienio (2016 – 2018) fueron Suba (n=73), Kennedy (n=63), Engativá (n=57), Usaquén (n=46), Bosa (n=26). Por su parte las cinco primeras localidades según tasa crudas fueron Chapinero (22,7 por 100.000), Puente Aranda (18,2 por 100.000), Usaquén (18,1 por 100.000), Tunjuelito (15,8 por 100.000) y Mártires (14,4 por 100.000).



Tabla 143. Mortalidad atribuible a cáncer de mama según localidad de residencia. Bogotá 2016 – 2018p*

LOCALIDADES	2016		2017		2018* p	
	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres	Número muertes	Tasa por 100.000 Mujeres
1 USAQUEN	52	20,5	54	21,3	32	12,6
2 CHAPINERO	21	31,6	17	25,7	7	10,7
3 SANTAFE	2	4,2	9	19,1	7	15,1
4 SAN CRISTOBAL	27	13,2	26	12,8	3	1,5
5 USME	16	9,3	13	7,5	19	10,8
6 TUNJUELITO	21	21,9	14	14,8	10	10,6
7 BOSA	33	9,1	26	6,9	18	4,7
8 KENNEDY	71	11,7	67	10,8	50	7,9
9 FONTIBON	32	15,0	27	12,4	14	6,3
10 ENGATIVA	65	14,3	56	12,3	49	10,7
11 SUBA	84	12,8	97	14,4	39	5,7
12 BARRIOS UNIDOS	10	7,6	16	12,1	12	9,0
13 TEUSAQUILLO	10	13,5	11	14,9	5	6,8
14 MARTIRES	7	15,0	11	23,8	2	4,4
15 ANTONIO NARINO	10	18,0	9	16,2	3	5,4
16 PUENTE ARANDA	25	22,1	25	22,4	11	10,0
17 CANDELARIA	2	19,0	1	9,6	1	9,7
18 RAFAEL URIBE	29	16,0	31	17,3	11	6,2
19 CIUDAD BOLIVAR	23	6,2	23	6,1	20	5,2
20 SUMAPAZ	1	28,1		0,0	0	0,0
SIN LOCALIDAD	2	0,0	1	0,0	1	0,0
TOTAL	543	13,2	534	12,8	314	7,4

Fuente: 2016 – 2017 Base de datos SDS-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS finales, 2018p*. - preliminar (Corte 31/12/2018)

c. Desagregado por tipo de vinculación al sistema

En Promedio 69,8% de las muertes por este cáncer ocurrieron en mujeres afiliadas al régimen contributivo y 23,6% en afiliadas al régimen subsidiado. En promedio el número de muertes en el régimen subsidiado fue cerca del 33% de las del contributivo.



Tabla 144. Mortalidad por cáncer de mama según régimen de afiliación, Bogotá 2016 – 2018p*

REGIMEN DE AFILIACION	2016		2017		2018*p		Media	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CONTRIBUTIVO	380	70,0	377	70,6	216	68,8	324	69,8
SUBSIDIADO	123	22,7	123	23,0	79	25,2	108	23,6
EXCEPCION	32	5,9	29	5,4	12	3,8	24	5,0
ESPECIAL	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2
NO ASEGURADO	6	1,1	4	0,7	7	2,2	6	1,4
TOTAL	543	100,0	534	100,0	314	100,0	464	100,0

Fuente: 2016 – 2017 Base de datos SDS-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS finales, 2018p* - preliminar (Corte 31/12/2018)

d. Factores asociados a la prevalencia en Bogotá.

La ocurrencia de mayor mortalidad del cáncer de mama ocurre en las grandes ciudades del país como Bogotá, lo que podría estar relacionada con la urbanización y el desarrollo, la edad tardía al primer embarazo, la baja paridad, la no práctica de lactancia materna y el uso de anticonceptivos orales; sumados a otros factores de riesgo como una menor prevalencia de la práctica de actividad física y una mayor prevalencia de la obesidad en el contexto urbano.¹⁵

e. Intervenciones realizadas desde la Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo Colectivo, Gestión de Riesgo Individual.

En la Secretaria Distrital de Salud desde el año 2017 se inició el proceso de diseño e implementación de estrategias orientadas a la prevención de condiciones crónicas a través del PSPIC (acciones integradas de gestión en salud pública para el fortalecimiento de IPS junto con las desarrolladas en los espacios de vida cotidiana). Durante el año 2018 se realizó fortalecimiento de capacidades a más de 600 profesionales de la salud pertenecientes a las redes de centros de atención del Distrito para la detección temprana de cáncer y promoción de factores protectores de la salud.

En el Espacio Vivienda: para el periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 se han caracterizado 43.844 familias en este espacio; todas las familias caracterizadas que presentaban riesgo de condiciones crónicas recibieron consejería e implementación de planes familiares para la promoción de hábitos saludable, 25.438 mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama, que reciben orientación para acceso a servicios de detección temprana.

¹⁵ Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia, Ministerio de la protección social 2014



Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama beneficiadas de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018.

Tabla 145. Mujeres a riesgo de Cáncer de mama beneficiadas de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018.

Espacio Vivienda	Dato acumulado Año			Número absoluto	%
	2016	2017	2018		
Familias caracterizadas en espacio vivienda	3.407	17.781	22.656	43.844	
Familias caracterizadas que presentaron riesgo para condiciones crónicas	477	6.605	4.798	11.880	27%
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama	10.770		14.668	25.438	
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama, que reciben orientación para acceso a servicios de detección temprana	10.770		14.668	25.438	100%

Fuente: Reporte de Subredes periodo acumulado entre 2016 a noviembre de 2018 proyecto de inversión 1186, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.

Mediante el seguimiento a las actividades de protección específica y detección temprana según la resolución 4505 de 2012 se logra evidenciar un incremento en la proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina del 10.92% en el año 2014 al 50.1 % para el primer trimestre de 2018, lo que favorece la detección oportuna de condiciones crónicas de la población objeto. Asimismo, en la proporción de mujeres con realización de mamografía se observó un incremento del 10.7% en el año 2014 al 33% en el 2017, a marzo de 2018 la proporción de mujeres con realización de mamografía es del 33.9% lo que muestra un aumento significativo.

- **Intervenciones realizadas desde la gestión individual del riesgo.**

En lo relacionado con la gestión individual del riesgo en el evento cáncer de mama, según datos reportados en Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2016 y 2018 se realizaron un total de 86.091 atenciones a 20.177 pacientes a nivel distrital con diagnóstico relacionado con tumor maligno de mama; así mismo, se realizaron un total de 151.864 procedimientos a 36.039 personas que consultaron por este motivo. Por urgencias, se tuvo un total de 1.181 atenciones realizadas a 881 pacientes con este diagnóstico y en hospitalización un total de 3.186 egresos generados por atención a 1.817 personas por este mismo motivo. Es de anotar, que el número de atenciones tanto por consulta externa, urgencias y en procedimientos fue mayor en el año 2017 y creciente frente a las actividades realizadas en 2016, siendo necesario aclarar que los datos del año 2018 son preliminares y por tanto incompletos a la fecha de consulta.



Tabla 146. Número de Atenciones por Tumor maligno de mama, Bogotá 2016-2018.

Tumor maligno de mama	2016		2017		2018	
	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas	Atenciones	Personas
Consultas	31.469	6.872	36.347	7.928	18.275	5.377
Procedimientos	44.970	10.656	78.799	21.095	28.095	4.288
Urgencias	457	349	439	338	285	194
Hospitalización	1.545	837	1.048	600	593	380

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS, 2013 – 2018 (a partir del reporte realizado por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social) – Consulta diciembre de 2018 (información preliminar año 2018).

En cuanto a las actividades de detección temprana, se observó durante el año 2016 que la proporción de mujeres con toma de mamografía fue de 29,37, dato creciente al año siguiente, alcanzándose una proporción de 33,85 durante el año 2018.

Tabla 147. Proporción de mujeres con toma de mamografía, años 2016-2018

Indicadores P y D	2016	2017	2018
Proporción de mujeres con toma de mamografía.	29,37	32,98	33,85

Fuente: DPSS, Bodega de Datos SISPRO (SGD) Los datos del 2018 son preliminar corte primer trimestre.

En el marco de las atenciones a la población con riesgo o presencia de cáncer de mama, se describen algunas de las intervenciones colectivas e individuales que se deben garantizar y que se han venido realizando desde la entidad territorial (Plan de Intervenciones Colectivas-PIC) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a través de sus Redes de Prestación de Servicios de Salud (con prestadores del componente primario y complementario):

En Promoción y Prevención:

- Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de mama.
- Promoción del autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma o factores de riesgo para cáncer de mama y el uso de los servicios de tamización para cáncer de mama.
- Canalización a los servicios de salud.
- Demanda inducida.
- Identificación de la población con factores de riesgo, que ameriten un esquema de tamización especial y consejería.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En detección temprana de cáncer de mama:

- La población sujeto de esta Ruta Integral de Atención en Salud son las mujeres a partir de los 40 años: examen clínico de la mama cada año; mujeres a partir de los 50 años hasta los 69 años: mamografía bilateral, cada 2 años.
- Se realiza examen clínico de mama en todas las mujeres mayores de 40 años quienes soliciten atención médica por cualquier causa y aquellas que por la demanda inducida o espontánea asistan a la consulta específica.

189

Intervenciones:

- Tamización poblacional organizada de cáncer de mama, según Guía de Práctica Clínica.
- Clasificación del riesgo de cáncer de mama y definición de conducta.

De acuerdo a la población sintomática y clasificación, se procede a las acciones de diagnóstico de cáncer de mama y se direcciona para definición de conducta a la consulta del especialista de unidades funcionales de cáncer de mama, según Guía de Práctica Clínica (GPC), para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama. La población con riesgo alto se remite a mastólogo.

IX. Equipamientos

48. Número de Camas hospitalarias totales y por 1.000 habitantes discriminando red adscrita y no adscrita a la SDS para los años, 2016, 2017 y 2018.

La apertura y cierres de servicios responden a una dinámica propia de los servicios de salud a nivel nacional, generado no solo por el modelo actual sino definida desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud mediante el Decreto 780 de 2006. Así las cosas se realizan novedades que corresponden a las definidas en la Resolución 2003 de 2014, necesarias para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

El Artículo 12 de la Resolución 2003 de 2014, indica: *Novedades de los prestadores. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.*

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Tabla 148. Número de camas hospitalarias totales, Bogotá, D.C Años 2016-2018

CAMAS / AÑOS	TIPO CAPACIDAD	NATURALEZA	E.S.E.	CARÁCTER TERRITORIAL	TIPO CAMA	AÑO			
						2016	2017	2018	
CAMAS	Pública	SI	DEPARTAMENTAL	Adultos	149	149	149		
				Cuidado básico neonatal	2	2	2		
				Cuidado Intensivo Adulto	11	11	11		
				Cuidado Intensivo Neonatal	7	7	7		
				Cuidado Intermedio Adulto	9	9	9		
				Cuidado Intermedio Neonatal	16	16	16		
				Obstetricia	14	14	14		
				Total DEPARTAMENTAL	208	208	208		
				DISTRITAL	Adultos	1227	1290	1221	
					Cuidado Agudo Mental	2	2	2	
					Cuidado básico neonatal	163	163	147	
					Cuidado Intensivo Adulto	120	120	137	
					Cuidado Intensivo Neonatal	71	71	68	
					Cuidado Intensivo Pediátrico	29	29	30	
					Cuidado Intermedio Adulto	73	78	73	
					Cuidado Intermedio Neonatal	132	132	126	
					Cuidado Intermedio Pediátrico	33	17	17	
					Institución Paciente Crónico	136	136	12	
					Obstetricia	343	318	282	
					Pediátrica	452	453	414	
					Psiquiatría	308	310	314	
					Salud Mental			94	
					Unidad de Quemados Adulto	40	40	40	
					Unidad de Quemados Pediátrico	13	13	13	
					Total DISTRITAL	3142	3172	2990	
					NACIONAL	Adultos	131	128	128





CAMAS / AÑOS	TIPO CAPACIDAD	NATURALEZA	E.S.E.	CARÁCTER TERRITORIAL	TIPO CAMA	AÑO		
						2016	2017	2018
					Cuidado Intensivo Adulto	17	17	11
					Cuidado Intensivo Pediátrico	5	5	5
					Cuidado Intermedio Adulto	4	4	10
					Cuidado Intermedio Pediátrico	1	1	1
					Pediátrica	26	26	25
					Transplante de progenitores hematopoyeticos	7	7	7
				Total NACIONAL		191	188	187
			NO	N/A	Cuidado Intermedio Adulto			0
				Total N/A NACIONAL				0
					Adultos	526	526	486
					Cuidado básico neonatal			0
					Cuidado Intensivo Adulto	39	39	39
					Cuidado Intensivo Neonatal	9	9	9
					Cuidado Intensivo Pediátrico	11	11	11
					Cuidado Intermedio Adulto	7	7	7
					Cuidado Intermedio Neonatal	29	21	21
					Obstetricia	23	23	23
					Pediátrica	104	104	94
					Transplante de progenitores hematopoyeticos			3
				Total NACIONAL		748	740	693
		Privada	NO	N/A	Adultos	4640	4829	4341
					Cuidado Agudo Mental	108	50	50
					Cuidado básico neonatal	161	177	151
					Cuidado Intensivo Adulto	734	779	763
					Cuidado Intensivo Neonatal	232	232	197
					Cuidado Intensivo Pediátrico	112	137	132
					Cuidado Intermedio Adulto	421	472	435





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CAMAS / AÑOS					AÑO		
TIPO CAPACIDAD	NATURALEZA	E.S.E.	CARÁCTER TERRITORIAL	TIPO CAMA	2016	2017	2018
				Cuidado Intermedio Mental	84	84	59
				Cuidado Intermedio Neonatal	309	295	244
				Cuidado Intermedio Pediátrico	51	69	82
				Farmacodependencia	122	124	146
				Institución Paciente Crónico	302	381	491
				Obstetricia	562	539	416
				Pediátrica	1181	1289	1134
				Psiquiatría	998	987	766
				Salud Mental		280	418
				Transplante de progenitores hematopoyeticos	16	16	19
				Unidad de Quemados Adulto		3	3
				Unidad de Quemados Pediátrico	13	13	16
				Total N/A	10046	10756	9863
Total general					14335	15064	13941

Tabla 149. Camas hospitalarias totales Y POR 1000 Hab. Bogotá, D.C Años 2016-2018

AÑO	2016	2017	2018
POBLACION DANE	7.980.001	8.080.734	8.181.047
INDICE DE CAMAS X 1.000 MIL HABITANTES	1,8	1,9	1,7
CAMAS	14.335	15.064	13.941

Fuente: Cálculos basados en población Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá-DANE 2016-2018 - REPS-Consultado - *Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2.015*.

De acuerdo al documento "*Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2.015*" el número de camas en la región de las Américas es de 2.3 camas por mil habitantes, de 2.8 camas por 1.000 habitantes en América del Norte y de 2.0 camas por cada 1.000 habitantes para América Latina y el Caribe.





49. Número de ambulancias totales y por cada 100.000 habitantes discriminando red adscrita y no adscrita a la SDS para los años, 2016, 2017 y 2018.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que en una ciudad debe haber 1 ambulancia por cada 25 mil habitantes, A continuación se menciona el total de ambulancias para los años 2016, 2017, 2018

Tabla 150. Total ambulancias, BD reps 2016, 2017 y 2018

AMBULANCIAS / AÑO	AÑO - VIGENCIA		
	2016	2017	2018
TIPO AMBULANCIA			
Básica	430	460	512
Medicalizada	205	214	211
Total general	635	674	723

Tabla 151. Total ambulancias por cada 100000hab. Años 2016, 2017 y 2018

AÑO	2016	2017	2018
PROYECCION POBLACION DANE	7.980.001	8.080.734	8.181.047
AMBULANCIAS TOTALES	635	674	723
# AMBULANCIAS X 100.000 MIL HABITANTES	8,0	8,3	8,8

Fuente: Cálculos basados en población Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá-DANE 2016-2018 - REPS-Consultado - Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos OPS/OMS 2.015.

50. Resultados alcanzados en la ejecución del Plan Maestro de Equipamientos de Salud (Decreto 318 de 2006 / modificado Decreto 553 de 2012)

ESTADISTICA GENERAL DE SEGUIMIENTO AL PLAN MAESTRO DE EQUIPAMIENTOS DE SALUD.

En el siguiente cuadro se presenta la cuantificación de los proyectos entregados durante la vigencia del Plan Maestro de Equipamientos de Salud y de aquellos proyectos que se encuentran en etapa de preinversión a la fecha, determinando a partir de allí los proyectos que no fueron priorizados en este periodo.

Tabla 152. Estado de Intervención PMES a 31 de diciembre de 2019

ESTADO DE INTERVENCIÓN PMES A 31-12-2018	CANTIDAD	PARCIAL	PORCENTAJE
Proyectos entregados			
-Entregado	18	20	15,75%



-Entregado parcialmente	2		
Proyectos en etapa de preinversión			
-En proceso precontractual para etapa de estudios y diseños	1	20	15,75%
-En estudio de factibilidad	5		
-En ejecución de estudios y diseños	14		
Proyectos sin intervención			
-No intervenido - En gestión predial	6	87	68,50%
-No intervenidos	81		
Total proyectos		127	100,00%

Fuente: Dirección de Infraestructura y Tecnología

Tomado del informe de seguimiento del PMES, elaborado en el marco del cumplimiento al Acuerdo 223 de 2006, correspondiente a la vigencia 2018, emitido con destino a la Secretaría Distrital de Planeación para su consolidación y presentación ante el Concejo de Bogotá DC.

X. Seguimiento al cumplimiento de las metas PDD

51. Relación de avances a cada uno de los indicadores de resultados contemplados en el Plan Distrital de Desarrollo, listado a continuación

Meta Resultado	Indicador Resultado	LB/fuente/año
1) A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.	1) Diferencial entre localidades para los casos de mortalidad infantil	1) En Bogotá D.C. hubo en 2014 990 casos, siendo más frecuentes en: San Cristóbal, 91; Engativá, 115; Bosa, 139 ciudad Bolívar, 153; Kennedy, 184 y Suba 210. SDS-2014
2) Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020	2) Tasa de mortalidad en menores de 5 años	2) 11.2 - SDS -2014
3) A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.	3) Diferencial entre las localidades en casos de mortalidad materna	3) En Bogotá D.C. en 2014 se presentaron 30 casos. Siendo las localidades más afectadas Suba, 7 Bosa, 4 Kennedy, 4; Engativá, 3 y Ciudad Bolívar, 3 SDS-2014
4) Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.	4) Tasa de mortalidad de condiciones crónicas por 100.000 en menores de 70 años.	
	5) Porcentaje de satisfacción en el acceso a la atención en el marco del	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

<p>5) Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud, a 2020.</p> <p>6) Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.</p> <p>7) Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención prehospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.</p> <p>8) Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica.</p>	<p>nuevo modelo de atención en salud.</p> <p>6) Tiempo máximo entre la solicitud de la cita y la atención efectiva en consulta especializada en consulta externa.</p> <p>7) Grupos de investigación por cada campo categorizados</p>	<p>4) 16.3 -SDS- 2014</p> <p>5) 18% de insatisfacción - EPS Capital Salud EPS SAS Diciembre 31 de</p> <p>6) 10 días - SDS-</p> <p>7) Cero (0) - Colciencias -</p> <p>8) Cero (0)- SDS</p>
<p>1) Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.</p> <p>2) Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de inter- operabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020.</p>	<p>1) Porcentajes de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas</p> <p>2) Porcentaje de avance en la interoperabilidad en historia clínica y citas médicas para la red pública distrital adscrita</p>	<p>1) 250% públicos - SDS -</p> <p>2) Cero (0)- SDS-</p>
<p>1) Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural</p>	<p>1) Porcentaje de decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana implementadas en el campo de la responsabilidad.</p>	<p>1) Cero (0)</p>
<p>2) Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.</p>	<p>2) Porcentaje de eventos, poblaciones e instituciones inspeccionadas, vigiladas y controladas en Bogotá D.C</p>	<p>2) 115.653 establecimientos; 267.617 animales vacunados y 55.820 animales esterilizados.</p>
<p>2) Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.</p>	<p>2) Porcentaje de eventos, poblaciones e instituciones inspeccionadas, vigiladas y controladas en Bogotá D.C</p>	<p>2) 115.653 establecimientos; 267.617 animales vacunados y 55.820 animales esterilizados.</p>
<p>2) Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.</p>	<p>2) Porcentaje de eventos, poblaciones e instituciones inspeccionadas, vigiladas y controladas en Bogotá D.C</p>	<p>2) 115.653 establecimientos; 267.617 animales vacunados y 55.820 animales esterilizados.</p>
<p>3) Implementar, según las posibilidades de ley, el 100% de las recomendaciones del Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud.</p>	<p>3) Porcentaje de recomendaciones del Consejo de Seguridad Social de Salud implementadas.</p>	<p>3). Cero</p>
<p>4) Mantener con criterios de eficiencia y eficacia la ejecución de las acciones delegadas a la secretaría distrital de salud</p>	<p>Cumplimiento de las acciones misionales encargadas a la secretaría distrital de salud</p>	<p>100%, SDS,</p>





Bloque I

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

En los últimos tres años, la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha disminuido 0,6 puntos, pasando de 9,4 en 2016 a 8,8 en 2017, lo cual representa una disminución del 6.5% en la TMI y del 17.2% (n=160) en el número de casos.

Para el año 2018, las localidades que hacen parte del Pareto registraron 461 muertes infantiles en comparación con 657, presentado en las mismas localidades en el año 2014 lo que representa una reducción del diferencial del 29.8%.

La disminución en el número de casos se presentó en todas localidades que hacen parte del Pareto en comparación con la línea de base (San Cristóbal 37% de reducción, Bosa 48 %, Kennedy 26%, Engativá 21%, Suba 34%, Ciudad Bolívar 9%)

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

Durante el trienio, la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido alrededor de 11 casos por mil NV, sin embargo en los últimos dos años las defunciones disminuyeron en un 13.4% (n=138). En relación con la tasa, se pasó de 11.2 casos por mil NV a 10.2 casos por mil NV lo que representa una disminución de 9% en el periodo de 2016 a 2018.

Las localidades Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar, Bosa, Engativá y Usme concentraron el 62% de las muertes en el trienio, donde, en los últimos dos años, 4 de las 6 localidades presentaron disminución de los casos, y las localidades de Usme y Ciudad Bolívar presentaron aumento de casos en comparación con el año inmediatamente anterior (Usme pasa de 63 en 2017 a 66 en 2018 y Ciudad Bolívar que pasa de 94 en el 2017 a 110 casos en el 2018).

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

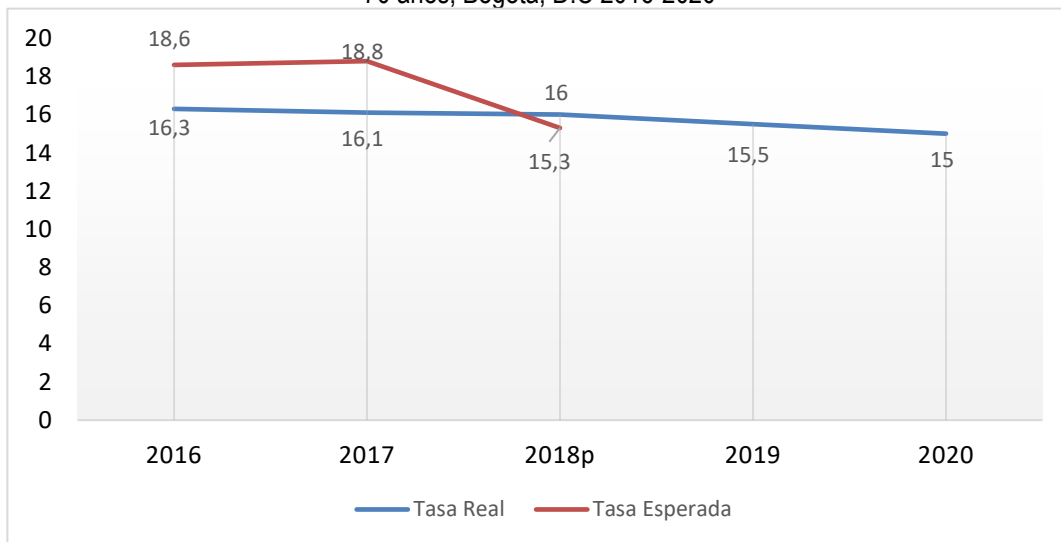
La distribución de la mortalidad materna de las cinco localidades que hacen parte del diferencial (Pareto) para el periodo 2018 registró 14 muertes y una razón de 27.4 muertes por 100.000 nacidos vivos (datos preliminares), al comparar con la línea de base, año 2014, las localidades del Pareto presentaron la ocurrencia de 20 muertes y una razón de 33,1 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo que implica una reducción en la razón de mortalidad materna en las localidades incluidas en el diferencial. Esto permite evidenciar una reducción del 35% en el número de casos.



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

Las enfermedades crónicas, analizadas de forma agrupada, incluyeron: diabetes mellitus (E10-E14), enfermedades hipertensivas (I10-I15), enfermedad renal crónica (N18+proporción de N19), enfermedad respiratoria inferior crónica, excepto asma (J40-J47, excepto J45), tumor maligno del cuello uterino (C53+proporción de C55), tumor maligno de la mama (C50, femenino) y tumor maligno de la próstata (C61). El 2018p indica que los datos son preliminares. Por tanto, se espera que cambien con el uso de bases definitivas. Frente a la meta de reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años se tiene una disminución de la tasa por debajo de 16 muertes por cada 100.000 habitantes para el año 2018. La disminución progresiva de la tasa de mortalidad planteada en el Plan Distrital de Desarrollo se está cumpliendo, de manera tal que para el 2020 se espera cumplir con menos de 15 muertes por enfermedades crónicas no transmisibles en el distrito.

Ilustración 15. Comportamiento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en personas menores de 70 años, Bogotá, D.C 2016-2020



Fuente: Proyecto de inversión 1186, seguimiento de metas. Años 2016-2018..

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

A continuación se relaciona el avance físico de la meta de resultado, para el periodo 2016-2018:



Tabla 153. Avance del Indicador de resultado de Porcentaje de insatisfacción de acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud (2016-2018)

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta Producto	Progr. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Progr. 2016-2018	Ejec. 2016-2018	% Cump.
Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital salud a 2020	18% de insatisfacción - EPS Capital Salud EPS SAS Diciembre 31 de 2015	Porcentaje de insatisfacción en el acceso a la atención en el marco del nuevo modelo de atención en salud.	18,0%	18,0%	16,0%	15,8%	14,0%	11,0%	14,0%	11,0%	121%

Fuente Dirección de provisión de Servicios de Salud, marzo 2019.

Dentro de los principales avances en esta meta se encuentran:

Disminución a 11% la insatisfacción con el acceso a la atención de los usuarios de Capital Salud, cumpliendo la meta del cuatrienio: Reducción al 12%.

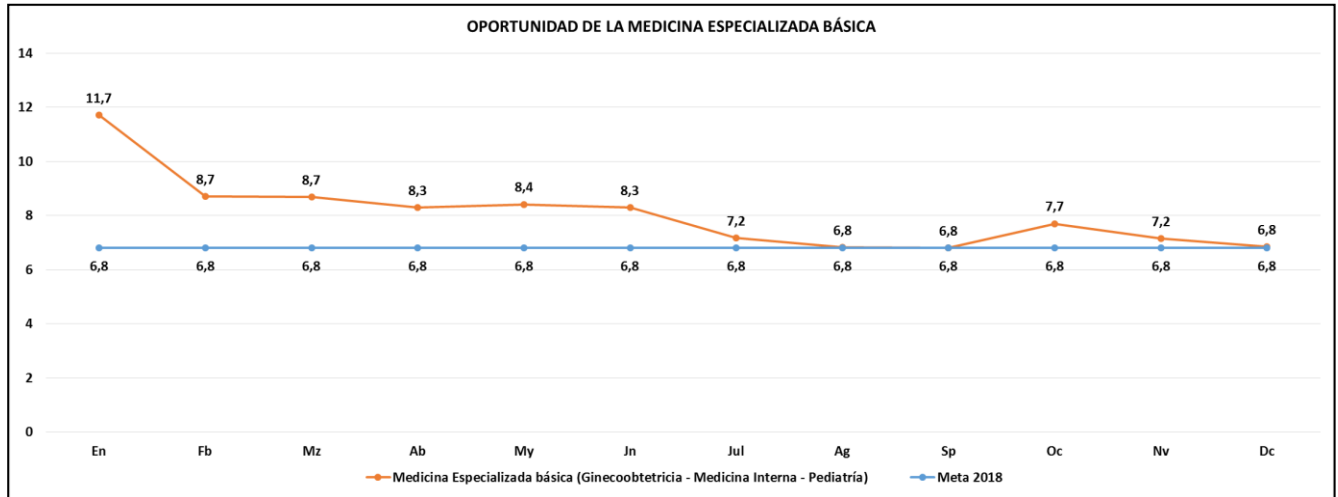
Se mejoró la prestación de los servicios de la EPS Capital Salud impactando de manera positiva en el indicador de insatisfacción y en la atención humanizada, disminuyendo principalmente por: descongestión en los Puntos de Atención al Usuario-PAU donde se presentaban largas filas para la atención, optimización del sistema de digiturnos, entrega de medicamentos en los PAU, disminución de trámites y autorizaciones requeridas debido a la implementación del nuevo modelo de pago por actividad final, caja rápida y ventanilla preferencial para la atención de la población priorizada (población mayor, mujeres embarazadas, discapacitados)

La SDS, a través de la Dirección de Aseguramiento, periódicamente hace seguimiento al plan de mejoramiento de la EPS, producto de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas y realiza seguimiento a la implementación del Plan de mejoramiento, evidenciándose que la EPS ha dado cumplimiento a las acciones propuestas de seguimiento a las subredes para el tema de oportunidad en la asignación de citas, tiempos de espera prolongados para la atención, y divulgación de deberes y derechos. La EPS de manera permanente entrega piezas comunicativas y folletos para divulgación e información al usuario en deberes- derechos y programas de Detección Específica y Detección Temprana de la Enfermedad.



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

Ilustración 16. Oportunidad de la medicina especializada básica



FUENTE: Aplicativo CIP – SDS. Versión 30_01_2018

ESTRATEGIAS ADELANTADAS PARA OBTENER EL LOGRO DE LA META

Consolidación de los CAPS

- Como componente primario del Modelo de Atención Integral en Salud - AIS, se dio apertura a 11 nuevos CAPS completando un total de 31 en toda la ciudad, en los cuales se ofrecen servicios básicos, especializados y de apoyo en el marco de la Atención Primaria en Salud Resolutiva para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Línea Única Distrital para la asignación de citas:

- Se implementó el Call Center Distrital como mecanismo para disminuir barreras de acceso a los servicios. Con la estandarización de lineamientos para el proceso de gestión y administración de agendas en las 4 Subredes, se ha buscado ofrecer al ciudadano una disponibilidad permanente de servicios ambulatorios básicos y especializados, eliminando las filas en horas de la madrugada.

Análisis de la producción de servicios

- El seguimiento permanente a la producción de las especialidades básicas en las cuatro Subredes, evidencia aumento en la oferta de servicios, mejora de la oportunidad y número de consultas realizadas. Los análisis integrales permiten la construcción de nuevas estrategias de mejora.





7) Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en:
a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención prehospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.

A continuación se relacionan los avances:

N o.	Nombre del Grupo	Código del Grupo	Clasificación de Grupo	Número de Investigadores	LINK	Líneas
1	Grupo de investigación en ciencia, tecnología e innovación para la salud	COL0021569	C	1	http://scienti.colciencias.gov.co:8085/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nr=00000000008807	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidado de la vida y la salud (ambiente y salud). Estudios relacionados con el cuidado de la vida en cualquiera de sus manifestaciones y sus implicaciones en la salud. 2. Políticas públicas para la salud. Estudios sobre sistemas y políticas en salud. Estudios sobre formulación, implementación y evaluación de las políticas para la salud. Estudios sobre la salud en las políticas desarrollo social, político, económico. 3. Sistemas de información en salud. Estudios relacionados con la recolección, procesamiento, análisis y reporte de la información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud, difusión y utilización de los resultados. 4. Fomento de la participación y cultura de la salud. Estudios relacionados con la cultura y la salud como parte de la vida de todas las personas, saberes, prácticas e instituciones compartidos por los colectivos humanos, que se expresan en ideas y conductas transmitidas, transformadas por las personas a través de relaciones de poder social, espacial e histórico.
2	Grupo de investigación Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.	COL0131688	C	1	http://scienti.colciencias.gov.co:8085/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nr=00000000013372	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biomarcadores de exposición, contaminantes químicos y/o sustancias tóxicas en alimentos y ambiente. 2. Diseño e implementación de programas de tamizaje de enfermedades congénitas 3. Estrategias de evaluación y modelación de eventos de interés en salud pública 4. Eventos transmisibles de origen zoonótico 5. Eventos transmisibles y resistencia antimicrobiana 6. Factores de riesgo y cáncer 7. Inocuidad y seguridad de agua, alimentos y bebidas alcohólicas 8. Seguridad en la comercialización y post comercialización de los productos farmacéuticos y afines
3	Grupo de investigación en medicina transfusional, tisular y celular (GIMTTYC)	COL0133477	C	1	http://scienti.colciencias.gov.co:8085/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nr=00000000013551	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banco de Tejidos Humanos, Terapia Tisular y su Aplicación Clínica. 2. Banco de sangre de cordón umbilical y trasplante de progenitores Hematopoyéticos 3. Medicina y seguridad Transfusional 4. Terapia Celular



N o.	Nombre del Grupo	Código del Grupo	Clasificación de Grupo	Número de Investigadores	LINK	Líneas
4	Grupo de investigación Comité Distrital de Laboratorios de la Secretaría Distrital de Salud	COL0168507	C	1	http://scienti.colciencias.gov.co:8085/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nr=00000000017054	1. Vigilancia Salud Pública 2. Gestión de la Calidad
5	Gestión de urgencias, emergencias y atención Prehospitalaria		Registrado	1		1. Atención Pre hospitalaria frente a urgencias y emergencias 2. Gestión de riesgo en emergencias y desastres

Fuente. Colciencias 2018

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

En el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” se formuló como meta de resultado “Tener implementada para 2020 una línea de producción tecnológica” con el fin de introducir nuevas tecnologías en servicios de alto impacto en salud pública, como la provisión de hemocomponentes (glóbulos rojos, plaquetas y plasma) con altos estándares de calidad y seguridad, para satisfacer las necesidades de la red pública del distrito, y a fin de desarrollar investigaciones en medicina transfusional que permitan el diseño de pruebas moleculares de mayor precisión y sensibilidad y a su vez más costo-efectivas para el diagnóstico y tamizaje de agentes infecciosos virales en los componentes sanguíneos que distribuye el banco de sangre de referencia de Bogotá.

Así, y con el fin de mejorar la calidad de vida y atención en salud de la población, y realizar el fortalecimiento de capacidades de ciencia, tecnología, innovación y productividad, el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud -IDCBIS-, desarrolló una línea de producción tecnológica orientada a:

1. El desarrollo y fortalecimiento del programa de promoción de la donación voluntaria, procesamiento y disposición de componentes biológicos en los bancos de sangre, tejidos y células.
2. El mejoramiento del desempeño y el costo-efectividad de las pruebas de detección VIH, Hepatitis B y Hepatitis C para su posterior implementación en el Banco de Sangre de referencia en el Distrito.
3. El fortalecimiento de los programas de procesamiento y distribución del banco de tejidos en componentes biológicos derivados del procesamiento de dermis acelular y tejidos osteoarticulares en el Banco Distrital de Tejidos.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

4. El desarrollo e implementación de tecnología automatizada para la detección de agentes virales de alta prevalencia en los donantes y pacientes del Distrito.

Para tal fin, se gestionaron convenios con el Fondo Financiero Distrital de Salud a través de recursos del Proyecto 1190 denominado “Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud” que tiene como objetivo *“fortalecer la investigación científica e innovación al servicio de la salud, la provisión de servicios de salud con oportunidad y calidad, en pro de la salud individual y colectiva, para contribuir a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud”* obteniendo en la vigencia 2018 los resultados que se detallan a continuación:

1. Convenio 0945 de 2017 “Desarrollo y fortalecimiento del programa de promoción de la donación voluntaria, procesamiento y disposición de componentes biológicos en los bancos de sangre, tejidos y células.”

Con el fin de fortalecer la operación de los Bancos de Sangre, Tejidos y Células del Distrito Capital, mediante un sistema centralizado, con calidad, altamente especializado, con avanzado desarrollo tecnológico y de investigación, el cual busca compensar progresivamente el déficit existente de productos sanguíneos, tejidos y Células en la red hospitalaria pública y privada de Bogotá, así como promover un cambio cultural hacia la donación voluntaria y habitual de sangre, y tejidos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se realizó el diagnóstico de la situación actual de la donación de órganos y tejidos y la identificación de las “Percepciones acerca de la donación de sangre en Bogotá.” Posteriormente, se llevó a cabo la Implementación de una estrategia de promoción de la donación con sensibilizadores especializados; y se diseñó e implementó un protocolo dirigido a personal de salud “Protocolo psicosocial de apoyo y abordaje familiar para la donación con fines de trasplante.”

Se diseñó y ejecutó un plan estratégico de comunicaciones con referenciación en campañas publicitarias mundiales para la promoción altruista de la donación de tejido; y se fortaleció la imagen corporativa del IDCBIS a través de la adquisición de carpas, diseño de los buses y estrategias online. De igual forma, se posicionó la participación del IDCBIS a través de 10 pósteres científicos, 4 presentaciones orales de trabajos de investigación, en el IX Congreso Colombiano de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional y en el XVII Congreso Iberoamericano de Bancos de sangre y medicina transfusional organizado por ACOBASMET.

Se realizó un evento académico anual de reconocimiento a los donantes y aliados empresariales comprometidos con la donación de sangre; y se realizaron 2 Alianzas corporativas para la promoción de la donación y rescate de tejidos humanos con el Instituto Nacional de Salud INS y la Asociación Colombiana de pacientes trasplantados ACODET.

Se realizó la suscripción de un Acuerdo internacional específico entre el Banc sang i Teixits BST de Barcelona España y el IDCBIS para intercambio de estrategias, prácticas, servicios y procesos.

Adicionalmente, en la vigencia 2018 se presentaron los siguientes resultados para el Banco de Sangre, Banco Distrital de Tejidos y Banco de Sangre de Cordón Umbilical en relación con el desarrollo y fortalecimiento del programa de





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

promoción de la donación voluntaria, procesamiento y disposición de componentes biológicos en los mencionados bancos:

BANCO DE SANGRE

Promoción de la donación voluntaria 2018

203

- Se realizaron jornadas de sensibilización y educación a niños entre los 5 y 8 años frente al tema de la donación de sangre con la ayuda del material audiovisual del programa “La sangre y su recorrido por la vida” del Instituto Nacional de Salud.
- Se realizó el Innovatour a líderes empresariales y donantes potenciales para ampliar el conocimiento en temas relacionados con la donación de sangre, tejidos y células hematopoyéticas.
- Fortalecimiento del programa de aféresis en el banco de sangre a través de la aplicación de estrategias de comunicación y redes sociales.
- Celebración del día mundial del donante de sangre con el homenaje a los donantes habituales y empresas fidelizadas con el Banco de sangre a quienes se les entregó estatuillas y diplomas de reconocimiento.
- Participación en ruedas de prensa con medios de comunicación de televisión y radio; y participación en eventos de reconocimiento en instituciones externas como Coldeportes, por la labor altruista realizada a través de la donación de sangre.
- Participación en la jornada distrital de donación de sangre organizada por la Red de bancos de sangre en el mes de junio de 2018; y ejecución de jornadas de donación de sangre en las entidades distritales de la ciudad, dando cumplimiento a lo ordenado por el Honorable Concejo de Bogotá a través del Acuerdo 616 de 2015 “Por el cual se establece realizar periódicamente jornadas de forma exclusiva y prioritaria de donación de sangre entre el Hemocentro Distrital (hoy IDCBIS) y las entidades del distrito y se dictan otras disposiciones”
- Implementación de la proyección de videos institucionales relacionados con sangre con el objetivo de fomentar la cultura y educación en temas de donación de sangre y trabajo por redes sociales por medio de las cuentas de Twitter y Facebook de la Secretaría Distrital de Salud. promoviendo la donación voluntaria y habitual de sangre.
- Trabajo con el área de comunicaciones de los hospitales que conforman la red pública para fortalecer la donación voluntaria habitual de sangre en la comunidad.
- Alianza con apoyo voluntariado de la Embajada Mundial de Activistas por la Paz (EMAP), grupo ROTARY y damas voluntarias, para fortalecer la promoción en las jornadas de donación de sangre.
- Fidelización de las instituciones públicas y privadas en las que se realiza jornada de donación de sangre, a través de capacitaciones como valor diferencial, en búsqueda de donantes habituales en el banco de sangre.

Resultados Banco de Sangre

- Se establecieron 1.768 jornadas de donación de sangre total y 193 jornadas de donación por aféresis, para un total de 1.961 jornadas.
- Se incorporaron 129 puntos de colecta nuevos para las jornadas de donación de sangre total y 34 para aféresis para un total de 163 puntos de colecta nuevos.
- Para la consolidación de una cultura de la donación de sangre en la ciudad, con el objetivo de alcanzar la donación voluntaria habitual en los ciudadanos de Bogotá, se sensibilizó y educó a 908 personas de 45 instituciones, en temas de donación de sangre, hábitos de vida saludable, prevención de enfermedades

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

trasmisibles, tamizajes de riesgo cardiovascular, entre otras, a sectores de trabajo como hospitales, empresa privada, Instituciones distritales y estatales, instituciones educativas.

- Se sensibilizaron 41.549 donantes potenciales de sangre, de los cuales 34.170 donantes han sido aptos para la donación de sangre o componentes por aféresis.
- Se captaron 33.408 donantes de sangre total, 284 donantes de glóbulos rojos por aféresis y 478 donantes de plaquetas por aféresis.

204

Procesamiento y Disposición de Componentes Biológicos

Se obtuvieron 31.989 glóbulos rojos, 1.183 glóbulos rojos por filtrados, 20.286 concentrados de plaquetas, 30.577 plasmas, 2.135 crioprecipitados, 1.072 concentrados únicos de plaquetas (CUPs) para un total de 87.242 componentes sanguíneos.

Se logró un índice de fraccionamiento de 2,55 teniendo en cuenta que se tiene aún meta de mínimo 2.

Se distribuyeron 60.109 componentes sanguíneos a 44 hospitales de Bogotá así: 29.022 glóbulos rojos, 934 glóbulos rojos filtrados, 14.128 plaquetas estándar, 962 concentrados unitarios de plaquetas por aféresis, 11.485 plasmas, 1.647 crioprecipitados, 1.931 unidades pediátricas; a 16 Hospitales públicos y 28 Instituciones privadas. Se logró garantizar el 95% en la distribución de hemocomponentes solicitados al centro.

Se han irradiado 2.554 glóbulos rojos obtenidos en el IDCBIS, 3.302 glóbulos rojos de instituciones externas, 1.797 concentrados de plaquetas obtenidas en el IDCBIS, 3.027 concentrados de plaquetas de instituciones externas, 649 concentrados únicos de plaquetas (CUPs) por aféresis obtenidas en el IDCBIS, 2.727 concentrados únicos de plaquetas (CUPs) por aféresis de instituciones externas, para un total de 14.056 componentes sanguíneos irradiados. Se han irradiado componentes sanguíneos a 19 Instituciones privadas (Clínica Colsubsidio Infantil, Clínica Colombia, Clínica Marly, Clínica Colsubsidio Roma, Clínica San Rafael Bogotá, Clínica Reina Sofía, Fundación Cardioinfantil, Fundación Hospital La misericordia, Fundación Hematológica Colombia, Fundación Santafé, Clínica de la Mujer, Hemolife, Unidad Médica Oncológica ONCOLIFE, Hospital Militar, Administradora Country, Clínica la Magdalena Compensar, Cruz Roja, Sociedad de Cirugía Hospital San José, Hospital de la Policía) y 14 Hospitales Públicos (USS Kennedy, USS Tunal, USS Meissen, USS Suba, USS Tunal, USS Engativá, USS La Victoria, USS San Blas, USS Materno infantil, USS Simón Bolívar, USS Santa Clara, USS Bosa, USS Fontibón USS Kennedy Sede Patio Bonito), para un total de 33 instituciones.

BANCO DISTRITAL DE TEJIDOS

Promoción de la donación voluntaria 2018

A través del Banco Distrital de tejidos se llevó a cabo el Programa de promoción a la donación y obtención de Membrana amniótica en la Clínica del Country. con excelentes resultados y la colaboración y disposición del personal médico del mencionado centro para la consecución de las membranas lo que ha aumentado la obtención de tejidos.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El Banco Distrital de tejidos dentro de su componente de Promoción a la donación realizó en Julio de 2018 en el Hotel Cosmos 100 el “Primer Simposio de promoción y divulgación de tejidos” que contó con la participación de conferencistas nacionales e internacionales y una asistencia que superó la expectativas previstas, con presencia de asistentes de instituciones como INVIMA, Coordinación regional de trasplantes, Instituto Nacional de salud, Personal de IPS trasplantadoras, representantes de la Academia, entre otros, lo que dio lugar a un espacio de reflexión y compromiso por parte de los actores que están involucrados en la donación de tejidos en nuestro país.

205

Resultados Banco Distrital de Tejidos

A través del Banco Distrital de tejidos se llevó a cabo el Programa de promoción a la donación y obtención de Membrana amniótica en la Clínica del Country para la consecución de las membranas lo que ha aumentado la obtención de tejidos como se detalla a continuación:

Tabla 154. Obtención de Tejidos

Área	Cantidad
Tejido ocular	110 corneas
Tejido piel	102.228 cm ²
Tejido membrana amniótica	31.786 cm ²

En el periodo reportado de 2018 el Banco Distrital de tejidos obtuvo un significativo aumento en la obtención de tejidos como respuesta al trabajo mancomunado de los diferentes actores que hacen parte de este proceso como Médicos coordinadores operativos (FUNDONAR), IPS generadoras tanto públicas como privadas, así como el apoyo de la Coordinación Regional de trasplantes No1, y el trabajo en equipo coordinado y dispuesto del grupo operativo de rescate y demás integrantes del Banco de tejidos.

La obtención de donantes de piel en el 2018 fue la más alta lograda en todo el histórico del Banco desde su funcionamiento, lo que genera por supuesto la mayor disponibilidad de este tejido para suplir las necesidades de la Unidad de Quemados de Hospital Simón Bolívar, así como otras entidades que requieren este tejido como Clínica de la Policía y Fundación Santafé.

La procuración de donantes efectivos se lleva a cabo principalmente en la ciudad de Bogotá tanto en IPS públicas como privadas y en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (solo tejido ocular), dando cubrimiento a la Regional de trasplantes No 1 se obtuvieron donantes en otras ciudades como Ibagué, Tunja y Villavicencio. Los donantes obtenidos en el Banco de tejidos fueron: 55 donantes para tejido ocular, 56 donantes para tejido piel y 54 donantes para membrana amniótica.

El tejido fue distribuido a IPS trasplantadoras de tejido ocular como Sociedad de cirugía ocular, Bogotá laser center, Fundación Oftalmológica Nacional, INO Colombia, Clínica de ojos, Oftalmólogos asociados de la Costa, entre otros. El Banco Distrital de tejidos es pionero en el uso terapéutico de membrana amniótica distribuye este tejido también para

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

uso en oftalmología en láminas procesadas de 9 cm². Además, se distribuyó piel y Membrana amniótica para Hospital Central de la Policía, Unidad de Quemados de la Fundación Santafé y Unidad de Quemados de Hospital Simón Bolívar.

Tabla 155. Distribución de tejidos

Tejido	Distribución
Tejido ocular	98 corneas
Tejido piel	137.480 cm ²
Tejido membrana amniótica	47.398 cm ²

El Banco Distrital de tejidos, gracias a su personal altamente calificado, altos estándares de calidad y tecnología de punta es referente para América Latina, es así como recibió visita de referenciación de profesionales de otros países, entre los que se encuentran: el Hospital Militar de México, Unidad pediátrica de Quemados de Guatemala y del Jefe de Pediatría de Hospital Shriners para niños de Boston.

El BDT recibió en abril de 2018 la “Orden civil al mérito Responsabilidad Social Dona Bogotá” por parte del Concejo de Bogotá como un reconocimiento a la labor ardua y comprometida que realiza el Banco de Tejidos con relación a la Promoción a la donación de tejidos, así como la calidad reconocida de sus procesos, para brindar tejidos a la población más vulnerable de la Capital y mejorar así su calidad de vida.

BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Promoción de la donación voluntaria 2018

El Banco de Sangre de cordón umbilical durante el primer trimestre de 2018 inició operación del programa de promoción de la donación (Programa Cordial) y colecta de Sangre de Cordón Umbilical –SCU en la clínica Cafam 51 con una cobertura de 24 horas. Por lo cual, el Programa Cordial operó durante 2018 en:

- Hospital de Meissen y Clínica Cafam, con cobertura de 24 horas
- Hospital de Suba, con cobertura de 24 horas
- Hospital Occidente de Kennedy, con cobertura de 12 horas
- Clínica del Country, con cobertura de 8 a 5 de la tarde de lunes a viernes. La operación en este punto de colecta fue suspendida en octubre de 2018.

En abril y junio se hicieron 2 colectas programadas, en la clínica EU Salud y en la Clínica Reina Sofia, respectivamente.

Las actividades del Programa Cordial realizadas con las maternas se encuentran documentadas en los procedimientos operativos del BSCU y permanecen constantes en el tiempo, dichas actividades corresponden a:

- Presentación del programa a donantes que se encuentran en trabajo de parto.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Participar en la revista materna y hacer la selección de aquellas que cumplen con los criterios de inclusión del programa.
- Informar a las maternas sobre el programa de donación sangre de cordón umbilical, explicación de los riesgos, beneficios y todo lo contemplado en el consentimiento informado.
- Colectar la firma del consentimiento informado.
- Revisar el carné materno, los reportes de laboratorios y la ecografía de las donantes.

207

Resultados Banco de Sangre de Cordón Umbilical - BSCU

Durante el primer trimestre de 2018 se colectaron 477 unidades de sangre de cordón umbilical con las 10 enfermeras que hacían parte del programa Cordial, mientras que los trimestres siguientes presentaron un incremento de 64.7% en comparación con el mismo periodo de 2017, ya que en el año 2017 se colectaron 1075 unidades de SCU, mientras que en el 2018 fueron 1770 unidades de SCU.

Dicho incremento responde a 2 cambios fundamentales que se presentaron en la operación del programa cordial. El primero es la operación en la Clínica Cafam 51 que presenta un alto volumen de atención de partos y cesáreas en comparación con puntos que no presentaban el rendimiento que proyectaba el programa como la Clínica del Country o el hospital de Engativá.

Procesamiento y Disposición de Componentes Biológicos – BSCU

En las instalaciones del BSCU en la línea de investigación en proceso, las 2108 unidades de SCU colectadas durante el año fueron recibidas en el área de recepción y se verificó la documentación adjunta relacionada con la colecta y el transporte de las mismas.

De acuerdo a esta medición se procesaron y criopreservaron durante el primer trimestre 575 unidades de SCU, y en los siguientes trimestres se criopreservaron un total de 1861 unidades de SCU en comparación con las 1031 unidades colectadas en el mismo periodo del año 2017, lo que representa un crecimiento de 80.5%. Este crecimiento se correlaciona con el aumento de unidades colectadas, así como, a la experticia del personal de colecta que prioriza las colectas en cordones no exangües, lo que garantiza un mayor volumen de SCU y aumenta la probabilidad del procesamiento de las unidades.

En el área de histocompatibilidad del BSCU durante el primer trimestre del 2018 se llevó a cabo la estandarización del kit de extracción de DNA Quick-DNA™ Miniprep Plus Kit de Zymo Research. Una vez se estandarizó el uso, se llevaron a cabo extracciones de ADN, las cuales fueron posteriormente amplificadas, hibridadas y se hizo la lectura y análisis de las mismas para obtener la tipificación en resolución intermedia.

Las muestras analizadas en el laboratorio de histocompatibilidad corresponden a los pilotos de unidades de SCU criopreservadas y disponibles para trasplante, y sus correspondientes muestras maternas. Este procedimiento fue establecido como un requisito para la liberación de las unidades ya que permite hacer la verificación de identidad. Debido al uso del nuevo Kit se han podido procesar muestras de años anteriores 2015 en adelante, que por efectos de disponibilidad de reactivos y de mantenimiento del equipo no había podido llevarse a cabo con la frecuencia requerida.

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para la operación adecuada y óptima del BSCU se llevan a cabo actividades de manera permanente, estas incluyen:

- Estudio de Recuperación de células nucleadas de SCU que permite evaluar el impacto de la concentración de células nucleadas en la eficiencia de la recuperación y la frecuencia de contaminación de microorganismos en SCU durante el proceso de colecta y reducción de volumen.
- Ejecución del proyecto Determinación de la viabilidad de CNT en USCU por citometría de flujo: estudio primera fase pre-criopreservación para la validación de la enumeración y estudio de poblaciones celulares de las USCU utilizando un citómetro de flujo, lo anterior como parte del procesamiento y análisis de calidad de las unidades de SCU.
- Elaborar y ejecutar el estudio de Procesos del BSCU: Colecta, Crio preservación de Unidades de SCU y Establecimiento del Banco Paralelo.

208

2. Convenio 1039 de 2017 “Aunar esfuerzos para la Implementación y Puesta en marcha de la línea de producción tecnológica. “Mejorar el desempeño y el costo-efectividad de las pruebas de detención VIH, Hepatitis B y Hepatitis C para su posterior implementación en el Banco de Sangre de referencia en el Distrito”.

Con el fin de fortalecer los proceso de producción científica y tecnológica existente en el IDCBIS, así como la formación/entrenamiento del personal técnico científico que participa en el desarrollo de nuevas tecnologías en servicios de salud para el servicio de la red pública de salud del Distrito, y con el fin de impactar en el incremento de la seguridad de los hemocomponentes distribuidos en los pacientes de la red pública que lo requieran, así como posicionar al sector salud del Distrito como líder en el desarrollo e implementación de tecnologías de última generación eficientes, seguras y costo-efectivas que den valor agregado a los servicios prestados a la población de la ciudad capital, se obtuvieron los siguientes resultados en el marco del convenio 1039 de 2017:

Se diseñaron primers (cadena de Ácido Nucleico) desarrollados por investigadores del IDCBIS, dirigidos hacia las secuencias de los virus HIV, HCV y HBV.

Se estandarizó una metodología automatizada de aislamiento de ácidos nucleicos (ADN/ARN) de plasma sanguíneo tales como: Syber Green (dye based assay) y TaqMan (probe based assay).

Constitución de plasmateca con alrededor de 14000 muestras de donantes captados por el Banco de Sangre del IDCBIS con donantes negativos y positivos (confirmados) para los virus HCB, HBV y HIV.

Se determinó la cantidad optima de (ARN/ADN) de cada virus en (HIV, HBV, HCV) para los ensayos probe based con el fin de cuantificar límites de detección en el desarrollo NAT.

3. Línea de producción tecnológica orientada a generar el procesamiento y distribución en componentes biológicos derivados del procesamiento de dermis acelular y tejidos osteoarticulares.

Para la vigencia 2018 se proyectó el desarrollo de una línea de producción tecnológica orientada a generar productos de ingeniería tisular con perspectivas de uso clínico. La ingeniería tisular se define como el campo interdisciplinario que

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

aplica los principios de la ingeniería y las ciencias de la vida para el desarrollo de substitutos biológicos que restauren, mantengan o mejoren la función de los tejidos. Específicamente, esta línea de producción tecnológica está orientada a:

1. Fortalecimiento de los programas de procesamiento y distribución del banco de tejidos en componentes biológicos derivados del procesamiento de dermis acelular en el banco multipropósito de tejidos del Distrito y
2. Fortalecimiento de los programas de procesamiento y distribución del banco de tejidos en componentes biológicos derivados del procesamiento de tejidos osteoarticulares.

209

La comunidad científica ha hecho importantes avances con miras al desarrollo de casi todos los órganos y tejidos del cuerpo humano. Uno de los tejidos que más interés ha suscitado es la reconstrucción de la piel. En este caso se han creado diversos productos que emplean matrices biológicas o sintéticas de alto grado de biocompatibilidad, así como constructos de células epidérmicas o fibroblastos humanos embebidos en matrices tridimensionales. Muchos de estos productos ya han obtenido aprobaciones ante entes reguladores internacionales y se encuentran disponibles para su aplicación clínica, lo que ha impulsado la generación de conocimiento y la industria biotecnológica en este sector de desarrollo. En Colombia existen iniciativas de investigación desde distintos centros de investigación básica y clínica enfocadas a la generación de iniciativas de investigación para la generación de equivalentes cutáneos.

Es el caso del Banco Multipropósito de tejidos del Distrito que actualmente cuenta con reservas de piel de alrededor de 51000 cm², almacenadas y disponibles para uso clínico como insumo para el manejo de lesiones cutáneas de alto impacto como lo son las quemaduras físicas y químicas. Sin embargo, este insumo es insuficiente para el manejo de lesiones severas como las quemaduras cutáneas de tercer grado y las úlceras cutáneas de distinta etiología. Junto con la estandarización, validación y liberación de piel humana proveniente de cadáveres bajo estrictas normas de calidad, el Banco quiere emprender nuevas líneas de desarrollo para introducir productos biotecnológicos basados en piel descelerizada que cubran la demanda de estos productos en lesiones más severas como lo son las lesiones crónicas degenerativas, las úlceras y los queloides cutáneos de difícil manejo. Este nuevo producto consiste en piel en donde el componente celular es removido a través de un tratamiento químico bajo condiciones estériles. La remoción del componente celular del tejido confiere nuevas propiedades terapéuticas y disminuye el riesgo de inmunogenicidad mediada por componentes proteicos celulares, lo que incrementa la viabilidad del injerto en el paciente trasplantado. Esto a su vez significa un incremento en su eficacia clínica y menor relación costo-beneficio.

Para emprender esta nueva línea de desarrollo tecnológico, se requiere la estandarización de protocolos de producción, entrenamiento de talento humano y adquisición de tecnología para obtener condiciones sanitarias para la selección, obtención, extracción, procesamiento, preservación, almacenamiento, control de calidad y distribución de piel.

Por otro lado, la demanda de tejido osteo-articular ha crecido de manera importante en nuestro medio gracias a su utilidad clínica. Entre ellas se encuentran aplicaciones ortopédicas en implante óseo, estimulación del crecimiento y osificación junto con el reemplazo de estructuras anatómicas en lesiones severas. Así mismo las aplicaciones en cirugía maxilofacial y ortodoncia han comenzado a estimular el uso clínico cuya demanda pocos bancos en el país pueden cubrir. En consecuencia, el Banco Distrital de Tejidos cuenta con las capacidades locativas para implementar una segunda línea de producción de tejidos osteo articulares y se quiere proyectar en el corto plazo como proveedor de este

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

insumo terapéutico. Sin embargo, para el caso de los tejidos todavía existen muchos aspectos que se deben implementar como son: - Mejora en la calidad e incompatibilidad de los materiales para así obtener sistemas terapéuticos más duraderos; -Mejorar las condiciones de producción a media escala con el objetivo de llegar al mayor número de pacientes posibles; - Reforzar la investigación básica para aumentar el conocimiento en el campo en especial lo referente a ingeniería celular y tisular; y Desarrollo de producción a escala que asegure condiciones de bioseguridad y esterilidad adecuadas. Adicionalmente es de vital importancia que estos procesos de desarrollo de nuevas líneas de producción se apoyen en proyectos de investigación que se puedan desarrollar en un centro de investigación de las características del IDC BIS y específicamente en el Banco Distrital de Tejidos, lo que asegura altos estándares de calidad y costos razonables para que puedan estar a disposición de toda la población nacional.

Para tal fin, se suscribieron con el Fondo Financiero de Salud los convenios que se relacionan a continuación con sus principales logros en la vigencia 2018:

3.1 Convenio CO1.PCCNTR:601329-2018 “Aunar esfuerzos de cooperación científica para el fortalecimiento de los programas de procesamiento, y distribución del banco de tejidos en componentes biológicos derivados del procesamiento de dermis acelular”

Se identificó la necesidad de los distintos reactivos y equipamiento que permitirá la implementación y puesta en marcha del laboratorio en la vigencia 2019. De igual forma, se desarrollaron actividades operativas y científicas del convenio para el rescate de piel proveniente de donantes cadavéricos, con el propósito de contar con el material que permitirá la estandarización del procesamiento, empaque y almacenamiento de la dermis acelular.

Se inició la elaboración de documentos asociados a la obtención y procesamiento de dermis y se inició el estudio de mercado para la contratación de servicios de microbiología industrial requeridos para los controles de calidad ambiental y de superficies de los laboratorios en los que se procesa la dermis acelular. De igual forma, se contrataron los servicios de microbiología industrial requeridos para los controles de calidad ambiental y de superficies de los laboratorios en los que se procesa la dermis acelular.

Se adelantaron capacitaciones al grupo de rescate y procesamiento de dermis en temas relacionados con descelerización y enmallado de láminas cutáneas. Se inició la revisión de los documentos asociados al procesamiento de dermis acelular y su aplicación clínica en pacientes.

Se realizó la divulgación de los adelantos en investigación tisular y avances en innovación tecnológica derivada de tejidos laminares, en el evento científico internacional realizado en Paipa, Boyacá denominado "I ENCUENTRO INTERNACIONAL EN TERAPIAS AVANZADAS Y MEDICINA REGENERATIVA.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

3.2 Convenio CO1.PCCNTR:601435-2018 “Aunar esfuerzos de cooperación científica para el fortalecimiento de los programas de procesamiento y distribución del Banco de Tejidos en componentes biológicos derivados del procesamiento de Tejidos osteoarticulares”.

Se realizó el rescate y promoción de la donación de tejidos y a la elaboración de protocolos y demás documentos asociados al rescate, procesamiento, control de calidad, almacenamiento, liberación y distribución de tejidos osteoarticulares. De igual forma, se realizaron actividades de procesamiento y control microbiológico de tejidos osteoarticulares.

Se realizaron capacitaciones al grupo de rescate de tejido osteoarticular.

Se iniciaron las actividades de investigación científica, de apoyo técnico y de laboratorio orientadas a la generación de nuevos productos osteoarticulares mediante diversos abordajes de la Ingeniería Tisular. De igual forma, se dio inicio a la estructuración de un (1) proyecto de investigación en tejidos.

El IDCBIS participó en la modalidad de Stand Científico, en el Simposio Nacional de Cirugía Plástica y reconstructiva de la Sociedad de Cirugía Plástica del Hospital San José, realizado en la ciudad de Bogotá, para la difusión de la información relacionada con el uso y aplicación clínica de tejidos osteoarticulares. De igual forma, en el mes de diciembre, El IDCBIS organizó y llevó a cabo en Paipa (Boyacá) el evento científico internacional denominado "I ENCUENTRO INTERNACIONAL EN TERAPIAS AVANZADAS Y MEDICINA REGENERATIVA" para la divulgación ante la comunidad médica y científica del país, en el cual se presentaron los adelantos en investigación tisular y avances en innovación tecnológica para tejidos osteoarticulares.

4. Convenio CO1.PCCNTR:601522-2018 “Aunar esfuerzos para implementar una tecnología automatizada para la detección de agentes virales de alta prevalencia en los donantes y pacientes del Distrito” - ALCANCE: “Fortalecer las capacidades científicas y tecnológicas para el desarrollo y puesta en marcha de un servicio de pruebas diagnósticas y confirmatorias de agentes infecciosos en donantes y pacientes del Distrito”.

Se inició el desarrollo de actividades encaminadas al diseño y puesta en marcha de un laboratorio para la confirmación de agentes infecciosos en donantes y pacientes del Distrito.

Se inició la estandarización de procesos y procedimientos relacionados con la recepción, manipulación, procesamiento, análisis y reporte de resultados provenientes de donantes y pacientes del Distrito.

Se inició la estandarización, validación y montaje de pruebas serológicas diagnósticas y confirmatorias. De igual forma se inició la estandarización y realización de las pruebas para el control de calidad tanto de las muestras biológicas como del muestreo ambiental de los laboratorios. Se analizó el nuevo algoritmo dispuesto para la confirmación de agentes infecciosos para donantes de sangre en el país.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde a información suministrada por el Instituto Distrital de ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud- IDCBIS





Bloque II

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

Para el cumplimiento del indicador de ocupación de urgencias, se asociaron las diferentes estrategias y acciones que se implementaron en el marco de un plan de mejora institucional e integrado, el cual fue construido de manera participativa con las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud y la Secretaría Distrital de Salud.

Con base en lo anterior, se concluye que la ocupación de los servicios de urgencias en la Red Pública Distrital al cierre del año 2018 dio cumplimiento a la meta establecida en el Plan de Desarrollo Bogotá mejor para todos, ya que el porcentaje del indicador de ocupación logró disminuir a 91.7% para el año 2018.

Tabla 156. Cumplimiento de la meta, Año 2016-2018

AÑO	2016	2017	2018
Programado	250%	200%	150%
Ejecutado	159%	85,5 %	91.7%

2) Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, el 100% de inter- operabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020.

El sector formuló el proyecto Bogotá Salud Digital, el cual se inició con la Implementación los sistemas de información únicos por cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, logrando que la información del paciente tanto clínica asistencial, como administrativa y financiera sea compartida por toda la Subred. Actualmente se está implementando la solución integral de la Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU), agendamiento de citas centralizado y gestión de formula médica Bogotá Salud Digital, de acuerdo con el cronograma del proyecto establecido.

Así mismo, a la fecha se encuentra en la etapa de pruebas de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica Unificada y se han recibido los siguientes productos los cuales han sido aprobados por la Interventoría contratada: Plan de Trabajo, Cronograma, Documentos de cierre de alcance Funcional y No Funcional, ambiente de desarrollo bus de integración, Plan de Capacidad de ambientes de pruebas y producción, Plan de comunicación y sensibilización, Manual de identidad del proyecto, ambiente de pruebas, lineamientos y guías de implementación de interoperabilidad, CDA optimizados para el intercambio de información, Arquitectura de la solución, Ambiente de preproducción, Documento de análisis y diseño, plan de pruebas parametrización funcionales HCEU, Índice maestro de paciente y Catálogos. Que corresponde al 81% de avance al 31 de diciembre del 2018.

Igualmente se realizó el fortalecimiento de los Sistemas de Información Hospitalario – HIS optimización de CDA para la interoperabilidad de la Historia Clínica electrónica Unificada y desarrollo de intercambio de información para el Agendamiento de citas centralizado y gestión de formula medica de las Subredes.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El sistema interoperará en su primer alcance con la red integrada de servicios de salud conformada por las cuatro subredes, EPS Capital Salud, operador de medicamentos, Secretaría Distrital de Salud.

En este sentido se está en la implementación de la Fase llamada Integración la cual consiste en la implementación de una solución integral tecnológica, que permita a todos los sistemas de información de los diferentes actores y/o interesados de la Red Integrada de Servicios de Salud comunicarse de manera automática, esto incluye la interoperabilidad de la historia clínica de todos los pacientes atendidos en la red pública hospitalaria de Bogotá, contar con agendamiento de citas centralizado, y la gestión de fórmula médica.

La finalidad es contar con una solución integral tecnológica, que por mecanismos de interoperabilidad, permita unificar y centralizar la operación de la información administrativa, técnica y financiera, para acercar al ciudadano a los servicios de salud y facilitar el acceso de todos los usuarios de la Red Integrada de Servicios de Salud, de tal modo que se preste mejor servicio al ciudadano, logrando la excelencia en la gestión y generando confianza en los usuarios; lo cual traerá los siguientes beneficios:

1. Mejorar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud.
2. Mejorar la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud.
3. Mejorar la oportunidad y calidad de la información en salud a través de la operación completa y consolidada la plataforma de salud digital.
4. Reducción de los costos de reprocesos e inasistencia.

Bloque III

1) Implementar, según las competencias de ley, el 100% de las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana y rural

En el marco del cumplimiento del Decreto 812 del 28 de diciembre de 2017 "Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones", se inició el funcionamiento del comité Intersectorial Distrital de Salud, el cual, en el año 2018 se realizó tres reuniones ordinarias, las cuales permitieron el reconocimiento de las acciones de todos los sectores participantes, y la consolidación del reglamento interno del comité bajo el acuerdo 001 de 2019, así como la aprobación del plan de acción enmarcado en 9 prioridades: actividad física, alimentación saludable, consumo responsable de alcohol, reducción en el consumo de tabaco, mejoramiento de la calidad del aire, disfrute del espacio público, ocupación del tiempo libre, relacionamiento familiar, disminución de la deserción escolar, prioridades que buscan generar modificaciones en los estilos de vida y por ende afectar los determinantes en salud.



Bloque IV- V y VI

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

Esta meta incluye las acciones del sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental – SISVEA, construcción, seguimiento y evaluación de los lineamientos para la ejecución de la salud ambiental en el D.C, en el marco de la Salud Urbana y la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario en los establecimientos priorizados del D.C.

Establecimientos comerciales, institucionales e industriales inspeccionados:

En el periodo 2016 – 2018 se inspeccionaron 412.488 establecimientos en la ciudad de Bogotá. Comparando el año 2016 con el 2018, se evidencia un incremento en el número de establecimientos inspeccionados, pasando de 103.230 en el 2016 a 169.083 en el 2018.

Tabla 157. Establecimientos comerciales, institucionales e industriales inspeccionados por la Secretaría de Salud en Bogotá D.C. por línea de intervención 2016 – 2018

AÑO	Total de establecimientos	Alimentos sanos y seguros	Calidad de Agua y Saneamiento Básico	Eventos transmisibles de origen zoonótico	Medicamentos seguros	Seguridad Química
2.016	103.230	52.986	22.289	1.994	7.008	18.953
2.017	140.175	71.772	30.027	2.170	8.884	27.322
2.018	169.083	79.024	36.901	3.061	9.356	40.741
TOTAL	412.488	203.782	89.217	7.225	25.248	87.016

Fuente: Establecimiento Únicos SIVIGILA D.C. 2016 - 2018

Las localidades en las que se intervino el mayor número de establecimientos durante el 2016 fueron Kennedy y Suba (10% cada una de estas), seguido de Bosa, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar (7% cada una). De otro lado el 51% de los establecimientos vigilados durante el periodo pertenecían a la línea de alimentos sanos y seguros, debido a que en esta línea se adelanta la vigilancia en establecimientos que preparan, almacenan, distribuyen y comercializan alimentos y bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) para consumo humano, establecimientos que por su naturaleza están asociados a riesgos por consumo y que por la dinámica comercial de la ciudad son los que más proliferan en el distrito. En segundo lugar, estuvieron los establecimientos de la línea de calidad de agua y saneamiento básico con 22%.



Tabla 158. Visitas de IVC realizadas en establecimientos comerciales, institucionales e industriales por localidad en Bogotá D.C. 2016 - 2018

LOCALIDAD	2016	%	2017	%	2018	%
ANTONIO NARIÑO	5.276	3%	7.220	4%	8.248	3%
BARRIOS UNIDOS	8.223	5%	9.455	5%	11.756	5%
BOSA	10.628	6%	12.785	6%	13.753	5%
CHAPINERO	7.108	4%	7.590	4%	10.363	4%
CIUDAD BOLÍVAR	11.746	7%	13.302	6%	18.047	7%
ENGATIVÁ	6.862	4%	9.051	4%	15.597	6%
FONTIBÓN	8.235	5%	10.050	5%	12.223	5%
KENNEDY	13.035	7%	16.373	8%	22.197	9%
LA CANDELARIA	2.137	1%	2.834	1%	3.287	1%
LOS MÁRTIRES	8.554	5%	13.049	6%	14.330	6%
PUENTE ARANDA	5.961	3%	7.554	4%	10.758	4%
RAFAEL URIBE	14.474	8%	16.582	8%	17.562	7%
SAN CRITÓBAL	10.310	6%	11.928	6%	11.288	4%
SANTA FE	6.510	4%	9.204	4%	10.683	4%
SUBA	18.066	10%	18.460	9%	23.588	9%
SUMAPAZ	313	0%	302	0%	429	0%
TEUSAQUILLO	5.290	3%	6.947	3%	7.781	3%
TUNJUELITO	9.166	5%	8.591	4%	11.039	4%
USAQUÉN	10.167	6%	12.595	6%	13.750	5%
USME	12.438	7%	12.067	6%	15.342	6%
TOTAL	174.499	100%	205.939	100%	252.021	100%

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE - Aplicativo SIVIGILA- 2016 – 2018

En la tabla anterior se puede observar que las localidades que tuvieron mayor porcentaje de visitas en el 2016 fueron Suba (10%), Ciudad Bolívar y Usme con 7% cada una de estas; en el 2018, las localidades con mayor proporción de intervenciones fueron Suba y Kennedy (9% cada una) seguido de Ciudad Bolívar y Rafael Uribe (7% cada una).

En particular, al respecto de las acciones adelantadas por la línea de acción de seguridad química, durante 2017 y 2018 se llevaron a cabo reuniones periódicas del Comité Normativo Distrital de Estética y Belleza, al que asisten la Agremiación de Esteticistas de Bogotá D.C. y Cundinamarca, AGCECI, la agremiación de las escuelas de estética, los representantes de los fabricantes y comercializadores de equipos de uso en estética, FENALCO Bogotá D.C., y entidades como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras, dependiendo de las competencias de cada una de estas últimas y los temas a tratar en las sesiones del comité. Este busca encontrar soluciones a implementar de manera conjunta para distintos problemas que aquejan la prestación de servicios de estética ornamental, facial y corporal en la ciudad.





Bloque VII

3) Implementar, según las posibilidades de ley, el 100% de las recomendaciones del Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud

Durante la vigencia 2018, se realizaron 9 sesiones del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado, a las cuales se realizaron el 100% de cumplimiento a los compromisos.

El Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado CDSSS, es el organismo asesor de la Secretaría Distrital de Salud en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud que desarrollen las políticas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Sus pronunciamientos los realiza mediante acuerdos. Las memorias de las sesiones de reuniones sean ordinarias o extraordinarias, según el caso, se registran mediante actas en las cuales quedan registrados los compromisos a los que se les realiza seguimiento; Como se ilustra en la tabla a continuación.

Tabla 159. Matriz de seguimiento cumplimiento de compromisos del CDSSS 2016-2019

VIGENCIA	ACTA	TIPO	COMPROMISOS	CUMPLIMIENTO
2016	60	Ordinaria	No se realizan proposiciones ni compromisos	No aplica
	61	Ordinaria	No se realizan proposiciones ni compromisos	No aplica
	62	Extraordinaria	No se realizan proposiciones ni compromisos	No aplica
2017	63	Ordinaria	El Subsecretario Corporativo de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Juan Carlos Malagon, considera necesario que se determine la nueva designación de los miembros del CDSSS	En sesión del 4 de mayo de 2018 toman posesión los nuevos miembros del CDSSS
	64	Extraordinaria	No se realizan proposiciones ni compromisos	No aplica
2018	1	Ordinaria	1, Modificación del orden del día 2, Presentación del nuevo modelo de Salud en Bogotá	En sesión ordinaria del 6 de julio de 2018 se realizó la socialización y avances del modelo de salud en Bogotá
	2	Extraordinaria	No se realizan proposiciones ni compromisos	No aplica
	3	Ordinaria	1, Presentar los resultados de la encuesta del Centro Nacional de Consultoría 2, Llevar el programa Sexperto a Vista Hermosa	En sesión del 18 de octubre se dio a conocer los resultados del estudio de percepción y satisfacción de la atención brindada a las ciudadanía por el Centro Nacional de Consultoría
	4	Ordinaria	1, Allegar las memorias de las presentaciones a los consejeros a los correos electrónico del CDSSS 2, Programar Plan de visitas exitosas del Modelo de Atención en Salud a los CAPS	Eenvío de las memorias de las presentaciones realizadas durante la sesión a los correos electrónicos de los consejeros
	INFORMA DE GESTION			En tramite de Publicación en la pagina web de la SDS
2019	5	Ordinaria	Por termino de tiempo los miembros del consejo aprueban dejar para la otra sesión la presentación del informe de avance del Call Center- Responsables la Dra Beatriz Guerreo Africani	El orden del día de la próxima sesión del CDSSS se presentará el informe de avance del Call Center



Boque VIII

4) Mantener con criterios de eficiencia y eficacia la ejecución de las acciones delegadas a la secretaría distrital de salud

Indicador: Cumplimiento de las Acciones misionales encargadas a la Secretaria Distrital de Salud: Ejecución: 93.08% a Diciembre de 2018

217

Presentando los siguientes avances:

- Nuevo marco normativo contable - NMNC se encuentra en proceso de implementación, habiéndose agotado la validación saldos iniciales en cuentas por cobrar, cuentas por pagar, venta de servicios, propiedades, planta y equipo; se aprobó el documento definitivo de políticas contables y se encuentra en proceso de revisión la política de operación del NMNC.
- Gestión Documental. de un total de 57 archivos de gestión (Archivos de Oficina), integrados por aproximadamente 16,055 cajas de archivo, ubicados en 4.013,75 metros lineales de documentación, a diciembre de 2018 se han organizado 2.539,5 metros lineales, con un avance en la organización del archivo de la entidad del 63,27%, el cual corresponde a un total de 10.158 cajas.
- La gestión de cobro coactivo durante el periodo 2018 recaudo \$ 1.668.751.244 de un total de sanciones \$ 5.916.328.106.
- Transición de la norma ISO 9001 a la versión 2015.
- Sistema de Gestión de Calidad. Se actualizaron 456 documentos que hacen parte del Sistema, además se hizo la transición de la norma ISO 9001 a la versión 2015. En la actualidad la entidad se encuentra en proceso de Implementación Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través del desarrollo y cumplimiento de las políticas administrativas e institucionales, establecidas en el Modelo, las cuales anteriormente se trabajaban como parte del Sistema Integrado de Gestión a través de los 7 Subsistemas, por lo que fue necesario elaborar los autodiagnósticos para obtener la brecha que existía en la implementación y avance de estas
- Creación del comité Institucional de Gestión del Desempeño.
- Política de conflicto de intereses
- Finalistas “Premio ANDESCO de Sostenibilidad 2018”
- Defensa Judicial y Administrativa de la entidad. Se atendieron 80 diligencias de conciliación en la Procuraduría; 6 diligencias de conciliación en la Superintendencia Nacional de Salud; 34 demandas en contra de la Entidad, debidamente contestadas; 187 audiencias judiciales en procesos contenciosos en contra de la Entidad, atendidas; 83 derechos de petición contestados; 910 expedientes de segunda instancia sustanciados; 6.670 tutelas contestadas en desarrollo de las actividades de defensa judicial y administrativa



- Campaña de Comunicación interna. Involucró a más de 20.000 funcionarios y colaboradores del sector salud en el Distrito, en la generación de sentido de pertenencia y en la importancia de aporte que en lo laboral hace cada uno.
- La oficina de Control Interno cumplió con el Plan de auditorías ejecutando 31 auditorías programadas en la vigencia 2018

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto Fortalecimiento y Desarrollo Institucional 7524 con corte a Diciembre 31 de 2018

52. Relación de avances a cada uno de los indicadores de producto contemplados en el Plan Distrital de Desarrollo, listado a continuación

Meta Producto	Indicador Producto	LB/fuente/año
1. Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C. 2. Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud. 3. Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral. 4. Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático. 5. Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667. 6. Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S. 7. Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.	1. Nuevo modelo de atención en salud diseñado y operando 2. Número de Subredes integradas de servicios de salud desarrolladas 3. 1.500.000 habitantes de Bogotá atendidos con el nuevo modelo de atención integral. 4. Esquema de aseguramiento automático diseñado y operando 5. 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud con continuidad garantizada 5.1. Número de afiliados al régimen subsidiados 6. 100% de la población pobre no asegurada con	1. Cero (0) 2. Cero (0) 3. Cero (0) 4. Cero (0) 5. 1.291.158 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud 6. 100%. 7. Polio:90,6; BCG:107,4; DPT: 90,7; Hepatitis B: 90,2; Hib: 90,7; Triple Viral: 98,0; Fiebre amarilla para el refuerzo de 18 meses; HA: 97,9; Neumococo:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados	% de personas atendidas integralmente en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicios de salud dentro de las que lo demandan	Cero, SDS,
Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual	Tasa de donación de órganos	
Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual	Tasa de trasplantes	
Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo	Estudios realizados	
Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales	Número de acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales	
Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores	Un (1) programa diseñado e implementado de detección temprana de a enfermedad de Alzhéimer en adultos	Para el año 2020 se estima que 342,956 personas mayores de 60 años en Colombia sufrirán de algún tipo de demencia, 258.498 de ellos tendrán enfermedad de alzhéimer que será más frecuente en mujeres. Yuri Takeuchi ()
1. Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) 2. Construir 2 instalaciones hospitalarias 3. Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme 4. Construir 4 centrales de urgencias (CEUS) 5. Creación de una plataforma tecnológica virtual	1. 35 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) construidos. 2. instalaciones hospitalarias construidas. 3. Número de Instalaciones hospitalarias intervenidas 4. Numero de centrales de urgencias construidas 5. Plataforma tecnológica virtual creada.	1. Cero (0) 2. Cero (0) 3. Cero (0) 4. Cero (0) 5. Cero (0)
Diseñar, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud	Comisión Distrital Intersectorial de Salud diseñada y puesta en marcha.	1) Cero (0)
Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100% de la	2.1 Porcentaje de intervenciones de prevención y control sanitario realizadas	2.1. 0 planes correctivos año .





población objeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el D.C.		
2.2 Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100% de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.	2.2 Porcentaje de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental diseñados y puestos en funcionamiento.	2.2. 23,7% de avance en 1era generación año,
2.2 Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100% de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.	2.2 Porcentaje de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental diseñados y puestos en funcionamiento.	16,6% en 2ª generación año, 0% en 3ra generación año
Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado.	Consejo Distrital de Salud Ampliado puesto en marcha	1) Cero (0)

Bloque Ib

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

Se desarrolló el proceso de adaptación y se dio inicio a las fases de alistamiento e implementación del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS en el Distrito Capital, definiéndose los lineamientos generales y estratégicos para la implementación del MIAS y la metodología de monitoreo y evaluación y realizando acciones de socialización y articulación, con la totalidad de EAPB autorizadas para operar en el Distrito e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- públicas y privadas priorizadas, orientadas al mejoramiento del acceso, la oferta de los servicios en salud básicos y complementarios, la integralidad de la atención, y la calidad de la atención para la población del Distrito Capital.

En este contexto se realizaron: 2.618 visitas de asistencia técnica a IPS y EAPB. (Ver tabla)



Tabla 160. Visitas de Asistencia Técnica a IPS y EAPB, para el Fortalecimiento de la Atención e Inicio de la Implementación del MIAS, 2016-2018

VISITAS DE ASISTENCIA TECNICA A IPS Y EAPB	2016 (JUL-DIC)	2017	2018	TOTAL 2016-2018
Modelo Integrado de Atención en Salud-MIAS			22	22
Eventos de Interés en Salud Pública	26	301	338	665
Infecciosas			19	19
VIH Sida	9	28	16	53
Rehabilitación	0	354	559	913
Salud Mental y SPA	0	15	40	55
Crónicas	0	0	71	71
Atención Domiciliaria. Medicina Alternativa y Terapias Complementarias	0	39	49	88
Nutrición	0	3	50	53
Materno Perinatal	30	176	289	495
Salud Oral	0	0	0	0
Aulas hospitalarias	0	21	14	35
Infancia y adolescencia	0	29	46	75
Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE	26	9	39	74
Total de visitas	91	975	1552	2618

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, informe Integrado de Gestión años 2016-2018

Se logra el fortalecimiento de competencias de 35.964 personas de las IPS priorizadas, de las EAPB autorizadas para operar en el Distrito y comunidad en general, para la adaptación e implementación del MIAS y en temas relacionados con Eventos de Interés en Salud Pública, Materno Perinatal, IVE, rehabilitación, Enfermedades Crónicas y Salud Oral, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención de la población del D.C, en el contexto del MIAS, en implementación del Plan de choque para Eventos de Interés en Salud Pública (Materno Perinatal, ERA, Desnutrición), articulación de las intervenciones individuales con las acciones colectivas, para complementarse con la gestión del riesgo individual de responsabilidad de las EAPB y sus redes integrales de prestadores de Servicios de Salud. Adicionalmente se realizó la organización de los servicios de la red pública hospitalaria, mejorando el acceso, la oportunidad, la integralidad y calidad de la atención, avanzando en la garantía del derecho a la salud para la población del D.C. (ver tabla)

Tabla 161. Fortalecimiento de Competencias de las Personas de las IPS, EPAB 2016 (julio a diciembre)-2018

FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS (# personas)	2016 (JUL-DIC)	2017	2018	TOTAL 2016 - 2018
En el alistamiento e inicio de implementación del MIAS	2.370	13.677	19.917	35.964

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Informe Integrado de Gestión años 2016-2018 2018



El cumplimiento de la meta se menciona a continuación:

Tabla 162. Cumplimiento de meta. Bogotá D.C año 2016-2018

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta	Progr. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Progr. 2016-2018	Ejec. 2016-2018	% Cum pl.
Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.	Año 2015 : 0 modelo de atención Integral en Salud	Nuevo modelo de atención en salud diseñado y operando	0,2	0,2	1	1	1	1	1	1	100%

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Informe Integrado de Gestión años 2016-2018 2018

2. Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud.

Resultado 2018: 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE desarrolladas.

Acciones adelantadas para el desarrollo de las Cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE

- Consolidación del componente primario del Modelo AIS, a través de los 31 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), los cuales se caracterizan por ser sedes especializadas, de tipo ambulatorio, orientadas a atender patologías de baja y mediana complejidad que requieren atención programada o prioritaria (clasificación triage 4 y 5), contando con talento humano altamente capacitado y especializado en pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, y otras especialidades que responden a las necesidades de la población, oferta además, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, como dispensación de medicamentos, rehabilitación, atención domiciliaria, atención prehospitalaria, entre otros, que garantizan una atención más resolutive y segura, facilitando el acceso y continuidad en los procesos de atención.
- Fortalecimiento de la coordinación asistencial: Se cuenta con un equipo encargado del seguimiento de los usuarios, mediante articulación de las acciones desarrolladas en el espacio colectivo con los servicios ofertados de los componentes primario y complementario, para garantizar la activación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en los usuarios de la Red.
- Centralización de servicios de apoyo diagnóstico: Las Subredes adelantan la concentración de los servicios de laboratorio clínico en centros de referencia, mejorando la eficiencia técnica y operativa, con mayores estándares de calidad en el procesamiento de las muestras y la entrega de los resultados.
- Racionalización de la capacidad instalada mediante el traslado de servicios ambulatorios y hospitalarios entre Unidades de Servicios de Salud que garanticen condiciones físicas y tecnológicas más seguras, de la mano



del cumplimiento de la normatividad vigente en Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Lo anterior, favorece la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios con calidad y seguridad, y mejora los resultados en salud.

- Fortalecimiento en la disponibilidad permanente de Transporte Asistencial Básico, para realizar los traslados requeridos entre unidades de servicios de salud de la Subred.
- Ruta de la Salud: Herramienta que facilita el acceso a los servicios de salud, disminuyendo barreras geográficas, económicas y administrativas de la población prioritaria.
- Inicio de ciclo de preparación para la Acreditación: A través de la suscripción de convenios interadministrativos que han fortalecido la etapa de enfoque de procesos y procedimientos que conlleven a la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad.

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

Con el nuevo modelo de atención integral en salud se espera mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá, D. C.; así como disminuir diferenciales en morbilidad y mortalidad entre localidades y grupos de personas en la ciudad. Para ello, el Sector Salud participa en la implementación de veinte (20) políticas públicas¹⁶ como instrumentos de planeación para la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud y promoción de la atención.

De estas veinte (20) políticas públicas, seis (6) son de carácter sectorial, es decir, abordan temas de intervención del riesgo y promoción de la salud en el Distrito Capital; y las catorce (14) restantes, son de carácter poblacional; es decir, orientadas a implementar acciones afirmativas para poblaciones específicas que han sido identificadas como vulnerables.

En términos generales, la implementación de estas políticas públicas entre julio de 2016 y diciembre de 2018 ha implicado el seguimiento al cumplimiento de la agenda sectorial local en los temas priorizados por cada una de las políticas públicas; la generación de 4.275 acuerdos en el marco de la implementación de los planes de acción locales de las políticas; y el cumplimiento de la gestión e implementación de los planes de acción con base en las actividades realizadas en el marco de las políticas públicas a nivel local.

En aras del ejercicio se presentan las políticas que han presentado mayores avances en el periodo, que se evidencian en algunas de las acciones aquí planteadas.

¹⁶ Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de SPA en Bogotá D.C. 2011-2021; Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá D.C.; Política Pública de Salud Oral con Participación Social para el Decenio; Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de la Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital; Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016; Política pública de mujeres y equidad de género; Políticas Públicas Étnicas (Indígenas, Raizales, Gitanos y Afrodescendientes); Política de Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores; Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez; Política de y para la Adulterez; Política de Salud Ambiental; Política Pública de Discapacidad para el D.C.; Política Pública de Infancia y Adolescencia; Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado; Política Pública para las Familias; Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle;



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Acciones desarrolladas a través de las políticas públicas sectoriales

El 8 de noviembre de 2017 se aprobó el Plan de Acción de la **Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de SPA en Bogotá D.C. 2011-2021**, que en el marco de 5 ejes estructurales y 2 transversales, y a través de la implementación de 11 acciones intersectoriales y territoriales estratégicas, da respuestas a las realidades territoriales para el abordaje integral de la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas en zonas priorizadas (localidades de Mártires, Santafé, La Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Suba, Chapinero, Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar y Usme) por presentar mayores prevalencias de consumo y accesibilidad de sustancias psicoactivas.

Como muestra de dichas acciones intersectoriales y territoriales estratégicas, se destaca la implementación de 12 Mesas Locales de Estupefacientes en las localidades priorizadas como espacios de análisis y construcción de respuestas al fenómeno, en cuyo marco fueron desarrolladas las jornadas conmemorativas del "Día Internacional de Lucha contra el Tráfico y Consumo de SPA" con la asistencia de 3706 personas.

En el periodo comprendido entre julio de 2016 y diciembre de 2018 se ha fortalecido el equipo a nivel central y local que desarrolla las acciones de la **Política de Salud Ambiental** logrando el reconocimiento de las acciones por parte de la comunidad. Específicamente, el empoderamiento comunitario de la política se ve reflejado en la conformación de redes comunitarias en salud ambiental y en el desarrollo de alrededor de 9.631 procesos de información, educación y comunicación en salud ambiental, con los cuales se han abordado 78.970 personas.

Particularmente, la participación activa en los espacios locales de la política (Comisión Ambiental Local, Consejos Locales de Gestión del Riesgo y Cambio Climático, Consejos Locales de protección y Bienestar Animal, mesas de Humedales y Residuos), permitió concertar 769 reuniones para socializar la política a 37.239 personas. Así mismo, se concertaron y desarrollaron los planes de acción locales de la política y, como parte de su implementación, se ejecutaron 1610 acciones intersectoriales y 691 actividades relacionadas con salud ambiental en el marco de acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria.

Para el periodo comprendido entre el año 2016 y el 2018, se culmina el proceso de formulación, así como la socialización y apropiación desde el nivel local de la **Política Distrital de Salud Mental**. Específicamente, se llevó a cabo el proceso de formulación del plan de acción de la política con el fin de avanzar en su validación; se adelantaron convenios de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud dentro de los cuales se llevó a cabo el primer estudio tamiz de salud mental; y se desarrollaron diversas acciones orientadas al fortalecimiento del talento humano que opera acciones de salud mental en el Distrito

Adicionalmente, se ha avanzado en el posicionamiento de la política a nivel distrital a través de la conformación del Consejo Distrital de Salud Mental como órgano consultor de los procesos de salud mental en la ciudad y se ha afianzado la articulación intersectorial en el marco de los Consejos Redes Locales de Buen Trato en coordinación con la Secretaría de Integración Social y en el marco del Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia intrafamiliar, Violencias y Explotación Sexual.

Acciones desarrolladas a través de las políticas públicas poblacionales

Durante los años 2016 a 2018 se mantuvo la participación activa y permanente de la Secretaria Distrital de Salud en los espacios de seguimiento de la **Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de la Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el**

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Distrito Capital, tales como la Mesa Intersectorial de Diversidad Sexual, el Consejo Consultivo LGBTI y las Alianzas por la Ciudadanía Plena de las Personas de los Sectores LGBTI.

Particularmente, se concertaron 9 mesas funcionales con el fin de hacer seguimiento y evaluar el avance de las actividades del plan de acción de la política concertadas para el sector salud. El destacado funcionamiento de estas mesas ha permitido evidenciar -a nivel local- no sólo el posicionamiento de dichas acciones; sino un avance del 70% de éstas en el plan de acción cuatrienal.

La Secretaría Distrital de Salud reconoce y garantiza el ejercicio del derecho de las mujeres y su acceso a servicios de salud por medio del desarrollo de acciones encaminadas a la gestión del riesgo en salud que estén acorde con sus necesidades. Esto se logra mediante actividades y apuestas de responsabilidad relacionadas con el **Plan Sectorial de Transversalización de Igualdad de Géneros –PSTIG-** y el **Plan de Igualdad para la Equidad de Género- PIOEG-** en el derecho a una vida libre de violencias, derecho a la Salud Plena para las mujeres, derecho a una cultura libre de sexismo, derecho al trabajo con equidad y derecho a la participación y representación con equidad.

A partir del enfoque de género de las acciones realizadas desde los espacios de vida cotidiana se logra la minimización del riesgo en la salud de las mujeres, el reconocimiento y potencialización de la atención integral en salud desde la concertación e implementación de acciones y respuestas sectoriales, intersectoriales y territoriales. Se destaca en particular que para el periodo 2016-2018, desde los espacios de vida cotidiana del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, se han atendido 233.307 mujeres en acciones colectivas, y a través de la estrategia de la Línea Púrpura Distrital para la prevención y respuesta integral a mujeres víctimas de violencias, salud, salud mental e intentos de feminicidio se han atendido 21.616 mujeres.

Se ha generado incidencia política y abogacía de las mujeres en los procesos de la Gobernanza y Gobernabilidad con equidad a través de la participación activa y permanente en escenarios de toma de decisiones locales y distritales tales como la Comisión Intersectorial de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género -CIM; la Unidad Técnica de Apoyo a la Comisión Intersectorial de Mujeres; la Mesa de Trabajo de Sistema Orgánico Funcional, Integral y Articulador para la Protección a Mujeres Víctimas de Violencias –SOFIA; la Mesa Intersectorial para la Construcción de la Ruta Única de Atención para las Mujeres Víctimas de Violencias y en Riesgo de Feminicidio; los Comités Operativos Locales de Mujer y Género –COLMYG; el Comité Local de Seguridad para las Mujeres; y en los espacios de reformulación de la política.

En cumplimiento a las cuatro **Políticas Públicas Étnicas (Decretos 543, 554, 582 y Acuerdo 175/2005)**, y en un esfuerzo por el reconocimiento, la visibilización y la restitución de los derechos de los pueblos Indígenas, Raizales, Gitanos y Afrodescendiente en el ejercicio al derecho a la salud, la Secretaría Distrital de Salud logró la concertación de 28 acciones afirmativas (12 indígenas, 6 afrodescendientes, 5 raizales y 5 gitanas) que orientan la operación de las acciones en respuesta a las necesidades de las comunidades desde un enfoque diferencial.

Específicamente, se gestaron espacios de interlocución con las instancias reglamentadas por las políticas a través de los Consejos Consultivos Distritales; así como sesiones de Comisiones de Salud las cuales permitieron avanzar en los procesos de acuerdos y compromisos para la implementación de las acciones afirmativas de cada una de las políticas étnicas, y su posicionamiento a nivel local movilizando las comunidades en torno a ejercicios de gobernanza en cumplimiento a los compromisos distritales identificados en el Plan Integral de Acciones Afirmativas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Desde el Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, y en el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad trabajados desde los diferentes espacios de vida cotidiana, se han abordado 7.179 personas étnicas de las cuales 3.610 son Indígenas; 3.019 son afrodescendientes; 258 son Gitanos y 292 son Raizales.

Desde el año 2016 se viene avanzando en la implementación y propuesta de reformulación de la **Política Pública de Discapacidad para el D.C.** a partir de los lineamientos impartidos por la Secretaría Distrital de Planeación.

226

Desde el Sector Salud, esta gestión se materializa en la participación en las instancias del Sistema Distrital de Discapacidad (Consejo Distrital, Comité Técnico y los 20 Consejos Locales); en el cumplimiento a los compromisos establecidos en los 4 objetivos estratégicos de los Planes Operativos Anuales (reformulación de la política; acceso; accesibilidad; empleabilidad y productividad) y en los 4 ejes transversales de operación (seguimiento y evaluación; gestión del conocimiento; formación y comunicación; movilización y participación); y en el compromiso de Incrementar la vinculación de población con discapacidad a la estrategia Rehabilitación basada en Comunidad” dispuesto en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Igualmente, se apoyan los encuentros de fortalecimiento de actores y elección de representantes locales y distritales, el desarrollo de los 3 foros distritales, la asesoría y el acompañamiento efectivo a las Alcaldías Locales para el desarrollo de Planes Locales de Discapacidad y se da cumplimiento en la delegación a la Unidad Técnica de la Comisión Intersectorial Poblacional (CIPO), para posicionar el tema de discapacidad desde la perspectiva del enfoque diferencial.

De la meta de resultado del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, de atender integralmente a 232. 687 niños y niñas en primera infancia en situación de vulnerabilidad en el marco de la **Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia- RIAPI**, se atendieron 183.118 niños y niñas (SED - 56.797, SDIS – 63818, ICBF - 55.761).

Con la implementación de la Ley 1804 de 2016¹⁷, se logró la armonización de las política de “De Cero a siempre” con la **Política Pública de Infancia y Adolescencia**; la construcción de orientaciones para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia con 28 fichas técnicas, que recoge las discusiones de la Mesa Intersectorial y define las acciones de corresponsabilidad sectorial; la implementación de las Mesas Locales RIAPI en el marco del Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia COLIA en 20 Localidades del Distrito con Planes de Gestión para el Fortalecimiento de la Atención Integral a nivel Local y Distrital; y el seguimiento a la gestión local y Distrital mediante los escenarios de participación intersectoriales y diseño del Sistema de Información Distrital de Seguimiento Niño y Niño de la RIA.

Por otra parte, desde la Secretaría Distrital de Salud se participó activamente en 21 de las 28 atenciones definidas, las cuales se encuentran organizadas para las etapas preconcepcional, gestación, nacimiento a primer mes, primer mes a tres años y tres años a seis años. Específicamente, se desarrollaron acciones orientadas a la inclusión en el Plan Territorial de Salud de las metas y actividades requeridas para la implementación de la Ruta y las acciones colectivas e individuales a cargo de la Secretaría Distrital de Salud; el cual es operado por las Subredes Integradas de Servicios de Salud, capacitando a equipos de salud sobre las atenciones del sector para mejorar las condiciones de calidad; y la disponibilidad la información de en la plataforma tecnológica para el Sistema de Seguimiento Niño a Niño.

Durante el año 2018 se avanzó en la consolidación de la Mesa Intersectorial para la Infancia y Adolescencia; la construcción del análisis situacional de Infancia y Adolescencia; la identificación de las atenciones; construcción fichas técnicas; y el documento de orientaciones conceptuales y metodológicas correspondientes a Infancia y Adolescencia –

¹⁷ Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RIA IA; la caracterización de acciones de corresponsabilidad intersectorial; y la construcción de panorámicas situacionales en las Localidades.

A través de la atención integral en salud adelantada por la Secretaria Distrital de Salud, los grupos promotores del componente "Acompañarte", han presentado la Línea 106 a 219.374 estudiantes, como espacio de escucha e intervención psicosocial; y ha permitido que la misma sea conocida y apropiada por 4.924 profesionales de salud en las IPS, de los cuales 3.341 personas reconocen la Línea como una herramienta de promoción de salud mental. Se han detectado situaciones de alto riesgo para niños, niñas y adolescentes la activado la Ruta en 1.317 casos, de los cuales 1.089 han recibido respuesta efectiva; es decir, un 82.6%. Así mismo, desde el inicio de la implementación de la estrategia, se ha evidenciado un mejoramiento de pautas de crianza en 12.605 familias.

227

A través de la Estrategia de Vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional Escolar se han intervenido 910 colegios centinela, en los cuales se desarrolló el Tamizaje Nutricional con la participación de 107.877 escolares; se llevaron a cabo 124 actividades con los encargados de las tiendas escolares; se realizaron encuestas de Percepción de Estilos de Vida con la participación de 4 estudiantes y docentes; se desarrollaron 335 actividades para la Ruta de Atención Interinstitucional a la Malnutrición, y 309 actividades en el plan de mejora para el acceso e inocuidad en servicios de alimentación escolar; y se aplicó la encuesta de Percepción de Estilos de Vida a 10.948 estudiantes y docentes.

Si bien se caracterizaron 20.320 familias, 1.428 niños y niñas menores de 5 años presentaron desnutrición aguda, se les realiza seguimiento; 511 niños y niñas se han recuperado de la condición de desnutrición aguda; y en el periodo reportado, no se ha presentado ningún caso de muerte por desnutrición.

En los 1.628 Hogares Comunitarios de Bienestar intervenidos, se identificaron 552 niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda; 967 casos de 5 años con seguimiento; 157 casos con activación de Ruta de Atención Intersectorial; 28 casos con activación de Ruta de Apoyo Alimentario (Integración Social, ICBF, otros); 7 familias a otros sectores; 97 casos fueron remitidos a la Secretaría de Integración Social, 7 al ICBF, y 53 a otros servicios sociales.

Finalmente, se han activado 295 casos para la Ruta de Atención Sectorial, y 1.703 para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Crecimiento y Desarrollo; se reportó 709 casos de gestantes de bajo peso, hoy con seguimiento activo; Se presenta una disminución en la mortalidad infantil de 9,6 / (2014) a 8.28 por Mil Nacidos Vivos / 2018.

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud y reporte de rendición de cuentas 2018

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



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

Proyecto	Nombre proyecto	Nombre meta	Indicador de la meta	Ejecución física 2016	Ejecución física 2017	Programación física 2018	Ejecución física 2018	% de cumplimiento metas 2018	LOGROS 2018
1184	Aseguramiento social universal en salud	Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático	Esquema de aseguramiento automático diseñado y operando	0,5	1	1	1	100%	Se cuenta con el esquema de aseguramiento automático. Durante la vigencia 2018 se dio aplicabilidad a la Normatividad vigente en función de la afiliación de Oficio (Resolución 1268/ abril /2017) Al cierre de diciembre /2018 se realizaron 26.389 afiliaciones de oficio

5. Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1'334.667.

Proyecto	Nombre proyecto	Nombre meta	Indicador de la meta	Ejecución física 2016	Ejecución física 2017	Programación física 2018	Ejecución física 2018	% de cumplimiento metas 2018	LOGROS 2018
1184	Aseguramiento social universal en salud	Garantizar la continuidad de 1'291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1.334.667	1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud con continuidad garantizada	1,166,823	1,175,245	1,182,556	1161120	98%	Al cierre de diciembre /2018 se encuentran afiliados al Régimen Subsidiado, 1.161.120 usuarios - Registro BDU A (Dic /2018) Se registran el ingreso de 25.0685 afiliados nuevos - Registro BDU A (Dic/2018)



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

Proyecto	Nombre proyecto	Nombre meta	Indicador de la meta	Ejecución física	Ejecución física	Programación física 2018	Ejecución física	% de cumplimiento metas	LOGROS 2018
1185	Atención a la población pobre no asegurada (PPNA), vinculados y no POS-s	Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S	100% de la población pobre no asegurada con atención garantizada en servicios de salud y no POS-S	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Al cierre del periodo 2018, se realizaron 1.206.089 atenciones a la Población Pobre No Asegurada – Vinculada y atenciones No POSS, según lo informado por los RIPS entregados por Dirección de Planeación Sectorial (corte nov /2018) - Información de Electivas - Información Cuentas Médicas, de la Dirección de Aseguramiento</p> <p>Distribución de la Información por tipo de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos: 403.886 - Procedimientos: 587.551 - Consultas: 91.460 - Urgencias: 100.006 - Hospitalizaciones: 23.186 <p>Distribución de atenciones por Población:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población Vinculada: 1.019.701 - Atención No POS-S 142.047 - Población desplazada: 44.341

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

Las coberturas de vacunación desde el año 2016 al 2018 donde se evalúan los biológicos trazadores administrados a los niños y niñas menores de un año, de 1 año y de 5 años de edad, donde se evidencia:



Tabla 163. Porcentaje de Vacunación por biológico, Bogotá, D.C Años 2016-2018

BIOLOGICOS	2016		2017		2018	
	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
BCG	112338	106,8	109138	104,0	101990	97,2
POLIO	100435	95,5	93080	88,7	90203	86,0
PENTAVALENTE (TERCERAS)	100522	95,6	93067	88,7	90265	86,0
TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO	100338	95,3	97298	92,5	94619	89,9
HEPATITIS A	100471	95,4	97130	92,3	95947	91,4
TRIPLE VIRAL DE 5 AÑOS	93278	86,4	91929	86,4	94055	88,4

Fuente: SIS 151 - Resumen mensual de vacunación. Enero a diciembre de 2016, 2017 y 2018.

La mayor cobertura en los biológicos Anti polio, Pentavalente se logró el año 2016 95.6% (100.435 niños y niñas vacunados y 100.522 niños y niñas vacunados respectivamente).

La mayor cobertura en el biológico BCG se logró el año 2016 obteniendo el 106.8% con 112.338 niñas y niños vacunados, seguido del año 2017, en el cual el resultado fue de 104.0% con 109.138 niñas y niños vacunados. Es importante resaltar que este biológico es aplicado en la IPS que atiende el parto de acuerdo a lo establecido en la resolución 671/2000 de la Secretaría Distrital de salud, dado lo anterior la ciudad presenta coberturas de vacunación para BCG superiores al 100% teniendo en cuenta que aproximadamente el 10% de los partos atendidos en el Distrito son de personas cuya residencia habitual no es Bogotá.

La mayor cobertura en el biológico Triple Viral se logró en el año 2016, se logra la cobertura del 95.3% con 100.338 niñas y niños vacunados.

Bloque IIb

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

Se garantizó el 100% de las atenciones demandadas en Salud Mental en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud, realizándose en el periodo de 2016-2018: 38.893 atenciones en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización.(Ver tabla).



Tabla 164. Número de Atenciones en Salud Mental por servicio en la Red Adscrita. 2016-2018

SERVICIO	2016	2017	2018	TOTAL 2016-2018
Consulta Externa	12.922	9.098	5.145	27.165
Hospitalización	1.877	1.732	1.101	4.710
Urgencias	2.636	2.537	1.845	7.018
Total atenciones	17.435	13.367	8.091	38.893
Usuarios atendidos	4.909	3.920	2.900	

Fuente: Dirección de Planeación y gestión Sectorial, enero 2019. Base de datos RIPS SDS 2004-2019, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Corte de recepción 2019/01/14). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2018, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2018/07/31)

Adicionalmente se desarrollaron diferentes estrategias orientadas al fortalecimiento de la prestación de los servicios de Salud Mental, mediante asistencia técnica a IPS públicas y privadas y a las EAPB, en el marco de la Política de Atención integral en Salud y Rutas de Atención Integral en Salud Mental, beneficiándose a 142 funcionarios, para el fortalecimiento a las IPS en la implementación de las RIAS en salud mental y SPA. Socialización del Modelo de Atención Integral en Salud en el marco de la Ruta de Salud Mental, a 200 personas en el Foro Distrital conmemorativo al día mundial del Autismo "Bogotá habla de Autismo.

El cumplimiento de la meta se detalla a continuación:

Tabla 165. Cumplimiento de meta, Bogotá, D.C Año 2016-2018

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta	Progr. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Progr. 2016-2018	Ejec. 2016-2018	% Cumpl.
Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados	Cero, SDS, 2015	% de personas atendidas integralmente en salud mental en las cuatro subredes integradas de servicios de salud dentro de las que lo demandan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Proyecto 1187



Bloque IIIb

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

Se inició con una línea de base de Tasa de Donación de Órganos de 16,11 por millón de habitantes, lográndose durante el periodo de Julio de 2016 a diciembre del 2018, una tasa de 17,97 por millón de habitantes, según lo programado a 2018 (Tasa de 17,55 por millón de habitantes), cumplimiento del 102,4%. Ver tabla

Durante el periodo de 2016-2018 del total de alertas recibidas 3.072, se convirtieron en donantes 435 personas (14% de las alertas), rescatándose 960 órganos así: Riñón 650, Hígado 218, Corazón 110, Pulmón 37 y Hígado – Riñón (combinado) 6.

Tabla 166. Tasa de Donación de Órganos 2016-2018

Tasa	Meta a 2020	Línea de Base 2015	2016		2017		2018	2018
			Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.
Donación de Órganos por millón de habitantes	18,5	16,11	16,5	15,16	17,07	19,92	17,55	17,97

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Base de Datos Coordinación Regional No. 1, diciembre 2018

Se avanzó en la implementación de estrategias del programa de donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, mediante asesoría y asistencia técnica en información y comunicaciones, en la gestión intra interinstitucional, en la asistencia técnica a funcionarios de IPS generadoras y trasplantadoras y a la comunidad en general; así como se intensificaron las estrategias del Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes “Hospital Generador de Vida” Fase I. Fortalecer Notificación de potenciales donantes, Programa de Garantía de Calidad de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes “Hospital Generador de Vida” Fase II Implementación de Coordinaciones Hospitalarias; En la a del trabajo de Red con el DUES, y en fortalecimiento de competencias en la Gestión Operativa de la Donación, a través de seminarios dirigidos a profesionales de la salud e los servicios de Urgencias, UCI y Médicos Coordinadores Operativos, así como se avanzó en la sensibilización a la comunidad a través de actividades en la Recreovía en la cual se entregaron alrededor de 3.000 piezas comunicativas de recordación de la Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes.

Adicionalmente se desarrolló la estrategia de comunicaciones (cuñas radiales), para sensibilizar a la comunidad en el tema de promoción de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, en el marco de la Ley 1805 de 2016, también se trabajaron piezas comunicativas para recordación de esta temática entregada a la población general.



El cumplimiento de la meta se detalla a continuación:

Tabla 167. Cumplimiento de meta, Bogotá, D.C. Años 2016-2018

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta	Progr. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Prog r. 2016 - 2018	Ejec. 2016-2018	% Cum pl.
Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual a 2020	16,11	Tasa de Donación de Órganos	16,5	15,16	17,07	19,92	17,55	17,97	17,55	17,97	102%

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Proyecto 1187

Bloque IVb

Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual

Se inició con una línea de base de Tasa de Trasplantes de 52,55 por millón de habitantes, lográndose durante el periodo de Julio de 2016 a diciembre del 2018, una tasa de 50,85 por millón de habitantes, según lo programado a 2018 (Tasa de 55,6 por millón de habitantes), con un cumplimiento del 91,5% de la meta, trasplantándose 1.399 órganos así: 51 corazones, 29 pulmones, 339 hígados (Donante Vivo: 130 y Donante Cadavérico: 209), 963 riñones (Donante Vivo: 255 y Donante Cadavérico: 708), 17 Hígado- Riñón, beneficiándose a 1399 pacientes de la lista de espera, mejorando la calidad de vida de los pacientes y evitando una posible muerte. (Ver tabla)

Tabla 168. Tasa de Trasplantes de Órganos 2016-2018

Tasa	Meta a 2020	Línea de Base 2015	2016		2017		2018	2018
			Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.
Donación de Trasplantes por millón de Habitantes	58,67	52,55	52,55	49,9	54,08	64,5	55,6	50,85

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Base de Datos Coordinación Regional No. 1, diciembre 2018

Aunque el número de donantes se mantuvo, se continúa evidenciando durante el 2018, que después del Diagnóstico de Muerte Encefálica realizado a los potenciales donantes se aumentó el número de contraindicaciones tanto médicas como legales de los mismos, además del aumento de contraindicaciones de componentes evidenciados clínicamente durante el rescate, por parte de los cirujanos expertos, generándose una gran reducción en el número de trasplantes.



Se avanzó en las siguientes actividades:

Se realizaron visitas de auditoría a IPS trasplantadoras de órganos y tejidos, y a Bancos de Tejidos para realizar la vigilancia de los actores de la red de Donación y Trasplantes, en el cumplimiento de la normatividad legal vigente y con los lineamientos definidos por la Coordinación Regional No. 1, que permitan beneficiar a los pacientes de lista de espera, de manera confiable, segura y oportuna, entre otras, adicionalmente se realizaron auditorías a IPS Generadoras, con el fin de sensibilizar al talento humano en el reporte de alertas de posibles donantes, tanto en Glasgow menor de 5/15 y Parada Cardio Respiratoria – PCR a la CRN1-RDT y se realizaron auditorías de seguimiento a planes de mejora de las IPS generadoras y trasplantadoras con el fin de mejorar los procedimientos que permitan beneficiar a los pacientes en lista de espera.

El cumplimiento de la meta se detalla a continuación:

Tabla 169. Cumplimiento de meta, Bogotá, D.C Años 2016-2018

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta	Prog r. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Prog r. 2016 - 2018	Ejec. 2016-2018	% Cu mpl.
Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual a 2020	52,55	Tasa de Donación de Trasplantes de Órganos	52,55	49,9	54,08	64,5	55,6	50,85	55,6	50,85	91%

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Proyecto 1187

Bloque Vb

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

Para el cumplimiento de la meta se realizó el estudio costo efectividad para la introducción de la vacuna de meningococo en población general y de riesgo, a través de contratación externa con el “Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud”, Dentro de las principales conclusiones del estudio costo-efectividad esta la estrategia de vacunación a la población total la cual presenta un impacto en la tasa de mortalidad por meningococo y la disminución de la incidencia por millón de habitantes.

Este indicador es afectado cuando se simula la vacunación para la totalidad de la población bogotana, llegando a una tasa de 1,36 en el ciclo anual 52 y una reducción de una muerte a partir del ciclo anual 25. Por su parte, cuando se simula la vacunación exclusiva a la población de alto riesgo, no se observa una diferencia significaba respecto a la



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

incidencia estimada en la no vacunación (en promedio 0,01 de reducción). Por su parte, en las secuelas que genera la enfermedad, para la alternativa de vacunar a toda la población se observa una reducción sustancial a lo largo de los años; en promedio se logra evitar 1,52 personas con secuelas nuevas al año, respecto a la alternativa de no vacunación.

Finalmente es preciso indicar que según lo establecido en el acuerdo del Concejo de Bogotá, número 686 de 2017 “por medio del cual se ordena efectuar el estudio y se incluye la vacuna del Meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación en el Distrito Capital”. En el párrafo del artículo primero, la incorporación de la vacuna en el Programa Ampliado de Inmunización-PAI, se condiciona que el resultado costo efectividad sea favorable y cuente con la revisión y aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Comité Nacional de Prácticas de Inmunización CNPI. Por lo cual los resultados del estudio se enviaron al Ministerio siguiendo los lineamientos para la introducción de nuevos biológicos emitido por el mismo y para el periodo enero a diciembre se encuentra en revisión por parte de ese Ministerio.

235

Bloque Vlb

Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales

Para el año 2018 (enero a noviembre), se han desarrollado:

- 1.695 Asistencias técnicas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.
- 193 Planes de acción formulados o realizados en Salud Sexual y Reproductiva-SSR, en IPS.
- 193 Planes de acción implementados con seguimiento.
- Gestión y ejecución de 113 acciones extramurales en torno al reconocimiento de la sentencia C355 de 2006 y el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Participación en espacios distritales de la política de mujeres y equidad de géneros posicionando y haciendo gestión frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la IVE.
- Fortalecimiento de IPS públicas y privadas en el reconocimiento de la IVE mediante la socialización de la sentencia C-355 de 2006 en sus tres causales de ley, deberes del sistema de salud frente a la Sentencia, abordaje de la prevención de ITS y embarazos subsiguientes.
- Desarrollo de acciones de información y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos en el espacio educativo en donde se desarrolla la estrategia SINTONIZARTE, con los escolares de ciclo 3 y 4.
- Desarrollo de Jornadas Distritales de Salud Plena para Mujeres

La fuente de información de los aspectos anteriormente mencionados corresponde al reporte de actividades del proyecto de inversión 1186- Atención Integral en Salud e Informe de Rendición de Cuentas 2018.

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Bloque VIIb

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

Se diseñó el Programa de Alzheimer, incluyendo lineamientos de operación e indicadores con su hoja de vida, para prueba piloto en 2019 y posterior implementación, Adicionalmente se incluyó en la Ruta de Promoción y Mantenimiento por curso de vida mayores de 50 años las intervenciones según los lineamientos del programa de Alzheimer, se inició la socialización del Programa a referentes técnicos psiquiatras, profesionales en psicología y terapia ocupacional de las SISS para validación.

El cumplimiento de la meta se detalla a continuación:

Tabla 170. Cumplimiento de meta, Bogotá, D.C Año 2016-2018

Nombre meta	Línea de base	Indicador de la meta	Progr. 2016	Ejec. 2016	Progr. 2017	Ejec. 2017	Progr. 2018	Ejec. 2018	Progr. 2016-2018	Ejec. 2016-2018	% Cumpl.
Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores	0	Un (1) programa diseñado e implementado de detección temprana de la enfermedad de Alzheimer en adultos	0,5	0,47	1	1	1	1	1	1	100%

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Proyecto 1187

Bloque VIIIb

Para las siguientes metas:

1. Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS)
2. Construir 2 instalaciones hospitalarias
3. Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme
4. Construir 4 centrales de urgencias (CEUS)
5. Creación de una plataforma tecnológica virtual



En el marco de la armonización entre el PMES – Plan Maestro de Equipamientos en Salud, el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos 2016-2020” y el desarrollo del Proyecto 1191, la información pertinente se aporta en la siguiente tabla:

Proyecto 1191 Meta	Magnitud programada PDD	Resultados alcanzados
01-Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020	40	<p>Actualmente existen 31 CAPS transitorios en funcionamiento: Suba, San Cristóbal, Emaús, Chapinero, Verbenal, Gaitana, Fray Bartolomé, Calle 80 – Engativá, Zona Franca, Trinidad Galán, Pablo VI, Bosa Central, El Porvenir, Patios, Bomberos, Olaya, Altamira, Santa Clara - San Juan de Dios, Bravo Páez, Chircales, Samper Mendoza, Perseverancia, Primero de Mayo, Candelaria, Abraham Lincoln, Marichuela, Betania, Vista Hermosa, Ismael Perdomo, Meissen y San Benito.</p> <p><u>2 CAPS en adecuación:</u> Zona Franca, Caps 29. Avance del 5%.</p> <p><u>17 CAPS en estudios y diseños:</u> Diana Turbay, Altamira, Bravo Páez, Antonio Nariño* - Los Libertadores*, Suba, Verbenal, Danubio, Tunal, Manuela Beltrán, Candelaria La Nueva, San Bernardino, Pablo VI Bosa, Mexicana, Trinidad Galán, Tintal, Meissen, y Villa Javier. Avance en promedio de los proyectos 40%.</p> <p><u>1 CAPS nuevo en estudios previos para contratación:</u> Santa Clara.</p> <p><u>3 CAPS en estructuración de APP iniciativa privada:</u> El Virrey, La Granja, Primero de Mayo.</p> <p>* Antonio Nariño y Los Libertadores se complementaran los servicios para que ambos presten los servicios de un CAPS de manera articulada.</p>
02-Construir 2 instalaciones hospitalarias a 2020	2	<p><u>Hospital Usme:</u> con convenio en ejecución para el desarrollo integral del proyecto, que incluye (i) compra de predio (ii) asesorías, estudios y trámites que se requieran para la ejecución del convenio (iii) diseño y construcción del hospital con el correspondiente urbanismo (iv) dotación y (v) interventoría.</p> <p><u>Hospital la Felicidad:</u> fue incluido en un segundo grupo de Hospitales a financiar y ejecutar por APP, este proyecto avanza en su estructuración técnica, legal y financiera en fase de prefactibilidad como iniciativa privada.</p>
03-Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme a 2020.	4	<p><u>Hospital Santa Clara:</u> con estructuración técnica, legal y financiera y con convenio en ejecución para el desarrollo integral del proyecto de reposición y dotación de la nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios.</p> <p><u>Hospital Bosa:</u> con estructuración técnica, legal y financiera y con Plan de Implantación aprobado mediante Resolución 175 del 2018 de la Secretaria Distrital de Planeación.</p>



Proyecto 1191 Meta	Magnitud programada PDD	Resultados alcanzados
		<p><u>Hospital Materno Infantil</u>: con estructuración técnica, legal y financiera.</p> <p><u>Hospital Simón Bolívar</u>: con estructuración técnica, legal y financiera.</p>
04- Construir 4 centrales de urgencias (CEUS) cercanas al ciudadano al 2019	4	<p>Se contempla la implementación de una Central de Urgencias por cada una de las Subredes del Distrito, así:</p> <p><u>Subred Norte</u>: Reordenamiento de la USS Calle 80 en estudios y diseños en ejecución.</p> <p><u>Subred Centro Oriente</u>: con convenio en ejecución para el desarrollo integral del proyecto de reposición y dotación de la nueva UMHES Santa Clara y CAPS del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, que incluye la central de urgencias.</p> <p><u>Subred Sur</u>: Terminación de la Torre II y reordenamiento de la Torre I de la USS Meissen con estudios y diseños en ejecución. Avance parcial.</p> <p><u>Subred Sur Occidente</u>: nueva torre de la Unidad Médica Hospitalaria Occidente de Kennedy en actualización de estudios y diseños en ejecución.</p>
05- Haber revisado y ajustado el Plan Maestro de obras al finalizar 2016 y de Equipamientos en Salud.	1	<p>Consultoría en ejecución para la elaboración del catastro físico hospitalario e inventario de los predios señalados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud Norte, Sur Occidente, Centro Oriente y Sur E.S.E.</p> <p>Preliminar del Documento de Hospitales verdes en el tema específico urbano y Arquitectónico.</p> <p>Cuadro de descripción de proyectos detonantes para el Plan de Ordenamiento Territorial y localización de los mismos en el mapa digital de Bogotá.</p> <p>Es necesaria la aprobación del Nuevo POT, para la actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud.</p>



Proyecto 1191 Meta	Magnitud programada PDD	Resultados alcanzados
06-Avanzar, culminar y poner en operación el 100% de las obras de infraestructura y dotación que se encuentran en proceso, ejecución o inconclusas.	100%	<p><u>Adecuación del servicio de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud CSE Suba (urgencias pediátricas):</u> entregada en noviembre de 2018.</p> <p><u>Terminación de Hospital Occidente de Kennedy, Torre 2 USS Meissen, USS Antonio Nariño y USS Los Libertadores:</u> en ejecución en el componente de actualización de estudios y diseños.</p> <p><u>Adecuación de Urgencias de la USS Tunal:</u> contratos de consultoría e interventoría para la actualización de estudios y diseños en ejecución.</p> <p><u>Reordenamiento de las USS CSE Suba, Torre I Meissen y Tintal:</u> contratos de consultoría e interventoría para la actualización de estudios y diseños en ejecución.</p> <p><u>Dotación Unidades de Servicios de Salud:</u> en ejecución convenios para la adquisición de dotación para servicios de no control especial para las 4 Subredes y para adquisición y reposición de dotación de control especial de la UCI Simón Bolívar, USS Tunal y USS Tintal.</p> <p><u>Adecuación y dotación sede administrativa SDS:</u> se encuentra en ejecución la consultoría para la ampliación de carga de energía eléctrica del predio calle 13 No. 31-96; la modernización de la Infraestructura eléctrica de la SDS-FFDS, que incluye adquisición de equipos, instalación y puesta en funcionamiento de los sistemas K1 y K2; la compra e instalación de los sistemas UPS - Fase II; la adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de equipos de Ventilación Mecánica y Aire Acondicionado de la SDS-FFDS destinados para equipamiento TICs, centro de monitoreo de seguridad y control y recintos de sistemas UPS; la reposición de los equipos de refrigeración de la red de frío -Rack de media temperatura. Se realizó la reposición de los equipos que conforman el sistema de refrigeración de la entidad y sus equipos periféricos y la reposición de los equipos que conforman el sistema de ventilación mecánica y aire acondicionado de la entidad; la reposición del sistema automatizado de seguridad y control, sistema de monitoreo automatizado; el diagnóstico de los sistemas de ventilación mecánica y aire acondicionado; la adquisición de sistemas ininterrumpidos de UPS para las cargas eléctricas reguladas de la SDS.</p>





Proyecto 1191 Meta	Magnitud programada PDD	Resultados alcanzados
07-Estructurar desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero al menos cinco proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público Privada.	100%	Mediante contrato 1796 de 2016 con la Financiera de Desarrollo Nacional como parte de la fase de preinversión, se adelantó el proceso de dimensionamiento, debida diligencia y priorización para gestión y financiación de 6 Hospitales. Igualmente se desarrolló la identificación de predios de los 6 hospitales (Usme, Bosa, Santa Clara, Materno Infantil, Simón Bolívar, La Felicidad) predios de más 130 mil m2 en conjunto; y finalmente la estructuración técnica, legal y financiera de 5 proyectos en fase de factibilidad (Usme, Bosa, Santa Clara, Materno Infantil, Simón Bolívar) y un sexto predimensionado, con debida diligencia y prefactibilidad (La Felicidad, por iniciativa privada) los cuales en el agregado poseen un área a construir inicial de más de 260 mil m2.
08-Contratar al menos tres proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud desarrollados bajo el esquema de Asociación público Privada.	100%	<p>Se realizaron 2 foros internacionales de Asociaciones Público Privadas, con la participación de inversionistas nacionales y extranjeros, así como a entidades del gobierno, constructoras, abogados, economistas, diseñadores, veedores, concejales, arquitectos, médicos.</p> <p>Mediante contrato 1796 de 2016 con la Financiera de Desarrollo Nacional como parte de la fase de pre inversión el FFDS -SDS tiene previsto que además de la estructuración técnica, legal y financiera de los 5 proyectos, se desarrolle el acompañamiento técnico legal y financiero a la SDS con el equipo estructurador de los proyectos en los procesos previos de promoción de los proyectos con gobiernos, banca e inversión, cooperación internacional, organismos multilaterales, institucionalidad local - nacional y mercado (oferentes en diseño, construcción, dotación, operación y mantenimiento) y los demás procesos concomitantes de convocatoria, apertura, evaluación y adjudicación de los contratos por APP, para garantizar el éxito/resultado del proceso de pre-inversión .</p> <p>Se han realizado reuniones de carácter inter-institucional con entidades Distritales como la Secretaria de Hacienda, Planeación, ERU, veedurías, Alcaldía, etc y se adelantaron los trámites conducentes a la obtención de las vigencias futuras para los hospitales Usme y Santa Clara.</p>

Fuente: Dirección de Infraestructura y Tecnología y Dr. Alfredo Rueda Asesor del Despacho - APP

Bloque IXb

Diseñar, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud

En el marco del cumplimiento del Decreto 812 del 28 de diciembre de 2017 "Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial



Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones", se inició el funcionamiento del comité Intersectorial Distrital de Salud, el cual, en el año 2018 se realizaron tres reuniones ordinarias, las cuales permitieron el reconocimiento de las acciones de todos los sectores participantes, consolidando el reglamento interno del comité bajo el Acuerdo 001 de 2019, así como la aprobación del plan de acción enmarcado en 9 prioridades: actividad física, alimentación saludable, consumo responsable de alcohol, reducción en el consumo de tabaco, mejoramiento de la calidad del aire, disfrute del espacio público, ocupación del tiempo libre, relacionamiento familiar, disminución de la deserción escolar, prioridades que busca generar modificaciones en los estilos de vida y por ende afectar los determinantes en salud.

Bloque Xb

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

Vacunación Antirrábica Canina y Felina:

La vacunación antirrábica animal es la estrategia que ha demostrado ser más efectiva en términos de control de la enfermedad. A nivel mundial se plantea como meta propuesta la eliminación de la rabia transmitida por caninos, siendo la inmunización de esta especie la principal actividad. De acuerdo a lo anterior, en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se adelantan actividades de vacunación antirrábica canina y felina en las 20 localidades del Distrito a animales a partir de los 3 meses.

En la siguiente tabla se relacionan los resultados de la vacunación antirrábica canina y felina realizada en el periodo julio 2016 – diciembre 2018, discriminado por localidad y año.

Tabla 171. Resultados de la vacunación antirrábica canina y felina realizada en el periodo julio 2016 – diciembre 2018.

LOCALIDAD	Jul - Dic 2016	2017	2018	TOTAL
Usaquén	4.891	9.404	10.771	25.066
Chapinero	2.654	5.188	9.859	17.701
Santa Fe	4.030	7.479	6.722	18.231
San Cristóbal	13.759	30.549	34.059	78.367
Usme	24.276	41.890	44.326	110.492
Tunjuelito	2.847	7.406	12.878	23.131
Bosa	8.623	14.315	11.895	34.833
Kennedy	19.746	32.187	45.028	96.961
Fontibón	3.874	5.730	4.004	13.608
Engativá	8.913	32.376	41.476	82.765
Suba	15.899	39.139	45.994	101.032
Barrios Unidos	1.428	3.576	3.988	8.992
Teusaquillo	2.787	2.075	7.622	12.484



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	Jul - Dic 2016	2017	2018	TOTAL
Los Mártires	1.648	3.458	3.569	8.675
Antonio Nariño	2.043	4.546	5.339	11.928
Puente Aranda	2.180	4.060	10.264	16.504
La Candelaria	697	1.557	1.593	3.847
Rafael Uribe	13.566	33.763	37.693	85.022
Ciudad Bolívar	21.151	42.151	47.077	110.379
Sumapaz	486	708	543	1.737
TOTAL	155.498	321.557	384.700	861.755

Fuente: Subredes SV1. Corte diciembre 2018.

Esterilización Canina y Felina:

Se ha comprobado que la esterilización de caninos y felinos es el método idóneo para controlar la sobrepoblación de animales de compañía, siendo la esterilización quirúrgica la técnica más eficaz y correcta para el control de la población animal y deberá cumplir las siguientes características: Masiva, Sistemática, Gratuita y Temprana.

En concordancia con lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud ejecutó hasta el mes de febrero de 2018 el Programa de Esterilizaciones Canina y Felinas, dirigido a intervenir perros y gatos en condición de vulnerabilidad (propiedad de habitantes de calle o en condición de calle) o que sean propiedad de personas residentes en estrato 1, 2 y 3.

En la siguiente tabla se describen los resultados del Programa de Esterilización implementando por la Secretaría de Salud para el periodo julio 2016 – febrero 2018.

Tabla 172. Resultados del Programa de Esterilización implementando por la Secretaría de Salud para el periodo julio 2016 – febrero 2018.

LOCALIDAD	Jul - Dic 2016		2017		Ene - Feb 2018		TOTAL
	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	
Usaquén	701	969	943	1028	167	174	3982
Chapinero	329	355	521	519	151	136	2011
Santa Fe	75	101	838	1002	0	0	2016
San Cristóbal	1497	1456	3952	4362	0	0	11267
Usme	1533	1367	5523	5365	1995	1884	17667
Tunjuelito	651	608	622	716	92	108	2797
Bosa	1137	1240	3410	3375	1183	1212	11557
Kennedy	1297	1444	3053	3794	1518	1646	12752





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	Jul - Dic 2016		2017		Ene - Feb 2018		TOTAL
	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	TOTAL PERROS	TOTAL GATOS	
Fontibón	390	370	1358	1401	0	0	3519
Engativá	1046	1131	3440	3881	1000	1174	11672
Suba	1314	1380	3631	4269	1010	1203	12807
Barrios Unidos	263	508	307	445	51	72	1646
Teusaquillo	93	189	176	331	72	89	950
Los Mártires	232	378	710	897	0	0	2217
Antonio Nariño	390	452	1192	1520	0	0	3554
Puente Aranda	357	365	1298	1449	0	0	3469
La Candelaria	195	257	265	308	0	0	1025
Rafael Uribe	1329	1357	5179	5495	62	56	13478
Ciudad Bolívar	2387	2212	5359	5045	1019	1062	17084
Sumapaz	80	31	88	62	7	8	276
TOTAL	15.296	16.170	41.865	45.264	8.327	8.824	135.746

Fuente SVSA Corte febrero 2018.

Las esterilizaciones realizadas previnieron el nacimiento de aproximadamente 523.904 caninos y de 843.096 felinos.

Respecto al Centro de Zoonosis de Bogotá, es importante mencionar que la Secretaría Distrital de Salud en coordinación con el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal (IDPYBA), en cumplimiento del Acuerdo 645 de 2016 y Decretos Distritales 085 de 2013 y 546 de 2016, surtieron un proceso que derivó en la entrega del mismo al IDPYBA, para su administración técnica y operativa a partir del 1 de febrero de 2018, quedando a cargo de la SDS en calidad de autoridad sanitaria las actividades de vacunación antirrábica (hacen parte del consolidado distrital), observación de caninos y felinos mordedores y vigilancia de la rabia por laboratorio.

A continuación, se detallan las dos últimas actividades mencionadas, que se realizaron por el centro de zoonosis durante el periodo comprendido entre el año 2016 y enero de 2018:

Tabla 173. Número de animales agresores observados 2016 a 2018 por el Centro de Zoonosis

Año	Total
2016	75
2017	114
2018	71

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Determinantes – Informes Centro de Zoonosis 2016 a 2018.





La Secretaría Distrital de Salud dentro de las actividades de vigilancia de rabia, atendiendo los lineamientos internacionales y nacionales realiza la toma de muestras para monitorear si existe circulación del virus de la rabia en la población canina del Distrito Capital, se destaca que a la fecha la totalidad de muestras remitidas al laboratorio han sido negativas; es importante resaltar que esta actividad está acompañada entre otras actividades de prevención a través de la vacunación antirrábica de caninos y felinos, así las cosas en Bogotá no se han presentado casos de rabia autóctona en animales desde el año 2001 y en humanos desde 1982.

Tabla 174. Número de muestras remitidas para vigilancia de rabia por laboratorio

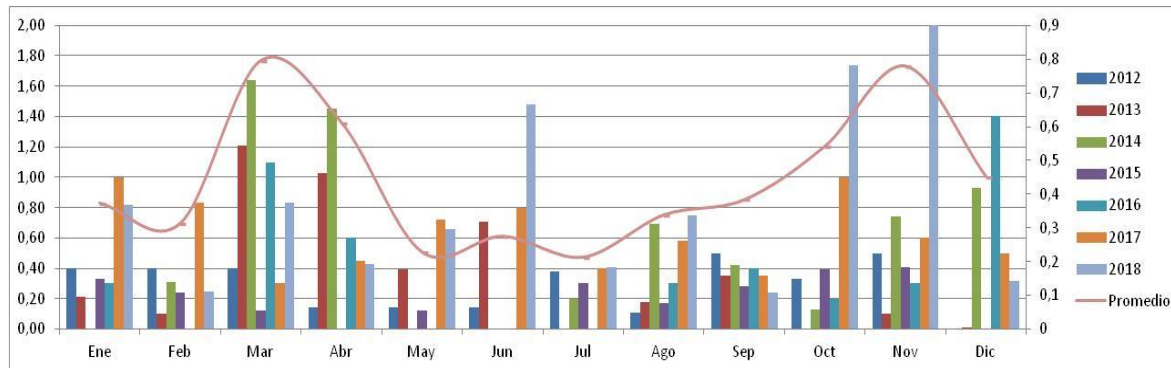
Año	Número de muestras
2016	135
2017	241
2018	163

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subdirección de Determinantes – Informes Centro de Zoonosis 2016 a 2018.

Respecto a la vigilancia de rabia por laboratorio es imperativo mencionar que se aplican los criterios establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organización que en su documento “Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina”, establece que las áreas que muestreen entre el 0.01% y el 0.09% de su población estimada, pueden ser considerados como áreas que implementan vigilancia epidemiológica.

Calidad del agua

Ilustración 17. Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. enero 2012 – diciembre 2018.



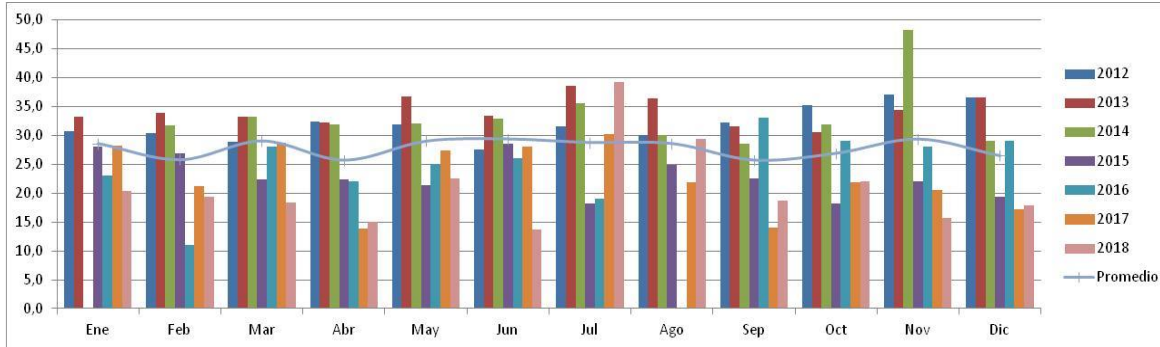
Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.

En la gráfica se observa que existen 2 picos en los meses de marzo - abril y octubre – Noviembre, en los cuales las características de calidad del agua presentan variaciones significativas, sin embargo, la EAB-ESP siempre ha estado en el rango de 0 a 5%, lo cual significa que suministra agua potable, en el rango sin riesgo para la salud de las personas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Ilustración 18. Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento, Bogotá D.C. enero 2012 – diciembre 2018.



Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.

En la anterior gráfica se observa que el comportamiento en nivel de riesgo para otros sistemas de abastecimiento es variable durante el año, en promedio el nivel de riesgo es medio, se ubica en el rango entre 14 a 35%, lo cual significa que, aunque se cuenta con tratamiento, en la mayoría de los casos no es apta para consumo. Al revisar de manera individual los 79 sistemas de abastecimiento, comparando los años 2017 y 2018, para 2017, 15 están en el rango sin riesgo, para 2018 son 21, los que están en riesgo bajo para 2017 fueron 26 y para 2018 son 32, en riesgo medio para 2017 fueron 20 y para 2018 son 18, en riesgo alto para 2017 fueron 12 y para 2018 son 14 y finalmente el rango de invariable sanitariamente para 2017 se presentaron 5 y para 2018 son 3.

Bloque XIb-XIIb

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

En lo relacionado con la vigilancia de los efectos en salud derivados de la exposición a sustancias químicas, durante 2017 y 2018, se estableció la estrategia de vigilancia centinela para la captación de casos de intoxicación crónica por mercurio (Hg) y plomo (Pb) a partir de definiciones de caso, en articulación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud Centro Oriente y Sur E.S.E. y la SDS. Se logró la identificación de casos potenciales de intoxicación crónica por plomo (Pb), en niños menores de 15 años, en la USS San Blas. Dicha unidad centinela fue establecida en noviembre del 2017. Para tal fin, se llevó a cabo capacitación al personal de salud de la USS, en diciembre de ese año. De otro lado, en lo relacionado con la priorización de sustancias químicas en alimentos, se obtuvo una matriz preliminar en la que consideró la presencia de metales pesados en productos hortofrutícolas; este trabajo fue adelantado por el INS y la Subred Sur – SDS. Se diseñó la encuesta y el instructivo de caracterización de hábitos de consumo de alimentos, en particular de frutas y hortalizas priorizadas, además de leche líquida, papa y arroz. En el segundo semestre del 2018, se efectuó el pilotaje de la encuesta para la caracterización de hábitos de consumo. Este piloto consistió en la ejecución

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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

de diecisiete (17) encuestas en Usaquén (4), San Cristóbal (1), Usme (1), Bosa (1), Kennedy (1), Fontibón (1), Engativá (2), Suba (1), Barrios Unidos (1), Teusaquillo (1), La Candelaria (1), Rafael Uribe Uribe (1) y Ciudad Bolívar (1). La información recopilada fue unificada en la base de datos en Epi-Info y su documento descriptivo.

El Sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental de cáncer de piel asociada a la exposición a radiación ultravioleta, el cual va asociado al Plan Decenal de Salud, es socializado en espacios con el Instituto Nacional de Salud - INS, Ministerio de Salud y Protección Social, con el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – CDFLIA y del Centro de Prevención y diagnóstico temprano del Cáncer - CPreD se continua el proceso de ajuste de la ficha de notificación de los datos complementarios para la vigilancia del Cáncer de piel y así consolidar la versión final; con lo anterior el CDFLIA propone ajustar el formato de Historia Clínica teniendo en cuenta las variables de la ficha de notificación que sean necesarias incluir. Como parte del proceso los referentes de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social socializaron la Ruta de atención integral para Cáncer de piel No melanoma a profesionales de las Subredes y Secretaria Distrital de Salud.

En cuanto a la identificación y minimización de factores de riesgo y los efectos en salud derivados de la exposición laboral a sustancias químicas, durante el período comprendido entre 2016 y 2018, se elaboraron y entregaron piezas comunicativas, así como documentos con indicaciones para la monitorización de eventos en salud ocurridos a la población trabajadora de establecimientos y actividades económicas diversas. En este caso en particular, se han considerado sectores económicos usuarios de sustancias cancerígenas. Durante el periodo comprendido entre abril y julio 2018, se realizó la actualización de las fichas toxicológicas en lo que respecta a la exposición laboral a 90 sustancias químicas priorizadas para Bogotá D.C. y de las fichas de riesgo químico de 30 actividades económicas, estas fueron inicialmente elaboradas en 2013.

Ahora bien, durante 2017 y 2018, y con el fin de identificar los efectos genéticos y epigenéticos asociados a la exposición a mercurio, plomo o su combinación en gestantes y sus hijos, se elaboraron los estudios previos del convenio de cooperación con la Universidad de los Andes, el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con su respectiva documentación aportada por cada entidad. Simultáneamente, en el marco del trabajo conjunto con dichas instituciones, se construyó un protocolo para la identificación de biomarcadores en mujeres de edad fértil y la determinación de las concentraciones en sangre de mercurio y plomo de gestantes y sus hijos, con el fin de definir acciones para el diseño de protocolos de vigilancia de 3^{ra} y 2^{da} generación.

En ese orden de ideas, en 2018, fue elaborado un plan de acción preliminar para el trabajo conjunto de las entidades participantes, que define la operación del primer semestre y que se enfoca en la implementación del pilotaje de las acciones contempladas en el protocolo antes mencionado; en desarrollo de dicho pilotaje, se ajustaron los formatos necesarios y se calcularon los tiempos requeridos para su implementación. En virtud de dicho plan, se han captado cuatro (4) gestantes en la USS Tunal, tres (3) en la USS Meissen y cuatro (4) en el Hospital Universitario San Ignacio. Además, se llevó a cabo la toma de muestras de agua domiciliaria y cabello a once (11) gestantes. Dichas actividades iniciaron en septiembre y finalizaron en diciembre de 2018.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Posteriormente, inició la captación de cuarenta y seis (46) gestantes, que hacen parte del estudio definitivo, en las unidades de servicios de salud Meissen y Tunal y en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) y la ejecución de veintiséis (26) visitas domiciliarias para diligenciamiento de cuestionario, toma de muestras de agua domiciliaria y cabello.

Finalmente, en lo relacionado con la determinación de mercurio y selenio en productos de la pesca, labor que fue realizada en conjunto con la Autoridad Nacional de Acuicultura y Pesca – AUNAP, durante 2017 se llevó a cabo la capacitación y acompañamiento en la toma de muestra de productos de pesca, así como también se prestó asesoría en lo relacionado con la trazabilidad de dichos productos.

A 2018, fueron tomadas setecientas (700) muestras de productos de pesca priorizados en todas las localidades de Bogotá, exceptuando Sumapaz. Con los resultados obtenidos y documentos relacionados, se hicieron avances en la elaboración del informe final correspondiente a la evaluación de la exposición a mercurio Total (Hg-T) en mujeres en edad fértil de Bogotá D.C. asociada al consumo de productos de la pesca.

En cuanto a la emisión de recomendaciones sobre el consumo de los productos de la pesca, se hizo una comparación de los datos de concentraciones promedio de mercurio total en estos, que fueron determinados por el Laboratorio de Salud Pública (LSP) en muestras tomadas en distintos puntos de venta de la ciudad durante 2018, con las concentraciones de mercurio establecidos por la Food and Drug Administration (FDA) y la Environmental Protection Agency (EPA) de U.S.A como umbrales para la clasificación de las especies de pescado recomendadas como opciones buenas, mejores y a evitar, con el fin de elaborar un documento de recomendaciones de consumo de las diez (10) especies objeto de estudio.

Bloque XIIIb

Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado.

Mediante la sesión del 25 de Enero de 2018 acta No 001 se reactivó y puso en marcha el CDSSS ampliado dando cumplimiento al Decreto 812 de 2017 y mediante sesión ordinaria N°. 002 del 4 de mayo del 2018, se llevó acabo el nombramiento de los nuevos miembros del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado, dando así cumplimiento a la meta 3 del proyecto 1192 “Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado”, se adjuntan actas.





XI. Salud Ambiental

53. Caninos y felinos esterilizados para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

A continuación, se relacionan los datos de esterilizaciones realizadas por la Secretaría de Salud para los periodos 2016 y 2017. A partir del año 2018, la Secretaría de Salud dejó de ejecutar las actividades de esterilización, siendo las mismas asumidas por el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal desde el mes de marzo 2018.

Tabla 175. Numero de esterilizaciones realizadas, años 2016, 2017, Bogotá, D.C

LOCALIDAD	2016	2017
Usaquén	2.919	1.971
Chapinero	1.359	1.040
Santa Fe	857	1.840
San Cristóbal	5.479	8.314
Usme	6.174	10.888
Tunjuelito	2.173	1.338
Bosa	4.642	6.785
Kennedy	6.699	6.847
Fontibón	1.595	2.759
Engativá	5.164	7.321
Suba	5.549	7.900
Barrios Unidos	1.482	752
Teusaquillo	526	507
Los Mártires	1.499	1.607
Antonio Nariño	1.645	2.712
Puente Aranda	1.121	2.747
La Candelaria	844	573
Rafael Uribe	5.853	10.674
Ciudad Bolívar	7.693	10.404
Sumapaz	181	150
TOTAL BOGOTA	63.454	87.129

Fuente: Informes de Gestión Subredes Integradas de Servicios de Salud



54. Vigilancia activa de Rabia (cobertura de vacunación antirrábica animal) para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades
- c. Desagregado por caninos y felinos

La vacunación antirrábica canina y felina, es una actividad que desde el sector oficial se adelanta de forma permanente a través de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud. No obstante y de conformidad con los datos que ha arrojado históricamente los estudios de dinámica poblacional realizados, se evidencia que un gran porcentaje de caninos y felinos de la ciudad son inmunizados por parte de clínicas y consultorios veterinarios privados. De forma tal que para calcular la cobertura útil de vacunación se deben sumar los animales intervenidos por ambos sectores.

De acuerdo a lo anterior, se ha logrado una cobertura útil de vacunación antirrábica canina y felina de 63% para el año 2016 y 2017 y 70% para el año 2018. El denominador poblacional de caninos y felinos sobre el cual se calcula la cobertura útil corresponde al proyectado anualmente con base en los resultados iniciales obtenidos del Estudio de Dinámica Poblacional Canina y Felina realizado en el 2013.

Tabla 176. Cobertura de vacunación antirrábica canina y felina por localidad, Bogotá, D.C Años 2016-2018

LOCALIDAD	2016	2017	2018
Usaquén	65%	86%	97%
Chapinero	69%	75%	96%
Santa Fe	77%	82%	93%
San Cristóbal	109%	135%	193%
Usme	46%	34%	35%
Tunjuelito	58%	66%	82%
Bosa	95%	106%	156%
Kennedy	66%	66%	81%
Fontibón	69%	81%	74%
Engativá	58%	73%	97%
Suba	61%	68%	73%
Barrios Unidos	83%	144%	136%
Teusaquillo	81%	78%	98%
Los Mártires	76%	93%	110%
Antonio Nariño	61%	60%	63%
Puente Aranda	78%	75%	107%
La Candelaria	68%	80%	91%
Rafael Uribe	66%	72%	83%



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	2016	2017	2018
Ciudad Bolívar	63%	71%	95%
Sumapaz	162%	116%	93%

Fuente: Informes de Gestión Subredes Integradas de Servicios de Salud

Para aquellos casos en que se evidencia que la cobertura supera el 100%, la explicación de esta situación es que probablemente el denominador poblacional no es del todo fiel con la realidad poblacional de la localidad, situación que ha hecho necesario plantear la necesidad de actualizar el estudio de Dinámica Poblacional Canina y Felina, para poder contar con una estadística actual y quizá más fiel a la realidad de las localidades.

Tabla 177. Cobertura de vacunación antirrábica canina y felina, Bogotá, D.C Años 2016-2018

	2016	2017	2018
CANINOS	61%	59%	63%
FELINOS	71%	75%	97%

Fuente: Informes de Gestión Subredes Integradas de Servicios de Salud

Aun cuando proporcionalmente el número de caninos es mayor, la cobertura en términos de especie es igualmente un reflejo de las prácticas de tenencia asociadas a ambas especies. La mayoría de propietarios de felinos mantienen sus animales en confinamiento total, haciendo con ello que de igual forma se genere una percepción de mayor cuidado, llevando esto a que los propietarios de dichos animales sean más “juiciosos” con la vacunación de sus animales. Caso contrario pasa con los caninos, en donde existe una buena proporción de animales “con propietario” que son vagos, haciendo con esto que la percepción de responsabilidad frente a la necesidad de inmunización de dichos animales se vea reducida, impactando así el número de caninos que acceden a la vacunación.

De forma complementaria, en materia de vigilancia de la rabia, se señala que la ciudad mantiene implementada la vigilancia de rabia por laboratorio, la cual se realiza muestreando entre el 0,01% y 0,09% de la población de animales (caninos y felinos) estimada, anotando que dicha recomendación es la establecida por la Organización Panamericana de la Salud, a continuación se indica el número de muestras procesadas y el porcentaje que representan de la población total de caninos estimada para Bogotá.

Tabla 178. Número de muestras para Vigilancia de rabia por Laboratorio tomadas en Bogotá 2016 a 2018

Año	Número de muestras	% de muestras respecto población estimada
2016	135	0.01%
2017	241	0.02%
2018	161	0.02%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Informes de gestión Centro de Zoonosis 2018.



55. Resultados mediciones intramurales de contaminación del aire por PM para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

- **Año 2016:** Se realizó el muestreo en 17 localidades de la ciudad (Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda y Rafael Uribe Uribe) en el marco de la vigilancia por exposición a plomo en el aire, tomando dos zonas, encontrando concentraciones promedio iguales a 21.134 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y 22.552 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para menor y mayor exposición respectivamente, teniendo en cuenta todas las localidades monitoreadas.
- **Año 2017:** No se realizaron monitoreos intramurales de este contaminante durante este año.
- **Año 2018:** Se realizaron monitoreos intramurales en 13 localidades (Usaquén, Chapinero, Usme, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda y Rafael Uribe Uribe), utilizando el monitor de partículas DustTrak DRX, en colegios, jardines infantiles, centros de salud, hogares geriátricos y en unidades habitacionales, encontrando concentraciones promedio iguales a 21.66 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y 24.21 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ para $\text{PM}_{2.5}$ y PM_{10} respectivamente, teniendo en cuenta todas las localidades monitoreadas.

b. Desagregado por localidades

• **Año 2016:** Frente a los resultados de las mediciones intramurales de contaminación del aire por material particulado, se informa que la Secretaría de Salud de Bogotá realizó un estudio exploratorio durante el periodo comprendido de mayo 2015 a julio 2016; siendo los resultados relacionados en la siguiente tabla donde muestra las concentraciones de partículas suspendidas totales en 18 localidades del Distrito, discriminando el tipo de exposición, en el marco orientado de la vigilancia por exposición a plomo en el aire, realizando seis muestreos por localidad en dos zonas (mayor y menor exposición), de conformidad con la siguiente tabla.

Tabla 179. Monitoreo intramural de material particulado, por localidad para los años 2015 – 2016

Localidad	Concentración de PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	
	Menor Exposición	Mayor Exposición
Usaquén	33,87	29,85
	36,28	7,33
	-----	4,71
Chapinero	4,76	25,00
	7,17	19,78
	-----	14,28
Santa Fe	16,11	8,86
	69,38	3,99
	18,31	-----
San Cristóbal	55,45	35,78
	4,62	0,15
	-----	3,62



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Concentración de PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	
	<i>Menor Exposición</i>	<i>Mayor Exposición</i>
Usme	1,34	21,01
	0,75	11,44
	-----	7,68
Tunjuelito	31,81	7,91
	85,96	15,10
	-----	20,68
Bosa	39,28	168,05
	32,59	6,23
	6,43	-----
Kennedy	19,19	21,33
	2,54	4,72
	-----	18,38
Fontibón	20,85	17,09
	9,12	15,35
Engativá	4,86	5,71
	4,30	6,10
	3,55	3,44
Suba	22,43	8,06
	11,03	14,27
	15,47	5,69
Barrios Unidos	14,16	6,37
	11,53	167,94
	-----	3,71
Teusaquillo	29,23	18,21
	97,62	0,53
	39,71	4,72





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Localidad	Concentración de PST ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	
	Menor Exposición	Mayor Exposición
Los Mártires	5,17	65,33
	31,98	13,57
	5,75	10,16
Antonio Nariño	0,10	6,20
	19,68	2,34
	23,27	5,24
Puente Aranda	9,16	86,70
	10,40	72,81
	10,01	57,50
Rafael Uribe	1,30	5,12
	-----	1,94

Fuente: Secretaría distrital de salud. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. 2018.

Año 2017: No se realizaron monitoreos intramurales de este contaminante durante este año.

Año 2018: La Secretaría Distrital de Salud contempló continuar con el proceso de monitoreos intramurales en instituciones educativas para lo cual se realizó la adquisición de equipos de monitoreo, realizando el proceso administrativo para la entrega de los mismos en modalidad de comodato a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A continuación, se muestra una tabla resumen de los monitoreos de material particulado realizados durante el periodo 2018, la cual involucra un promedio de los datos totales registrados durante el muestreo, donde se da claridad que algunos de los monitoreos programados se hicieron dentro del marco de un pilotaje debido a la validación del protocolo, tiempos, formatos y a la gestión administrativa en el proceso de mantenimiento y calibración de los mismos. Posterior a la ejecución de dicho pilotaje, a partir de octubre de 2018 se da inicio a la implementación de monitoreos intramurales dentro de la vigilancia de la línea tras realizar el proceso de mantenimiento y calibración de la totalidad de equipos adquiridos.





Tabla 180. Monitoreo intramural de material particulado por localidad 2018.

SUBRED	LOCALIDAD	PUNTO DE MONITOREO	MONITOREOS 2018						
			Material Particulado ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)						
			FECHA INICIO	FECHA FINAL	PM ₁	PM _{2.5}	RESP	PM ₁₀	TOTAL
CENTRO ORIENTE	LOS MÁRTIRES	IED San Francisco de Asís	12/02/2018	15/02/2018	22,17	22,54	22,89	23,67	22,60
	RAFAEL URIBE URIBE	IED Enrique Olaya Herrera	21/05/2018	24/05/2018	13,88	14,42	14,87	16,56	14,16
	ANTONIO NARIÑO	Hogar Geriátrico San Pedro Claver	17/12/2018	28/12/2018	16,73	17,01	17,32	18,05	14,76
SUR	CIUDAD BOLÍVAR	CED Mochuelo Alto	25/10/2018	21/11/2018	10,21	10,42	10,79	11,80	9,32
		Habitacional	13/03/2018	16/03/2018	33,62	34,71	35,98	41,27	38,75
		Colegio Minuto de Buenos Aires	25/10/2018	21/11/2018	25,30	26,30	27,75	31,01	27,86
	USME	IED Colegio Santa Marta	05/06/2018	08/06/2018	7,33	7,86	8,22	9,35	8,46
		Jardín Infantil Nevado	25/10/2018	21/11/2018	21,05	21,67	22,41	24,42	22,92
SUR OCCIDENTE	FONTIBÓN	Unidad Educativa Prados de Alameda	19/03/2018	22/03/2018	24,29	24,97	25,64	26,81	26,71
	KENNEDY	Jardín Infantil Las Delicias	05/03/2018	28/03/2018	34,41	35,07	35,64	36,96	34,21
	PUENTE ARANDA	Jardín Infantil Antonio Nariño	12/06/2018	15/06/2018	16,93	17,77	18,61	21,41	15,65
NORTE	SUBA	IED Ramón de Zubiria	27/02/2018	02/03/2018	38,51	39,33	40,19	42,47	41,85
		IED Nicolás Buenaventura	06/03/2018	09/03/2018	21,33	22,63	23,81	25,94	22,72
		Jardín infantil Piedra Verde	28/05/2018	01/06/2018	15,34	15,89	16,64	18,58	18,21
	BARRIOS UNIDOS	Cementerio del Norte	20/12/2018	18/01/2019	19,32	19,91	20,55	21,89	18,58
	CHAPINERO	Jardín Infantil La Paz	18/06/2018	22/06/2018	5,27	5,46	5,75	6,53	4,38
	USAQUEN	Jardín Infantil Obra Suiza	18/06/2018	22/06/2018	21,81	22,02	22,36	23,16	21,97
	ENGATIVA	CAI Álamos	30/11/2018	15/12/2018	31,22	32,04	33,24	35,89	30,96

Fuente: Secretaria distrital de salud. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. 2018.

56. Vigilancia intoxicación por monóxido de carbono CO para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades

Las intoxicaciones con monóxido de carbono identificadas en el Distrito Capital deben ser notificadas por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud



Pública – SIVIGILA. En revisión de los reportes para los años 2016, 2017 y 2018, se evidencia para la ciudad de Bogotá D.C., la siguiente distribución por localidad:

Tabla 181 . Número de casos reportados por intoxicación con monóxido de carbono - Bogotá D.C.

LOCALIDAD	2016	2017	2018
Antonio Nariño	0	2	3
Barrios Unidos	0	1	1
Bosa	2	5	15
Chapinero	4	1	4
Ciudad Bolívar	4	9	7
Engativá	6	6	21
Fontibón	8	3	3
Kennedy	6	9	13
La Candelaria	0	0	1
Los Mártires	1	1	1
Puente Aranda	3	2	1
Rafael Uribe Uribe	1	2	4
San Cristóbal	2	1	7
Santa Fe	0	1	0
Suba	17	6	6
Sumapaz	0	0	0
Teusaquillo	1	0	7
Tunjuelito	0	1	2
Usaquén	10	7	6
Usme	2	1	1
Total	67	58	103

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.

De la anterior, se puede inferir que la intoxicación con monóxido de carbono tuvo un incremento considerablemente para el año 2018. La localidad con mayor número de casos reportados en los tres años indicados corresponde a Engativá, seguido de Suba. De esta última, se resalta que en la misma se disminuyó en más de la mitad, las intoxicaciones con monóxido de carbono para los años 2017 y 2018. Las localidades con menor cantidad de casos reportados corresponden a La Candelaria, Santa Fe y Sumapaz. Las localidades Bosa y Engativá, reflejan un crecimiento significativo desde 2016. Finalmente, desde el año 2016 a 2018 se han presentado en el Distrito Capital 228 reportes de intoxicación con dicha sustancia.

57. Vigilancia epidemiológica intoxicación por metales pesados para los años, 2016, 2017 y 2018.

- a. Total Bogotá
- b. Desagregado por localidades



Las intoxicaciones con metales pesados identificadas en el Distrito Capital deben ser notificadas por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. En revisión de los reportes para los años 2016, 2017 y 2018, se evidencia para la ciudad de Bogotá D.C., la siguiente distribución por localidad:

Tabla 182. Distribución por localidad del número de casos de intoxicación con metales pesados ocurridos a residentes de Bogotá D.C en 2016-2018

LOCALIDAD	2016	2017	2018
Antonio Nariño	0	0	0
Barrios Unidos	4	0	0
Bosa	8	0	0
Chapinero	0	1	0
Ciudad Bolívar	1	0	0
Engativá	1	0	1
Fontibón	1	1	12
Kennedy	1	1	2
La Candelaria	0	0	0
Los Mártires	1	0	0
Puente Aranda	0	0	1
Rafael Uribe Uribe	0	0	0
San Cristóbal	2	2	1
Santafé	0	0	0
Suba	4	13	1
Sumapaz	0	0	0
Teusaquillo	0	0	0
Tunjuelito	2	0	0
Usaquén	0	3	1
Usme	0	1	2
Total	25	22	21

Fuente: Secretaría Distrital de salud – Sivigila.

En consideración de los datos reportados para intoxicación por metales pesados, se puede concluir que el número de casos anualmente se ha mantenido desde 2016. La localidad con mayor cantidad de reportes, fue Suba en el año 2017. En los tres años consultados, las localidades con más eventos fueron Suba y Fontibón. Es de resaltar que en las tres vigencias, en seis localidades del Distrito Capital no se presentó este tipo de intoxicación. Por último, desde el 2016 a 2018, se han evidenciado un total de 68 casos relacionados con intoxicación por metales pesados.

58. Avances y resultados del Consejo territorial de salud ambiental para los años, 2016, 2017 y 2018.

El CONPES 3550 de 2008, establece en el objetivo 1 de su plan de acción, la articulación de la política y la gestión de las entidades y desarrollar e implementar procesos y procedimientos tendientes al fortalecimiento de la gestión



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

intersectorial, inter e intrainstitucional en el ámbito de la salud ambiental; es así que para esto se hace necesario Instrumentos de planificación y espacios de participación comunitaria activos, dinámicos y con capacidad de decisión, para lo cual se hace necesario crear espacios interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente a nivel territorial denominados Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA.

257

En Bogotá, el Decreto Distrital 23 de 2011, reglamenta las Comisiones Intersectoriales del Distrito Capital" y se crea la Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, la Protección Ambiental, el Ecurbanismo y la Ruralidad del Distrito capital (CISPAER); dentro de sus funciones está la de "Coordinar la implementación de la Política Distrital de Salud Ambiental una vez sea adoptada, y su articulación en el marco de la gestión distrital, Política de Salud Ambiental delimitada en el documento CONPES 3550 de 2008 que para su aplicación necesitará de una instancia transversal respecto de los sectores que en ella interactúan.

Es así, que la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011 - 2023, fue aprobada en el marco del Sistema de Coordinación de la Administración Distrital, en sesión del Comité Sectorial de Desarrollo de los Sectores de Ambiente en julio 28 de 2011, y de Salud en agosto 18 del mismo año, y, adicionalmente, en la Comisión Intersectorial para la Sostenibilidad, Protección Ambiental, Ecurbanismo y Ruralidad - CISPAER, en Agosto 18 de 2011 y en sesión del Consejo de Gobierno Distrital el 10 de Noviembre de 2011, como máxima instancia de fijación de Políticas Públicas, en el marco del Sistema de Coordinación de la Administración Distrital señalado en el Acuerdo 257 de 2006. Dicha instancia es el Consejo Territorial de Salud Ambiental en el Distrito Capital.

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

Es así, que el Decreto 596 de 2011, "Por el cual se adopta la política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011 - 2023" establece en el artículo 8, que corresponde a la Secretaría Distrital de Salud y a la Secretaría Distrital de Ambiente, la coordinación del proceso de implementación de la Política Distrital de Salud Ambiental y la implementación se realizará por parte de las diferentes entidades de la Administración Distrital y la Administración Local, según su competencia, a través de la Mesa de Salud Ambiental de la CISPAER, en observancia de las disposiciones contenidas en el Decreto Distrital 23 de 2011 o de aquellas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan. Así mismo, las acciones de implementación sectorial serán vigiladas en sesión de cada uno de los Comités Sectoriales de Desarrollo regulados por el Decreto Distrital 505 de 2007, o normas que lo modifiquen o sustituyan. Por ende, la coordinación de la mesa de salud ambiental se rota entre las dos entidades de manera anual como se muestra a continuación:

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 183. Coordinación de mesa de salud ambiental

ENTIDAD	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Secretaría Distrital de Ambiente		X			X		X
Secretaría Distrital de Salud	X		X	X		X	

Fuente: Elaboración propia- SDS Subdirección de Determinantes

Entre los principales avances obtenidos se tienen:

2016

- Gestión ante el Ministerio de Salud y Protección Social, para la aplicación en el Distrito de la Metodología de Fuerzas Motrices, para la identificación e intervención de determinantes en salud ambiental

2017

- Activación de dos mesas temáticas de Salud Ambiental (i) Calidad del aire y salud; y (ii) Seguridad Química y residuos peligrosos.
- Validación de propuesta de armonización de Planes de acción de la PDSA con Plan de Desarrollo Bogotá mejor para todos
- Desarrollo de indicadores de seguimiento de la política conforme a la participación de las diferentes entidades en la Mesa.
- Armonización de los instrumentos de gestión local de las Secretarías de Ambiente y Secretaría Distrital de Salud

2018

- Aprobación de la armonización de los planes de acción de las líneas de acción de la política con el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Mejor Para Todos.
- Avance en la actualización del plan de acción de la política Distrital de Salud Ambiental conforme a lo establecido en el Decreto 668 de 2017.
- Asistencia técnica por parte del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y Ministerio de Salud y Protección Social frente a la Estrategia de Entornos Ambientalmente Saludables y Modelo Integral en Salud Ambiental.
- Definiciones de la Política frente a la aplicación de la Resolución 233 de 2018 “Por la cual se expiden lineamientos para el funcionamiento, operación, seguimiento e informes de las Instancias de Coordinación del Distrito Capital”

59. Número de casos de abuso de sustancias psicoactivas para los años, 2016, 2017 y 2018.

a. Total Bogotá

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

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- c. **Desagregado por sexo**
- d. **Desagregado por localidades**
- e. **Desagregado por etapas del ciclo vital.**

El abuso de sustancias psicoactivas - SPA se refiere al uso problemático de drogas lícitas e ilícitas. El subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas VESPA se constituye en el componente de la vigilancia en salud pública del Distrito Capital que da cuenta de dicho evento. El sistema utiliza varias estrategias para la captación de casos, como las encuestas de prevalencia y la vigilancia de unidades centinela. Estas últimas corresponden a centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia de origen público o privado, instituciones de resocialización orientadas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con uso problemático de drogas y centros de atención en salud mental.

El alcohol y el tabaco continúan siendo las sustancias psicoactivas legales con mayores frecuencias de consumo con respecto al total de este tipo de sustancias. En relación con los estupefacientes ilegales la marihuana, el basuco y las sustancias volátiles como el sacol y el diclorometano o dick (psicoactivos inhalables) son los psicoactivos de tipo ilegal de mayor frecuencia de abuso.

Respecto a la distribución del consumo abusivo de psicotrópicos según sexo es relevante señalar que para el tabaco y las bebidas alcohólicas por cada mujer que consume de manera abusiva dichas sustancias, se registran cerca de cuatro hombres. Esta razón de sexos se incrementa a cinco en el caso de los inhalables y a seis para la marihuana y otras sustancias. En términos generales la razón de sexos para los periodos anuales incluidos oscila entre cinco y seis hombres con consumo problemático por cada mujer en las similares condiciones de abuso de dichas "drogas".

Las localidades con mayores proporciones de abuso son generalmente Los Mártires, Suba, Ciudad Bolívar, Santafé. Usme y San Cristóbal. Estas localidades suelen agrupar cerca del 50% total de casos de consumo problemático.

Respecto a la distribución de casos de abuso identificados a través del VESPA es importante resaltar que, exceptuando para heroína y otras sustancias; más del 50 % del total de casos de abuso se concentran en menores de 26 años de edad, para el alcohol incluso esta proporción supera el 60%. De igual manera si se discriminan los segmentos de población de habitantes de calle y el resto de la población general, se evidencia que para el segmento de habitantes de calle la concentración es mayor para el curso de vida correspondiente a la adultez.

En el archivo Excel P58_sustancias_psiocoactivas se detallan los datos para cada localidad.





XII. Información histórica para el Índice de Progreso Social – IPS del programa BCV

60. Prevalencia de bajo peso al nacer desagregado por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 11 se detalla la información de Bajo peso al nacer para los años 2016, 2017 y 2018. Se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p64

61. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 8 se detalla la información de DNT crónica para los años 2016, 2017 y 2018. Se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p64

62. Razón de mortalidad materna x 100.000 NV por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 12 se detalla la información de la Razón de Mortalidad Materna para los años 2016, 2017 y 2018. Se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p64

63. Tasa de mortalidad Por enfermedades infecciosas y parasitarias (x 100.000 hab) por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

Para los años 2016 y 2017 la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias por localidad fue como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 184. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias por localidades.

LOCALIDADES	2016		2017	
	NÚMERO MUERTES	TASA POR 100.000 HAB.	NÚMERO MUERTES	TASA POR 100.000 HAB.
1 USAQUEN	102	21,6	132	27,8
2 CHAPINERO	48	37,8	51	40,3
3 SANTAFE	28	29,0	54	56,7
4 SAN CRISTOBAL	121	30,5	127	32,2
5 USME	73	21,7	76	22,3



LOCALIDADES	2016		2017	
	NÚMERO MUERTES	TASA POR 100.000 HAB.	NÚMERO MUERTES	TASA POR 100.000 HAB.
6 TUNJUELITO	55	29,0	51	27,1
7 BOSA	111	15,7	120	16,4
8 KENNEDY	216	18,2	201	16,6
9 FONTIBON	63	15,6	85	20,5
10 ENGATIVA	191	21,9	173	19,7
11 SUBA	231	18,5	224	17,5
12 BARRIOS UNIDOS	55	20,8	53	19,8
13 TEUSAQUILLO	41	29,1	41	29,2
14 MARTIRES	38	40,4	35	37,3
15 ANTONIO NARINO	27	24,7	31	28,4
16 PUENTE ARANDA	72	32,0	78	35,2
17 CANDELARIA	10	44,2	15	66,9
18 RAFAEL URIBE	109	30,8	111	31,6
19 CIUDAD BOLIVAR	180	25,0	144	19,6
20 SUMAPAZ	1	13,6		0,0
SIN LOCALIDAD	48		15	
TOTAL	1820	22,8	1817	22,5

FUENTE 2016-2017: Bases DANE -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE FINALES

64. Tasa de Incidencia del VIH * 100,000 hab por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 119 se detalla la información de VIH para los años 2016, 2017 y 2018, y se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p64

65. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por 1.000 NV por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 26 se detalla la información de Mortalidad en menores de 1 años para los años 2016, 2017 y 2018 y se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p65

66. Mortalidad por enfermedades crónicas (menores de 70) por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 45 se detalla la información de enfermedades crónicas para los años 2016, 2017 y 2018. Se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p66



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

67. Fecundidad específica para adolescentes de 10 a 14 años por localidades para los años 2016, 2017 y 2018.

En el desarrollo de la pregunta 22 se detalla la información de fecundidad para adolescentes de 10 a 14 años para los años 2016, 2017 y 2018. Se anexa hoja Excel en archivo: INF INDICE DE PROGRESO SOCIAL/p67

262

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



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**