

INFORME DE RENDICION DE CUENTAS AÑO 2010.

1. SECTOR SALUD

1.1. ANALISIS DE LA GESTION DEL SECTOR SALUD

Desde el sector público de la salud en Bogotá D.C., en 2010, se continuaron realizando esfuerzos encaminados a mantener y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de toda la población de la ciudad. Las intervenciones promocionales en los ámbitos en donde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas, hogar, escuela, trabajo, comunidad e instituciones, estuvieron caracterizadas por integralidad y continuidad desde lo sectorial, con alcance transectorial, permitiendo respuestas más acordes con las particularidades propias de los distintos grupos y territorios de la ciudad; así como, un contacto más directo, más permanente, más duradero y más cercano con el sector salud, con los actores y con los servicios Estatales; el acceso a una atención más integral y oportuna. Los resultados alcanzados en términos de efectos e impactos muestran avances positivos en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad evitable de la población en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad, como fiel reflejo y producto de las intervenciones llevadas a cabo por el sector salud y los demás sectores de la administración distrital.

De la mano con las intervenciones promocionales de calidad de vida y salud, se destaca el afianzamiento de la gratuidad en salud, con cobertura para menores de 5 años, mayores de 65 y personas en condición de discapacidad severa clasificadas con nivel 1 y 2 del sistema de identificación de beneficiarios [SISBEN], afiliadas al régimen subsidiado de salud, a quienes se les viene prestando todos los servicios de salud sin ningún tipo de cobro. La continuidad en el desarrollo de la estrategia es una muestra del compromiso de la administración para con la salud de la población de la ciudad, constituyéndose Bogotá D.C. así, en la única ciudad del país con gratuidad total en salud. Por el hecho del Distrito Capital haber asumido el costo de las cuotas de recuperación, se viene permitiendo la eliminación de las barreras de acceso con consecuencias precisas como disminución y control oportuno de enfermedades evitables y aumento en años de vida saludable.

Un lugar destacado en la agenda pública distrital del sector salud, lo constituyó la vacunación de grupos especiales de población, como menores de cinco años, gestantes y mayores de 65 años. Los resultados frente a este tema fueron precisos y concretos, no solo en términos de coberturas alcanzadas, sino en hechos como el aporte a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad infantil. El compromiso de todos y cada uno de los actores involucrados, bajo la rectoría y direccionamiento estratégico de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., así lo permitieron. El mantenimiento y afinamiento de las estrategias extramurales, horarios extendidos, comunicaciones y mejoras en el sistema de información, se constituyeron en los principales pilares de los logros obtenidos frente a este tema y respecto del aumento significativo alcanzado en las coberturas para los nuevos biológicos introducidos en 2009 para rotavirus, neumococo y hepatitis A.

Durante la vigencia, también se priorizaron intervenciones para ampliar coberturas de aseguramiento en salud, lográndose incremento de afiliados al régimen subsidiado, junto con la creación de la empresa promotora de salud [EPS] distrital y su habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con la cual se eliminarán barreras de acceso para sus afiliados, cuando inicie su operación en 2011. La atención de la población vinculada y la garantía de los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado, junto con la inspección, vigilancia y control de prestadores y el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria de la red adscrita, se constituyeron, en prioridades de gestión, todas y cada una con resultados concretos y precisos. La creación y puesta en operación del Primer Banco Público de Tejidos y Celulas, de referencia nacional, en cual se vienen rescatando, procesando y distribuyendo tejidos humanos como corneas, esclera, tejidos osteo musculares y piel.

La gestión adelantada en 2010 por el Sector Público de la Salud en Bogotá D.C. fue objeto de reconocimientos y distinciones en diferentes espacios nacionales e internacionales. Gracias a los programas de protección a la infancia, la Ciudad de Bogotá D.C. recibió el Premio “...**Compromiso con la Niñez en Vacunación y Nutrición...**”, convocado por Revista Semana en coordinación con otras entidades del orden nacional. Así mismo, le fue otorgado el segundo puesto en el “...**Primer Concurso Hispanoamericano e Interamericano de Buenas Prácticas en Urbanismo y Salud...**”, con el

Proyecto Promoción de Entornos de Trabajo Saludables, convocado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS]. De igual forma, le fue concedido el “...Premio Categoría Alta por Erradicación del Trabajo Infantil...”, por parte de la Procuraduría General de la Nación, por el cumplimiento de las metas: “...niños y niñas menores de 15 años desvinculados del trabajo infantil...” y “...empresas formales con procesos de inclusión a personas en condición de discapacidad...”. La inclusión en este último premio dependió del aval obtenido ante el Consejo Nacional de Discapacidad, así como del entrenamiento hecho por el Servicio Nacional de Aprendizaje [SENA], el compromiso de la Asociación Nacional de Industriales [ANDI] y Asociación Colombiana de Pequeños Industriales [ACOPI] y del cumplimiento de la meta junto con la garantía de los recursos para la búsqueda y canalización de las personas beneficiadas.

1.2. PRINCIPALES LOGROS DEL SECTOR SALUD

1]. En salud al trabajo. La tasa de trabajo infantil ha venido disminuyendo de manera considerable en Bogotá D.C.¹, haciéndose así evidente la adecuada articulación intersectorial que se realiza el Distrito Capital, bajo el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., para el abordaje integral de la problemática de calidad de vida y de salud de la población menor trabajadora de la ciudad. Durante dos períodos consecutivos la Procuraduría General de la Nación ha premiado al Distrito Capital, ubicándolo dentro de la categoría “muy superior” por su Gestión y en 2010, la Organización Panamericana de la Salud [OPS], le otorgo el segundo puesto en el “**Primer Concurso Hispanoamericano e Interamericano de Buenas Prácticas en Urbanismo y Salud**” por el Proyecto Promoción de Entornos de Trabajo Saludables. Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo, con el consecuente y evidente impacto negativo en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas de la ciudad.

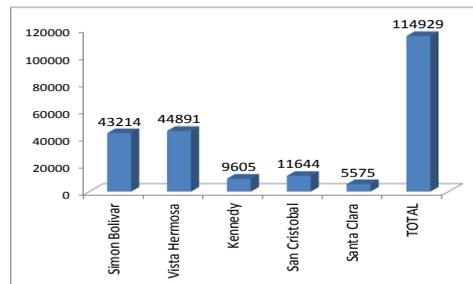
2]. En prestación de servicios de salud. La creación y puesta en operación del Primer Banco Público Distrital de Tejidos Humanos y de Cèlulas, como primer referente nacional con alcance regional, en el cual se vienen almacenando, procesando y distribuyendo corneas para trasplante, disminuyendo la cantidad de pacientes en lista de espera y supliendo las necesidades de piel para pacientes que lo necesitaron en el 2010. Mediante el trabajo de regulación de los trasplantes de órganos, se beneficiaron los pacientes quienes recibieron órganos y se contribuyó así a la solución de la problemática de insuficiencia de órganos para trasplantes. Así mismo, la construcción y puesta en operación de centros hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel de atención, dentro de los cuales cabe mencionar la construcción y puesta en operación de los Hospitales de Segundo Meissen y Guavio y la construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital El Tunal.

Por otro lado, con la puesta en operación del Call Center – Línea 195, a partir de julio con los Hospitales Vista hermosa y Simón Bolívar, en agosto Kennedy, en septiembre San Cristóbal y en octubre Santa Clara, se atendieron un total de 114.929 ciudadanos, con el fin de mejorar la oportunidad en la asignación de citas y eliminar barreras de acceso a los servicios de salud. [Gráfica 1]. Los Hospitales a través del Call Center ofrecieron los siguientes servicios:

- Simón Bolívar: consulta especializada, general y de promoción y prevención.
- Vista Hermosa: medicina general, odontología y promoción y prevención.
- Kennedy: cirugía general, pediátrica, plástica y vascular, ginecología, ginecoobstetricia, ginecología endocrinológica, neumología pediátrica, nefrología pediátrica, neurocirugía y dermatología.
- San Cristóbal ofrece medicina general y promoción y prevención.
- Santa Clara ofrece cirugía de tórax, general, pediátrica y oftalmológica, optometría, pediatría, infectología pediátrica, neumatología pediátrica, nefrología pediátrica, ortopedia, endocrino, neumología pediátrica, fisiatría, cirugía maxilofacial, cardiología pediátrica y gastroenterología pediátrica.

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

**GRÀFICA 1 LLAMADAS - CALL CENTER – LINEA 195
2010**



Fuente Estadísticas Call Center - Dirección de Planeación y Sistemas - Secretaría Distrital de Salud 2011

3]. En erradicación y control de enfermedades inmuno prevenibles. En Bogotá D.C., en 2010, debido a las coberturas de vacunación alcanzadas durante los últimos años, se erradicaron y mantuvieron bajo control las enfermedades inmunoprevenibles por las principales causas y eventos como Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, el Sarampión, Rubeola, Influenza y Paperas. Con las intervenciones se evitaron consecuencias nefastas sobre la población infantil, gestante y adulta, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte. Como reconocimiento de la gestión adelantada en la población infantil de la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. recibió durante las dos últimas vigencias el “Premio Internacional América a la Excelencia en el Servicio Público, en la categoría de Premios de Liderazgo en Salud Pública: Reducción en Mortalidad Infantil” y el Premio “Compromiso con la niñez en vacunación y nutrición”. De igual forma como producto de la introducción para la ciudad de nuevos biológicos, en 2010 se aplicaron 344.273 dosis de neumococo a 110.939 niños y niñas recién nacidos; frente a una meta inicial de 20.000 dosis. En hepatitis A, se aplicaron 67.668 dosis a igual número de niños de 12 a 23 meses de edad. En rotavirus se aplicaron 109.311 dosis, para 109.311 niños y niñas de 2 a 6 meses.

4]. En reducción de mortalidad evitable por principales causas y eventos. En la ciudad se viene registrando una disminución considerable y sostenida en las principales causas de enfermar y de morir. La tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos se redujo de 14,0 en 2007 a 11,8 en 2009; la tasa de mortalidad en menores de 5 años se redujo de 31,4 por 10.000 menores de cinco años a 25,4 por diez mil menores de cinco años; la tasa de mortalidad perinatal, disminuyó de 23,2 por mil nacidos vivos a 14,1 por mil nacidos vivos; la tasa de mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda paso de 15,0 por cien mil menores de cinco años a 6 por cien mil menores de cinco años y la tasa mortalidad por desnutrición, descendió de 4,1 por cien mil menores de cinco años a 3,2 por cien mil menores de cinco años.

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

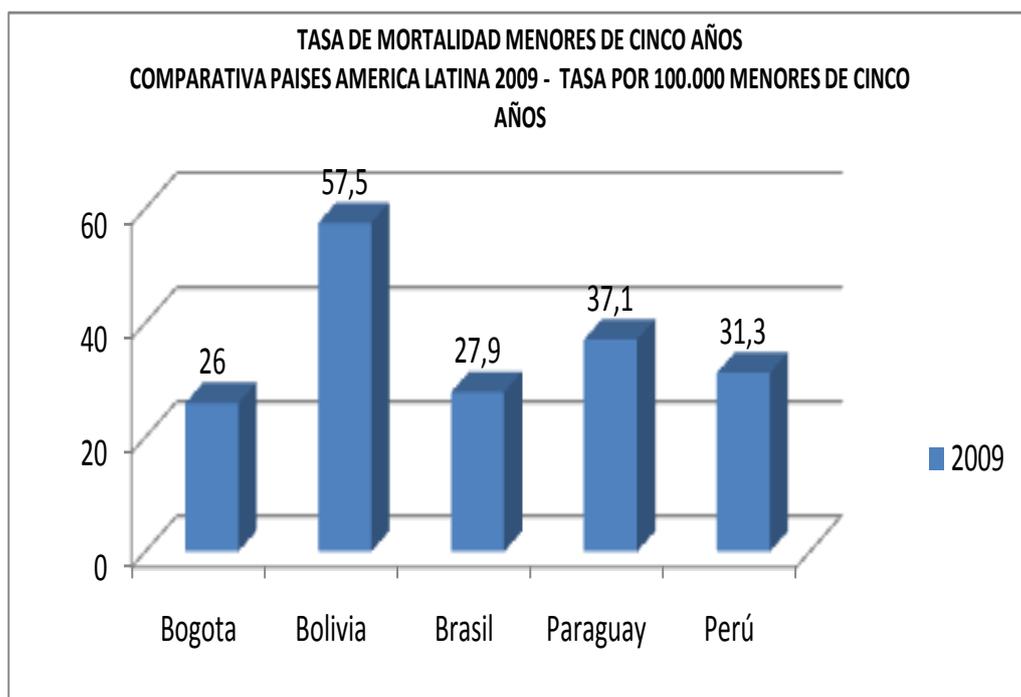
6]. En la gestión para eliminar barreras de acceso a servicios de salud. Frente a las barreras de acceso se afianzaron intervenciones que apuntan a garantizar el acceso a los servicios en salud y a

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

1.3. CAMBIOS O MEJORAS DE LA CIUDAD GENERADOS POR EL SECTOR SALUD

Además de constituirse en un logro, la reducción de la mortalidad evitable por principales causas y eventos, es el reflejo de las mejoras en la calidad de vida de la población de la ciudad, a la cual contribuye de manera significativa el sector salud, reconociendo las bondades por la adopción de estrategias sectoriales como la estrategia promocional de calidad de vida y salud y la atención primaria en salud, no sin desconocer la importancia y el aporte que los demás sectores de administración, tanto nacional como distrital, realizan. En este sentido, entre otros, se destaca por ejemplo el comportamiento registrando en la ciudad en las tasas de mortalidad en menores de cinco años, frente a las registradas por otros países [Gráfica 2].

GRÁFICA 2



De otra parte, no se puede desconocer como las acciones de respuesta a las necesidades de salud, lideradas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., vienen impactado las condiciones de vida de la población de mayor vulnerabilidad en la ciudad. La atención de 415.152 ciudadanos y ciudadanas identificados como población pobre no asegurada, el aseguramiento y garantía de atención a 1.309.008 ciudadanos y ciudadanas pertenecientes al régimen subsidiado, y la atención integral a 1.701.078 habitantes de territorios de estratos 1 y 2 vinculados al Programa Salud a Su Casa, junto con la vinculación a intervenciones de salud para 583.425 niños, niñas, adolescentes y jóvenes de colegios y escuelas distritales, viene permitiendo para estas poblacionales un mejoramiento de sus condiciones de vida, por acceso y atención en servicios salud.

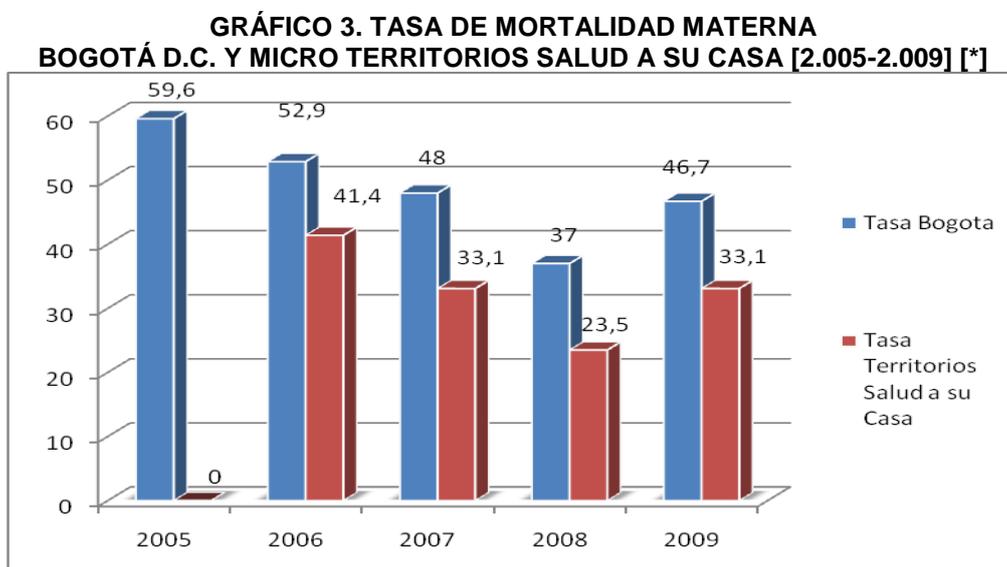
² Contratación realizada el 1 de junio de 2010 Resolución 2114 de 2010, se adoptan los instrumentos y se definen procedimientos de giro de los recursos del régimen Subsidiado. [Fuente: Base de Datos única de Afiliados-BDUA].

Como producto de las intervenciones en el ámbito familiar, se ha logrado que el 76% de las familias abordadas por salud a su casa, con adherencia al mismo, lo cual permite la continuidad de las acciones con la población en los programas de salud pública, de promoción y prevención, al igual que la canalización a servicios de salud. De igual forma, se ha logrado que el 100% de los menores de 1 año que han sido visitados seguidos por el programa tengan coberturas útiles de vacunación, según del esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI] y que las gestantes durante el 2010 hayan alcanzado una cobertura acumulada de 95% de asistencia a Control Prenatal.

1.3.1. Impactos en Salud a su Casa

Teniendo en cuenta que Salud a su Casa beneficia al 21,4% de la población total de Bogotá, la de mayor pobreza y vulnerabilidad de la ciudad, ubicada generalmente en zonas ilegales o en vía de legalización, con escasos recursos o en zonas de alto riesgo [riveras de los tres ríos que cruzan la ciudad, Juan Amarillo, Fucha y Tunjuelo, cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana] y con una estructura poblacional caracterizada por una base amplia con crecimiento demográfico centrado en la infancia y la juventud, donde un 48% corresponde a personas menores de 25 años y en donde además el nivel educativo predominante es la educación básica primaria para el 62% de los individuos; llama la atención cómo en el comportamiento de los indicadores trazadores se reflejan impactos positivos, dados por los menores ó, en otros casos, similares a los de Bogotá D.C., es decir, inferiores a lo esperado.

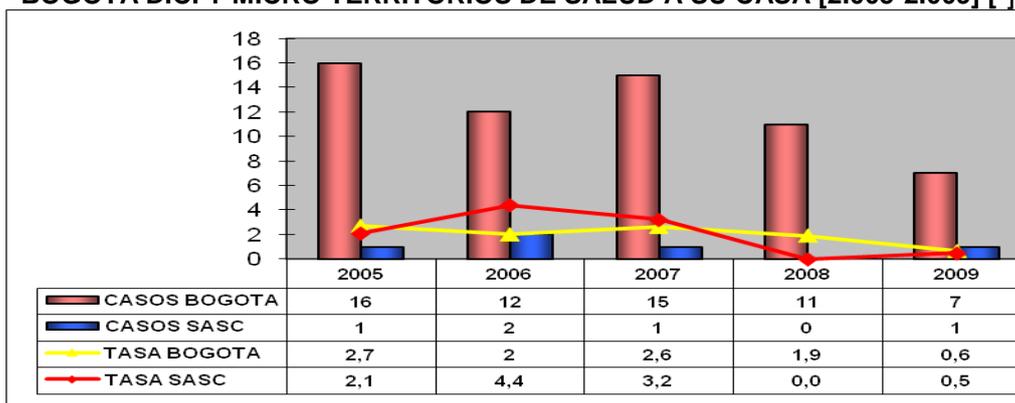
Se observa que debido a la mayor cobertura que se ha venido dando en los territorios de salud a su casa, el número de casos de mortalidad para algunos grupos etéreos ha venido en aumento, lo que no significa que las acciones que se vienen desarrollando no tengan impacto, sino que por el contrario, se ha venido sensibilizando a mayor numero de población. En salud materna, el número de casos de mortalidad solamente se incremento en uno en 2007, en tres en 2008 y en 3 más para el 2009. Es posible que este aumento se deba a que se ha logrado mayor sensibilización frente al reporte y registro de este evento. En concordancia con las afirmaciones anteriores, la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos registró un comportamiento favorable en la vigencia 2007 a 2008, al pasar de una tasa de 41,4 por cien mil nacidos vivos a 23,5.1 en los territorios de Salud a su Casa, pero para el 2009 un aumento a 33,1 por cien mil nacidos vivos [Gráfico 3].



Fuente Certificados de defunción Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Base de datos SASC. 2006, 2007 y 2008, cifras preliminares. [*]. Nota: la información de mortalidad evitable 2008, está en proceso de cruce de bases de datos.

En la salud infantil, la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda pasó de 4,4 a 3,2 por 100.000 menores de cinco años de 2006 a 2007. Para el 2008 no hubo ningún caso y para el 2009 el caso que se presento según el análisis que se realizo no presento fallas en las acciones que se adelantan en los Territorios de Salud a su Casa. Allí, el número de casos por este concepto se redujo de 2 a 1 en 2007. En tanto que en Bogotá D.C. la tasa de mortalidad pasó de 2, 0 a 2,6, de 2006 a 2007 y a 1,9 en 2008 [Gráfico 4]. Con lo anterior se puede concluir que hay impacto positivo de las acciones del programa encaminadas a la prevención de este tipo de mortalidad.

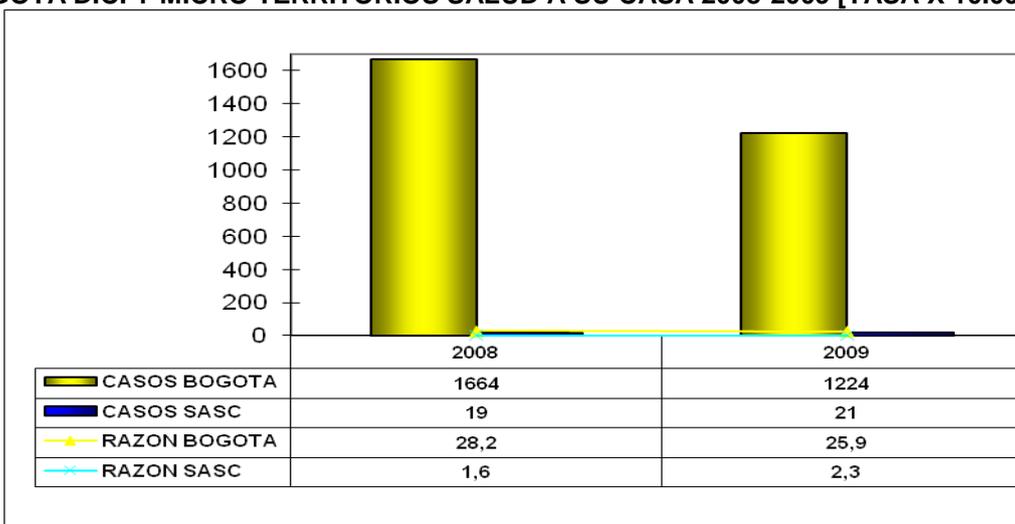
GRÁFICO 4. RAZÓN DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA BOGOTÁ D.C. Y MICRO TERRITORIOS DE SALUD A SU CASA [2.005-2.009] [*]



[*]. Nota: la información de mortalidad evitable de la vigencia 2008, en la actualidad está en proceso de cruce de bases de datos.

Otro indicador es la razón de mortalidad en menores de 5 años, que para Bogotá ha venido disminuyendo a través de los años, pasando de 30,9 por 10.000 nacidos vivos en el 2007 a 25,9 x 10,000 nacidos vivos en el año 2009. El comportamiento dentro de los niños caracterizados por el programa SASC refleja un aumento a 2,3 por 10.000 nacidos vivos para el 2009, en comparación con el 1,6 por 10.000 nacidos vivos que se presentó en el año 2008, la cual está por debajo de la distrital esto puede deberse a las acciones adelantadas desde el ámbito familiar [Gráfico 5].

GRÁFICO 5. MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS BOGOTÁ D.C. Y MICRO TERRITORIOS SALUD A SU CASA 2008-2009 [TASA X 10.000 NV]



FUENTE: Dirección De Salud Pública-Área Vigilancia en Salud Pública

Lo anterior dado posiblemente por la concentración e intensificación de acciones que hace el programa en estas zonas y que contribuyen a la reducción de la mortalidad, como son acciones de promoción y prevención, mediante la educación para la modificación de patrones de comportamiento y consumo favorables a la salud, identificación de riesgos y signos de alarma, canalización oportuna a servicios, atención en los casos requeridos y gestión y convocatoria que otros actores del sistema, dado que se trata de indicadores de ciudad que evidencian la respuesta de cada actor en el sistema para contrarrestar también factores estructurales determinantes en el medio ambiente, los servicios públicos, la infraestructura vial o las viviendas.

1.4. RECURSOS INVERTIDOS POR EL SECTOR SALUD

TABLA 1. RECURSOS INVERTIDOS EN EL SECTOR SALUD
Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud

Millones de pesos de

Prioridad / Programa / Proyecto	Acumulado 2008 - 2010		
	Presupuesto	Ejecución	% de Ejecución
1 - Ciudad de derechos	3.560.376	3.190.004	89,6
1 - Bogotá sana	437.680	432.146	98,7
2 - Garantía del aseguramiento y atención en salud	2.676.617	2.361.392	88,2
3 - Fortalecimiento y provisión de los servicios en salud	446.080	396.466	88,9
3 - Ciudad global	8.433	8.355	99,1
34 - Bogotá sociedad del conocimiento	1.312	1.289	98,2
35 - Bogotá competitiva e internacional	7.121	7.066	99,2
4 - Participación	5.734	5.718	99,7
37 - Ahora decidimos juntos	5.734	5.718	99,7
6 - Gestión pública efectiva y transparente	26.078	25.460	97,6
46 - Tecnologías de la información y comunicación al servicio de la ciudad	12.114	11.956	98,7
49 - Desarrollo institucional integral	13.964	13.504	96,7
Total SDS/FFDS	3.600.622	3.229.537	89,7

Fuente: Ejecución presupuestal, PREDIS-SDH. Datos IPC, DANE.

Las inversiones realizadas por el sector público de la salud en Bogotá D.C. durante el período junio 01 de 2008 a diciembre 31 de 2010, ascendieron a \$3.229.537 millones de pesos, con el siguiente detalle:

En Ciudad de Derechos se ejecutaron \$3.190.004 millones del 1 de junio de 2008 a 31 de diciembre de 2010 con la siguiente distribución: 432.146 millones en el Programa Bogotá Sana (13,38% del total de la inversión en salud), 2.361.392 millones en el programa de Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud (73,12% del total de la inversión en salud) y 396.466 millones en Fortalecimiento y Provisión de los Servicios de Salud (12,28% del total de la inversión en salud).

En Ciudad Global se ejecutaron 8.355 millones del 1 de junio de 2008 a 31 de diciembre de 2010 con la siguiente distribución: 1.289 millones en el Programa Bogotá Sociedad del Conocimiento (0,04% del total de inversión en salud) y 7.066 millones en el Programa Bogotá Competitiva Internacional (0,22% del total de inversión en salud).

En Participación se ejecutaron 5.718 millones del 1 de junio de 2008 a 31 de diciembre de 2010 en el Programa Ahora Decidimos Juntos (0,18% del total de inversión en salud).

Finalmente, en Gestión Pública Efectiva y Transparente se ejecutaron 25.460 millones del 1 de junio de 2008 a 31 de diciembre de 2010 con la siguiente distribución: 11.956 millones en el Programa Tecnologías de la Información y Comunicación al Servicio de la Ciudad (0,37% del total de inversión en salud) y 13.504 millones en el Programa Desarrollo Institucional Integral (0,42% del total de inversión en salud).

Con el gasto realizado en el Sector Salud, en el Distrito Capital, que asciende a \$3.229.537 millones de Junio de 2008 a Diciembre de 2010, se ha garantizado el acceso a los programas y servicios de salud, a la población pobre y vulnerable de Bogotá que no cuenta con capacidad de pago para acceder a otros medios que suplan sus necesidades de salud, con integralidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad (Principios definidos para la prestación de servicios desde el Sistema Único de Garantía y Calidad, según el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social).

1.5. ANALISIS DE LAS METAS ESTRATEGICAS DEL SECTOR

Objetivo: Ciudad de Derechos

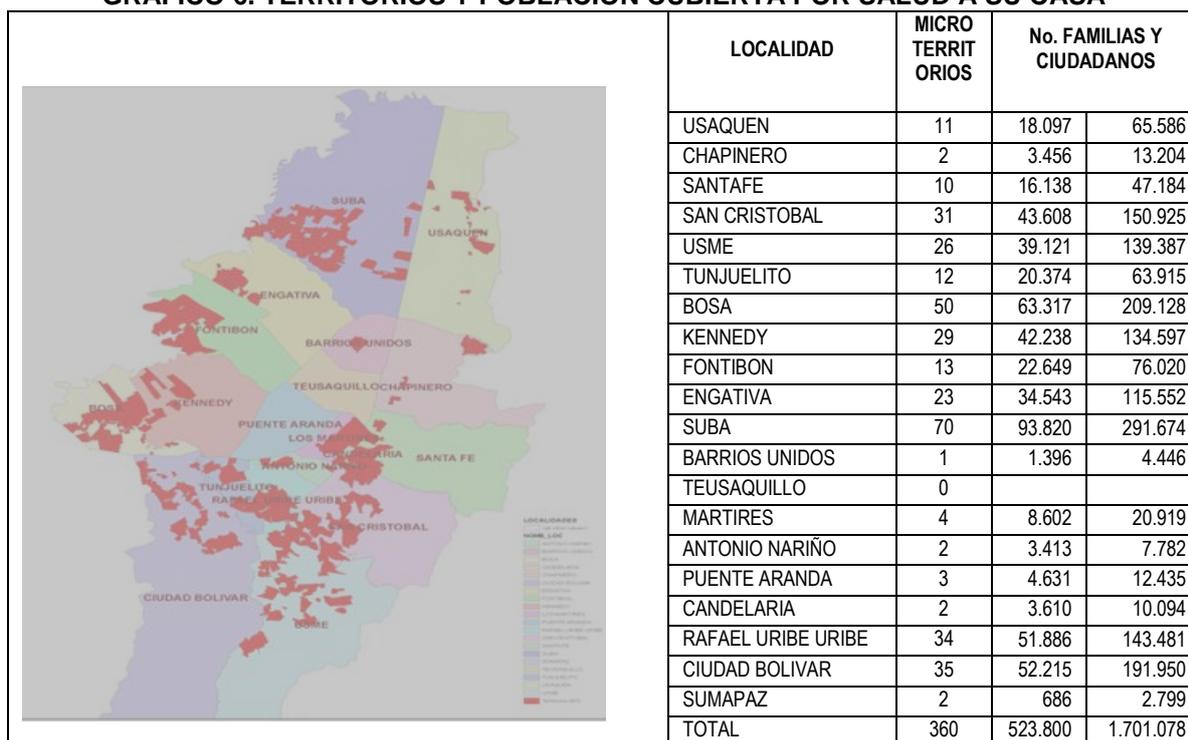
Programa: Bogotá Sana

Meta. A 2012 Cubrir 425 Microterritorios con la Estrategia Salud a Su Casa.

Meta Programada para la Vigencia 2010: 360 Micro territorios.

Lo programado para el año 2.010 fue cubrir 360 microterritorios con la estrategia de salud a su Casa, meta que se cumplió en el 100%. Los 360 Microterritorios se ubican en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad. En estos territorios se hizo caracterización y seguimiento a 523.800 familias conformadas por 1.701.078 individuos, por parte de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria, en 19 de las 20 localidades del Distrito Capital. [Ver Gráfico 6].

GRAFICO 6. TERRITORIOS Y POBLACION CUBIERTA POR SALUD A SU CASA



Fuente – Proyecto Salud a Su Casa – Dirección de Salud Pública Secretaría de Salud -2010

Las acciones realizadas de Salud a Su Casa, con los ciudadanos y familias en el año 2010 incluyeron: caracterización de individuos, familia y entornos en microterritorios nuevos; promoción de los derechos y calidad de vida para todas las familias y personas en situación de discapacidad; desarrollo de la estrategia de promoción de entornos saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional; acciones de promoción de la salud oral; promoción de acciones de protección y cuidado al menor de cinco (5) años; promoción de acciones de protección de la mujer gestante; desarrollo de acciones de intervención psicosocial con eventos de salud mental, como violencia intrafamiliar, abuso sexual, riesgo de conducta suicida y maltrato al menor; asesoría para la tenencia adecuada de animales; asesoramiento a familias para control de vectores y plagas en interiores, entre otros. Las acciones tuvieron una ejecución del 100% frente a lo programado para el 2010.

Los recursos ejecutados en el ámbito familiar, en el Proyecto Salud a Su Casa, en el año 2010, fueron \$30.083.760.263. El gasto promedio por individuo es de \$17.685 y de \$71.433 por familia. Comparado este gasto con el reportado en el año 2009 (\$22.146 por individuo y \$71.800 por familia) se identifica una disminución del 20%. La principal estrategia para el desarrollo del programa, es la contratación de los microterritorios a través de las Empresas Sociales del Estado de Primer Nivel adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Las intervenciones en el ámbito familiar, ha posibilitado la identificación de las condiciones de vida de las familias de los microterritorios que se han intervenido, trabajando directamente en el desarrollo de

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

acciones que puedan mejorar condiciones del hogar y de la comunidad, en los territorios de mayor vulnerabilidad de la ciudad. Ha permitido la adherencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que a los programas de Salud Pública que el Sector desarrolla en todos los barrios y localidades del Distrito, en especial de aquellos que se han priorizado como son los niños, las gestantes, los adultos mayores y población con discapacidad, que a su vez inciden en el cumplimiento de metas de ciudad tales como la disminución de la mortalidad infantil y materna en Bogotá.

Como evidencia del impacto logrado por las intervenciones en el ámbito familiar en 2010, se tienen:

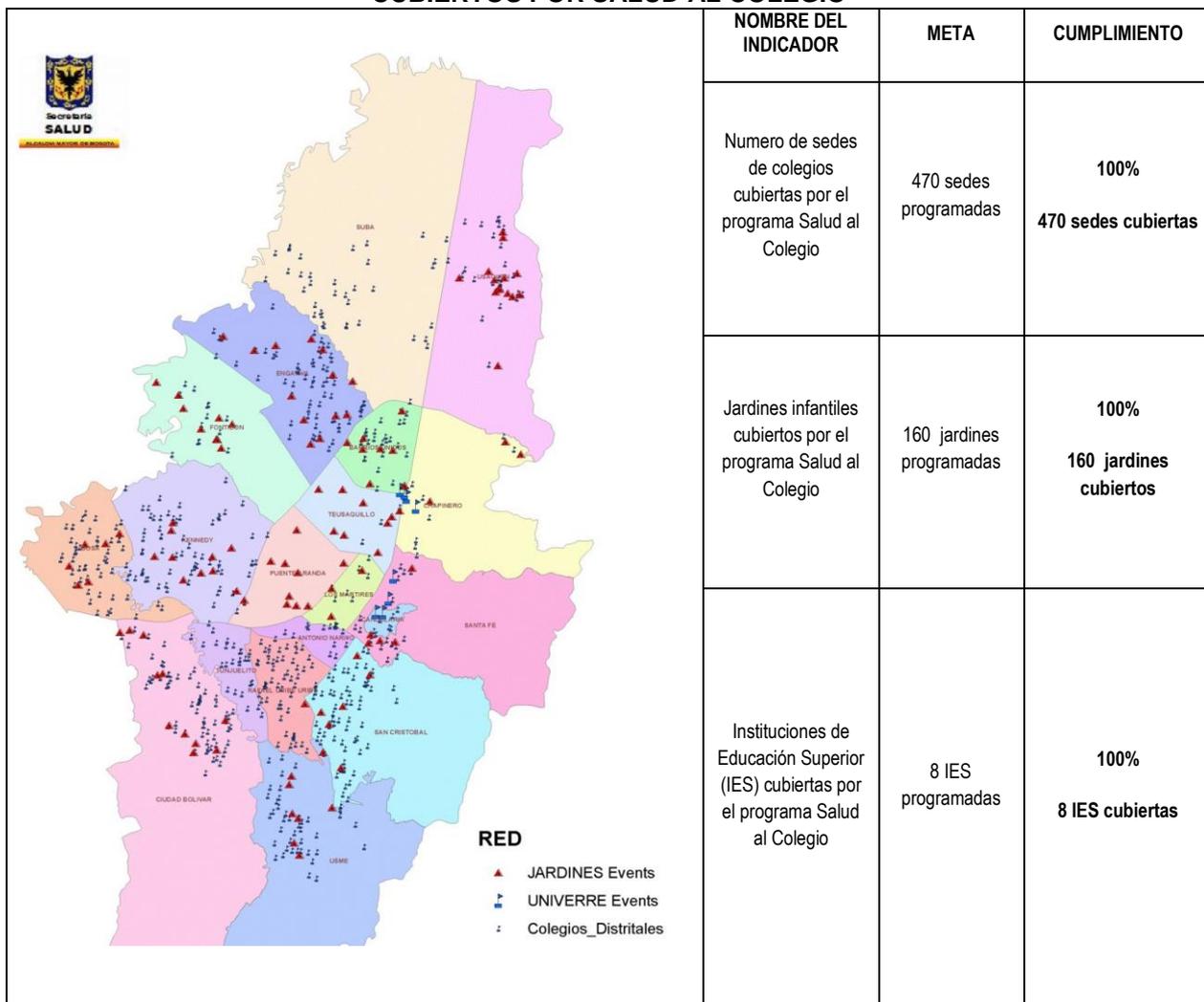
- Mantenimiento de un 76% de las familias abordadas por salud a su casa, con adherencia al programa salud a su casa, lo cual permite la continuidad de las acciones con la población en los programas de salud pública, de promoción y prevención, al igual que la canalización a servicios de salud.
- El 100% de los menores de 1 año que han sido visitados seguidos por el programa tienen coberturas útiles de vacunación, según del esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI9).
- Se ha logrado una cobertura acumulada de 78% de asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo en los menores de 5 años, de los cuales 77.269 niños recibieron las visitas de seguimiento programadas en la Estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia).
- En las gestantes durante 2010, se ha alcanzado una cobertura acumulada de 95% de asistencia a Control Prenatal. Igualmente se identificaron e incluyeron en la intervención de acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante de alto riesgo a 3.479 nuevas gestantes a las cuales se les realizó 12.487 visitas de seguimiento, aspecto que permitió identificar y controlar los riesgos de complicaciones en el desarrollo del proceso de gestación, parto y condiciones de salud del infante.
- En mujeres de 25 a 69 años se les realizó 12.659 canalizaciones a la toma de Citología Vaginal, alcanzando para este grupo de edad, una cobertura acumulada del 98,52 % de toma de citología.
- De un total de 12.139 familias abordadas con la Intervención Psicosocial en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia, 11.069 correspondientes lograron el objetivo de la intervención, es decir lograron un cambio positivo en su dinámica familiar frente al evento que influye en su salud mental y calidad de vida. Finalmente a través de los procesos de gestión de salud a su casa se dio a conocer las necesidades identificadas por salud a su casa en espacio de decisión local, como espacios de reunión de Consejos locales de Gobierno, Consejos locales de política social (CLOPS) y reuniones de rendición de cuentas
- Dado que salud a su casa se ha constituido como la puerta de entrada a los servicios de salud, porque representa el primer contacto del trabajador de la salud con las familias, ha generado varias expectativas con la población (disminución al 100% de barreras de acceso a los servicios de salud, atención domiciliaria del médico en la casa o del equipo de salud mismo, agilidad en los trámites administrativos para solicitud de servicios y vinculación a programas sociales y mayor cercanía de la IPS primaria a su vivienda, entre otras).

Dentro de las dificultades que enfrentó el Proyecto Salud a Su Casa en el año 2010, está la no asignación del total de los recursos inicialmente presupuestados para el proyecto, lo cual impidió la implementación de nuevos y que afectaron la ampliación de las intervenciones en los microterritorios, como es el caso de las acciones en entornos saludables.

Meta A 2012 Cubrir 734 sedes educativas con el Programa Salud al Colegio. Programado para el 2010 470 sedes de Colegios, 160 jardines y 8 instituciones educativas de educación superior

El programa de Salud al Colegio tuvo un cumplimiento del 100% sobre las metas definidas para la vigencia 2010, tal como se describe a continuación:

GRAFICO 7. 470 SEDES DISTRITALES, 160 JARDINES E 8 INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR CUBIERTOS POR SALUD AL COLEGIO



Fuente Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública – Secretaría Distrital de Salud - 2010

Las acciones en el ámbito escolar en el Proyecto Salud al Colegio, se llevaron a cabo a través de los las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital, lo cual permitió dar cubrimiento en las veinte localidades de la ciudad.

La población cubierta fue de 500.000 niños y niñas menores de 18 años en las 470 sedes de Instituciones Educativas Distritales de Bogotá; 25.209 niños y niñas menores de 5 años en los 160 jardines infantiles y 58.216 jóvenes mayores de 16 años en las 8 instituciones de educación superior.

Dentro del programa se cumplió con cada una de las actividades planeadas en la vigencia, cuyos y que correspondieron a:

- Desarrollo de Intervenciones en Salud Oral que se desarrollaron en 143 jardines infantiles, beneficiando 123.073 niños y niñas, encontrando que de las mismas, el 79.75% mejoró sus prácticas en salud oral.
- Intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva que se dirigieron a en adolescentes entre 10 y 19 años y en el que se tuvo una cobertura de 470 sedes de colegios y 8 instituciones educativas de educación superior, con las estrategias de promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

la población infantil, adolescente y joven, con énfasis en el abordaje integral de la violencia y el abuso sexual y la prevención del embarazo adolescente (no deseado/no planeado).

- Intervenciones en Salud Mental - Línea 106 (Amiga de Niños, Niñas y Adolescentes) que benefició 8.679 niños, niñas y adolescentes escolarizados, los cuales en su mayoría tuvieron acciones durante todo el año académico con procesos de formación en derechos y salud mental.
- Se realizó formación en habilidades sociales, actitudinales y valorativas a 3.321 docentes, 50.116 niños y niñas y 3.339 padres de familia de la comunidad educativa.
- Se trabajó con 5.052 Docentes y 3.129 padres para la prevención de las violencias como estrategia pedagógica para la respuesta ante las violencias en 414 sedes del distrito abordadas por la intervención.
- Recibieron intervención efectiva de I nivel en Salud mental 19.828 niños y niñas en riesgo de violencias y se canalizaron un total de 406 casos de conducta suicida que intervenidos en programas de atención psicosocial, en la red de pública de prestación de servicios.
- Respecto a Intervención en Psicoactivos, se realizaron 628 conversatorios con participación de 20.202 niños, niñas y adolescentes, con contenidos de la política pública de prevención de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.
- Se identificaron 10.899 niños entre los 4 y los 11 años con alteración visual, de los cuales fueron 10.438 niños fueron remitidos a valoración.
- Se realizaron talleres de sensibilización a 60 docentes sobre el reconocimiento y aceptación de la diferencia y la identificación de líderes o grupos de apoyo para los niños y niñas con dificultades en su proceso de aprendizaje.
- Se realizó acompañamiento para garantizar el derecho a la salud a niños y niñas a los 108 colegios, divulgando y sensibilizando sobre la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en el ámbito escolar. En estas instituciones se realizó acompañamiento directo a 100 niños y niñas con limitaciones permanentes, que requieren de los apoyos para su inclusión.
- Respecto a la protección a la niñez, se capacitó a 515 docentes de los diferentes jardines infantiles, privados y públicos en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, acción dirigida a jardines que atienden a niños y niñas mayores de 2 años y se realizó la identificación y caracterización de 1288 adolescentes gestantes y lactantes (familia gestante, lactante), con quienes se realizó el fomento de prácticas de autocuidado, canalización a servicios sociales (apoyo alimentario) y de salud (controles prenatales, suministro de micronutrientes).
- Finalmente 157,025 niños y niñas fueron suplementados con sulfato ferroso y micronutrientes.

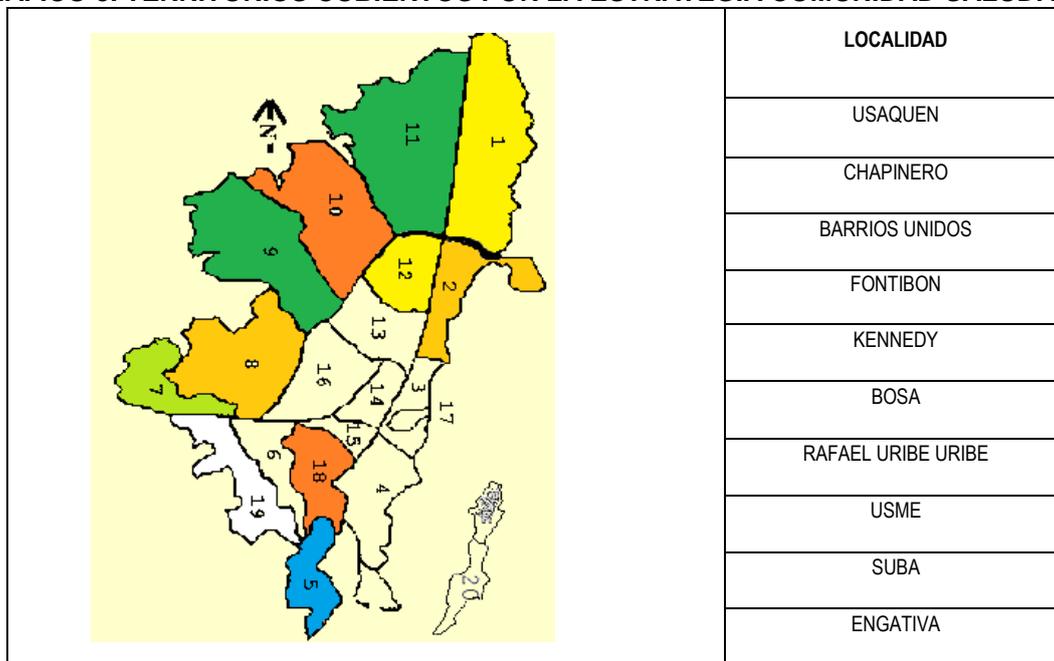
Los recursos ejecutados por el programa Salud al Colegio en el año 2010, fueron \$22.039.027.922. Con estos recursos se logró el cubrimiento 583.425 niños, adolescentes y jóvenes, con un gasto promedio de \$37.775, que frente al gasto promedio de \$39.265 de 2009, representa una disminución del 4.6%. La estrategia utilizada para el desarrollo del programa, fue a través de la contratación de las acciones de Salud al Colegio con las Empresas Sociales del Estado, en especial las de primer nivel de atención, quienes son actores institucionales que tienen presencia reconocida en cada una de las localidades de la ciudad.

El impacto del programa Salud al Colegio, se relaciona con dar solución a las problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los estudiantes terminen con éxito la etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos. Se ha incidido sobre las condiciones de salud en las instituciones educativas en las que la estrategia se ha desarrollado y en problemáticas específicas, tales como la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada, afecciones a la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva y la desnutrición.

Meta A 2012 Desarrollar en las 20 localidades una estrategia de comunidades saludables. Programado para el año 2010 Desarrollar en 10 localidades la estrategia de comunidades saludables

La estrategia de Comunidad Saludable alcanzó un cubrimiento de 10 localidades en el año 2010 [Gráfico 8], con lo cual se cumple al 100% de la meta definida para este año y un 50% acumulado de la meta de Plan de Desarrollo 2008 – 2012.

GRAFICO 8. TERRITORIOS CUBIERTOS POR LA ESTRATEGIA COMUNIDAD SALUDABLE



Fuente – Comunidades Saludables Proyecto. 627 – Dirección de Salud Pública Secretaría de Salud -2010

La estrategia de Comunidad Saludable incluyó las siguientes acciones:

- Se realizó el fortalecimiento de las redes sociales materno perinatal para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud materna e infantil; se realizó acciones de respuesta integral a los casos de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años en los diferentes ámbitos en los cuales viene interviniendo el sector salud; se llevó a cabo acciones de respuesta integral al 100% de los casos de embarazo en adolescentes entre 10 y 14 años; se diseñaron e implementaron estrategias de comunicación para promover la práctica de la lactancia materna y se realizó la Jornada Distrital y Local de Lactancia Materna
- Se llevó a cabo la consulta, concertación e implementación de acciones afirmativas en salud para la comunidad Étnica del Distrito (afro - Indígena - Rom)
- Se desarrolló un proceso de integración de los diferentes actores (cuidadoras de hogar, tenderos, vivanderos de plazas de mercado, unidades de servicio de atención alimentaria, etc.) que favoreció las condiciones para la seguridad alimentaria y nutricional.
- Se promovió el desarrollo de procesos sociales por espacios libres de humo y actividad física para el Mejoramiento de la Calidad De Vida y la salud en lo local.
- Se Efectuó recolección canina de animales callejeros, en las 20 localidades del Distrito Capital y se efectuó esterilización a hembras caninas y felinas de la ciudad como alternativa de control de la población.
- Se dio continuidad a la Estrategia de Rehabilitación basada en comunidad, en los diferentes ámbitos de vida cotidiana y demás componentes del Plan de Intervenciones Colectivas.

El presupuesto asignado para ejecutar las acciones de la meta de la estrategia de Comunidad Saludable en las 10 localidades, fue \$ 14.982.271.254 lo cual establece un gasto promedio de \$1.498.227,125 por localidad. En el año 2009 el gasto local promedio fue de \$2.803.522.756, (14.017.613.780 para 5 localidades), lo que significa que en la vigencia 2010 hubo una disminución de 46% en el gasto local.

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

Con el desarrollo de las acciones se logró beneficiar a grupos sociales y ciudadanía en condición de vulnerabilidad en las 10 localidades en las que la estrategia se llevó a cabo. El impacto directo es el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población, evidenciado en:

- 2.922 Infantes menores de 6 meses se beneficiaron con la estrategia AIEPI y 42039 con adecuada alimentación complementaria.
- 635 Grupos y Organizaciones de base comunitaria.
- 83 Grupos Gestores Comunitarios conformados en 83 Territorios Sociales – GSI- (Gestión Social Integral).
- En Etnias se logró vincular a 1202 ciudadanos, pertenecientes a 5 Cabildos de las comunidades Muisca – Inga – Kichwas – Pijaos, 35 organizaciones de comunidad afrodescendiente, 16 pueblos indígenas y 1 comunidad gitana
- 8.710 personas en situación de desplazamiento, establecidos en 26 grupos y 16 Organizaciones, de las cuales 2.416 hombres y 6.294 mujeres
- 238 Organizaciones de Jóvenes
- 25 organizaciones LGBT, 15 grupos de trabajo en Mujer y Genero, 21 Organizaciones de Base Comunitaria con temáticas de ambiente, 33 Organizaciones de persona mayor, 60 organizaciones sociales y 38 grupos de jóvenes formados en el ejercicio de derechos e incluidos en los procesos de políticas públicas en salud y en los programas específicos de respuesta a sus necesidades.
- Implementación de 52 Centros de escucha canalizando las acciones de mitigación del riesgo para población en situación de discapacidad, desplazamiento, Habitante de Calle o condiciones de riesgo en salud mental. Aquí se logró trabajar con 8710 personas.
- 220 organizaciones y grupos comunitarios en promoción de prácticas de alimentación saludable y el derecho humano a la alimentación. Con cubrimiento de 7942 personas comprendidas entre los seis y más de 60 años.
- Intervención y trabajo para acciones de protección en salud con 4.600 hombres y mujeres en ejercicio de la prostitución
- 4.373 madres de hogares comunitarios de Bienestar modalidades de atención del ICBF para la prestación del servicio público de bienestar familiar y garantía de los derechos de los niños y niñas desde los seis meses de edad hasta los cinco años.
- 37 Comedores comunitarios con procesos de educación en prácticas saludables de salud oral.

Meta - A 2012 Cubrir 10.000 empresas formales con proceso de inclusión a personas en situación de discapacidad.

La meta definida para el 2010, fue llegar 777 empresas sensibilizadas para la inclusión socio laboral de población en condición de discapacidad. La ejecución fue de 762 empresas, con lo cual se llegó a un 98% de cumplimiento sobre lo planeado lo que permitió la identificación de 442 puestos de trabajo para una posible vinculación laboral. Esta meta se ejecutó a través de la actividad de asesoría a empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector formal. Como impacto de este proceso, se logró que 90 trabajadores y trabajadoras en situación de discapacidad hayan logrado un proceso de vinculación laboral efectiva

Para el desarrollo de esta meta se ejecutaron \$442.908.617, de lo cual se establece un gasto promedio por persona o trabajador en situación de discapacidad vinculado (impacto del programa) de \$4.921.209 y un gasto de \$570.023 por unidad empresarial sensibilizada. Hubo un mejoramiento en el impacto logrado respecto a la vigencia 2009, dado que si bien se sensibilizaron 1.679 empresas en ese año (lo que significa un gasto promedio de \$370.701 por unidad empresarial sensibilizada), solo se logró vincular laboralmente 11 personas en situación de discapacidad, con un gasto promedio por persona vinculada de \$51.545.454. Es decir se disminuyó el gasto por persona en situación de discapacidad vinculada laboralmente en un 90%.

La continuidad del programa fue de un 98% dado que solo 15 de las 777 empresas con que se inició el proceso en el 2010, decidieron no continuar con el programa.

A pesar que existe un avance normativo y jurídico que promueve la inclusión socio laboral de la población en situación de discapacidad al mercado laboral formal, y que dicha condición favorece la carga impositiva de las empresas; los empresarios aún desconocen los beneficios sociales y económicos. Por lo tanto, se hace fundamental generar alianzas con los gremios empresariales con el fin de garantizar el derecho a un trabajo digno de la población en situación de discapacidad.

Meta - A 2012 Vincular 20.000 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial

En el año 2010, se tuvo como meta llegar a beneficiar a 3912 niños en el desarrollo de esta meta. El resultado obtenido en la ejecución fue de 3941 con lo cual se tuvo un cumplimiento de 100,7%. Las acciones llevadas a cabo fueron:

- 3.750 niños y niñas trabajadores escolarizados y 191 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios de salud. La meta propuesta para la vigencia 2010 se superó, debido a que los procesos de identificación y búsqueda activa realizados de manera exitosa permitieron que un número mayor de niños y niñas ingresaran al programa.
- 252 niños y niñas y sus familias identificados a los cuales se les realizó la gestión para el aseguramiento en salud de los cuales 95 obtuvieron respuesta efectiva.
- 38 niños y niñas canalizados al ICBF por encontrarse en una situación inminente de vulneración de derechos de los cuales ya obtuvieron respuesta positiva 21.
- 1.496 niños y niñas trabajadores canalizados a proyectos locales de promoción de la desvinculación laboral de los cuales ya fueron recibidos 354.
- 259 actividades de sensibilización colectiva en espacios locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil.
- 1.454 niños y niñas han sido atendidos en los programas y servicios de salud a los cuales fueron canalizados.
- 1.622 niños y niñas canalizados a la Secretaría de Integración Social, de los cuales ya fueron incluidos 224 fueron incluidos en diferentes programas de dicho sector.
- 269 niños y niñas canalizados al CADEL para gestión de cupo escolar, de los cuales 110 ya obtuvieron cupo.

La meta de Vincular 20.000 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial, tuvo una asignación de \$1.735.897.121; el gasto promedio por niño, niña o adolescente beneficiado en la meta es de \$440.471 comparado con el año 2009, en el que se tuvo un gasto promedio de \$447.656, evidencia una disminución de 1,3%.

Como impacto en el desarrollo de esta meta, de 2008 a 2010 se tiene un acumulado de 11.790 niños, niñas y adolescentes beneficiados. De estos, 6.324 niños, niñas y adolescentes trabajadores han recibido la intervención complementaria de salud mental y canalización y vinculación a programas escolares y de protección social de los niños, niñas y adolescentes trabajadores, inciden directamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población en la ciudad. En el 2010 se logró que 2.259 niños y niñas fueran desvinculados del trabajo.

La tasa de trabajo infantil ha venido disminuyendo de manera sustancial en el Distrito y es evidente la adecuada articulación intersectorial que se realiza para el abordaje de la problemática. Durante dos períodos consecutivos la Procuraduría General de la Nación ha premiado al Distrito con la categoría muy superior por su Gestión. Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo y el impacto negativo de esta situación en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas es evidente. En el marco del III encuentro Internacional de trabajo infantil que organizó la fundación Telefónica en Bogotá, el Alcalde mayor de Bogotá, recibió un reconocimiento a la gestión frente a la prevención y erradicación del trabajo infantil durante su gobierno entregado por la Procuraduría, la OIT y el MPS.

Las problemáticas y dificultades que afectan el desarrollo de esta meta consideran la alta movilidad de las familias de niños, niñas y adolescentes trabajadores por sus condiciones socioeconómicas que dificultan la continuidad de los procesos, los Riesgos de seguridad para los referentes locales responsables de la intervención de trabajo infantil por los intereses socioeconómicos que giran en torno de la problemática.

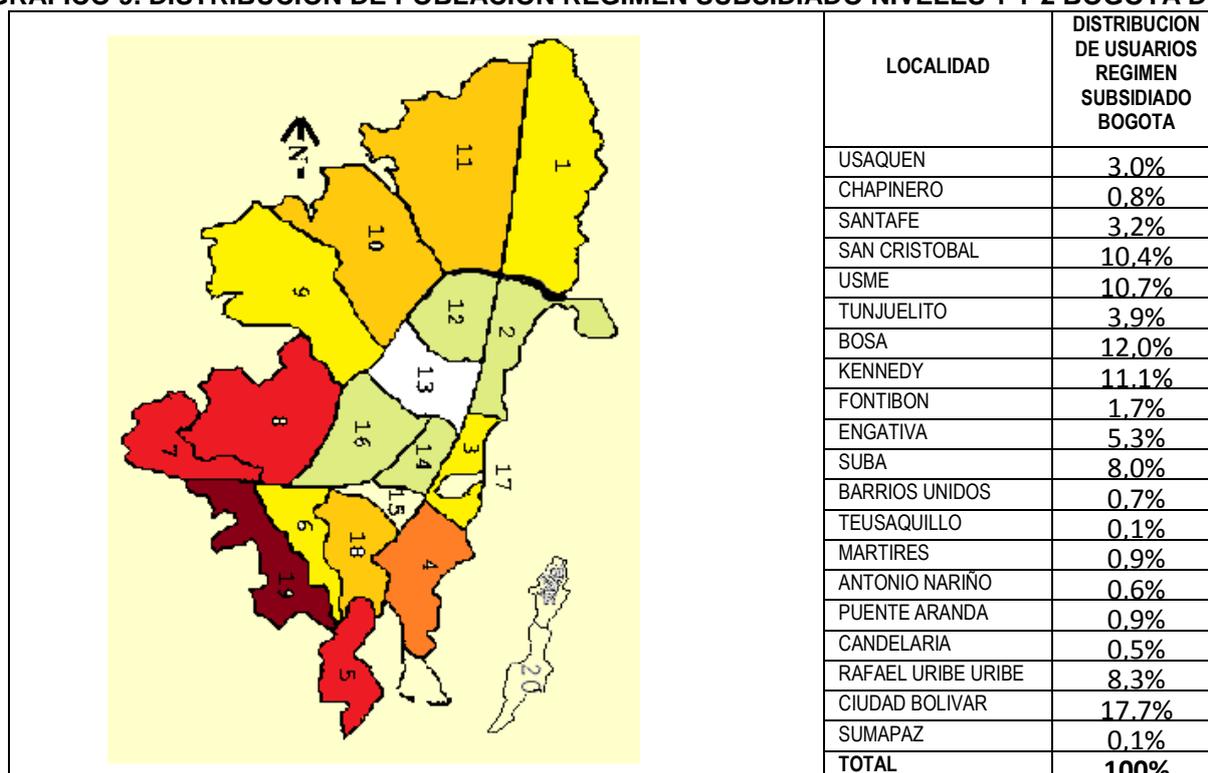
Objetivo: Ciudad de Derechos

Programa: Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud

Meta - A 2012 Incrementar en un 52% las personas afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud Para el 2010 se estableció afiliar a 250.000 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado, por ampliación de cobertura y/o por reemplazos y Garantizar la continuidad de 1.608.495 afiliados al Régimen Subsidiado.

El número de nuevos ciudadanos afiliados al Régimen subsidiado durante el 2010 fue de 204.630, el 49% de las afiliaciones se realizaron a través del proceso de Asignación Directa. Con respecto al número total de afiliados al régimen subsidiado se presentó incremento del 3% respecto al 2009, equivalente a 1.309.008 afiliados. En el Gráfico 9 se presenta la distribución de la población perteneciente al régimen subsidiado en Bogotá.

GRAFICO 9. DISTRIBUCION DE POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO NIVELES 1 Y 2 BOGOTA D.C.



Fuente – Dirección de Aseguramiento - Secretaría de Salud -2010

La afiliación de la población especial presentó un incremento de 17% durante el año 2010 con relación al año 2009:

- Población Especial.
 - o Población Infantil ICBF: 6.743 afiliados
 - o Población en desplazamiento: 78.073 afiliados
 - o Población indígena: 5.193 afiliados
 - o Población desmovilizada: 4.567 afiliados
 - o Población ROM 119 afiliados
 - o Población Habitante de la Calle: 6.278 afiliados.

El total de Atenciones prestadas en el régimen Subsidiado fue 2.304.470.

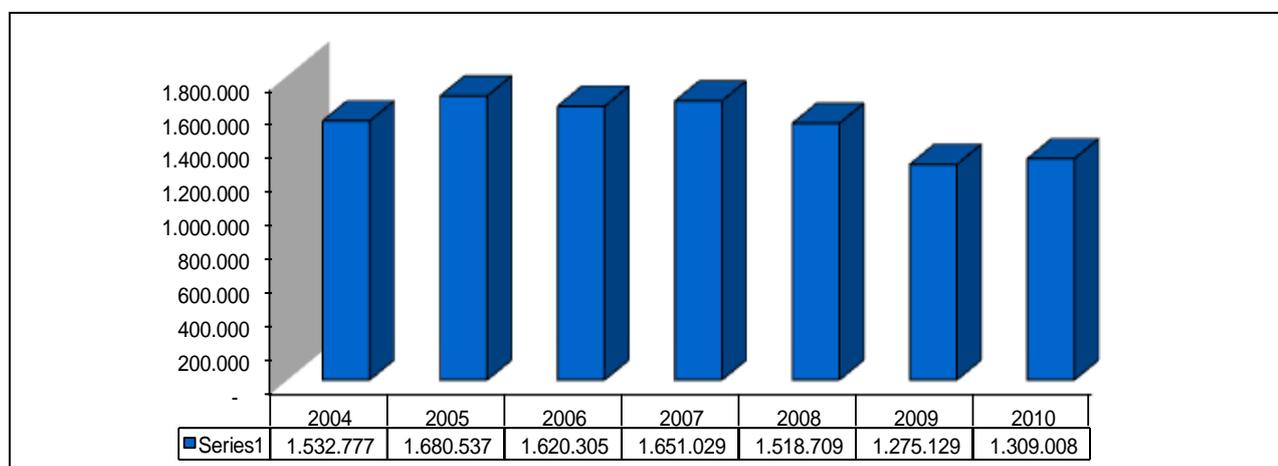
En la Tabla 2 se presenta la población con continuidad del Régimen Subsidiado de los años 2009 y 2010 y en el Gráfico 10 el comportamiento de la afiliación desde el 2004 al 2010.

TABLA 2 POBLACION CON CONTINUIDAD DEL REGIMEN SUBSIDIADO BOGOTA 2009 Y 2010

AÑO / NIVEL	2009	2010
NIVEL 1	592.993	596.825
NIVEL 2	550.935	545.908
NIVEL 3	45.707	60.825
NIVEL 4	8	11
NIVEL 5	0	2
NIVEL 6	0	0
POBLACIONES ESPECIALES	81.848	95.961
SIN INFORMACION	3.638	7.467
TOTAL	1.275.129	1.309.008

Fuente – Dirección de Aseguramiento - Secretaría de Salud -2010

GRAFICO 10. POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO BOGOTA D.C.



Fuente – Dirección de Aseguramiento - Secretaría de Salud -2010

Las localidades que concentran la población del Régimen Subsidiado son las del sur de la Ciudad Bolívar, Usme, Bosa y Kennedy, que representan el 51,5% de esta población.

En la siguiente tabla se presenta la población que ingreso al Régimen Subsidiado en los años 2008 – 2010:

TABLA 3 INGRESO DE NUEVOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO AÑOS 2008 A 2010

AÑO	LIBRE ELECCION	ASIGNACION DIRECTA	NACIMIENTOS	TUTELAS	AMPLIACIÓN	TOTAL
2008	0	0	0	0	46.221	46.221
2009	83.795	106.892	27.074	6		217.767
2010	175.598	77.51	21.278	3		204.630
TOTAL	259.393	327.363	78.482	9	46.221	468.618

Fuente – Dirección de Aseguramiento - Secretaría de Salud -2010* 2008: 183.196 personas nuevas que ingresan al régimen subsidiado por reemplazos. 2009: Se incluye el reporte de tutelas a partir del mes de octubre, de enero a septiembre hubo 39 tutelas. Lo anterior para realizar el seguimiento financiero más detallado.

Para el ingreso de los 204.630 nuevos afiliados al régimen subsidiado se realizó una inversión total de \$63.733.568.688 lo que equivale a \$311.457 como costo por persona afiliada,

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

A 31 de diciembre de 2010, se logró la continuidad de 1.309.008 ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud del Distrito Capital, con una inversión de \$407.700.490.061, lo cual equivale de igual forma a un costo de \$311.457 por persona en el régimen.

La CRES - Comisión de Regulación en Salud a través del Acuerdo 11 de 29 de Enero de 2010, definió la Unidad Por Capitación Subsidiado (pago por ciudadano afiliado reconocido por el Estado en el Régimen Subsidiado) en \$289.728., que representa el 92% del costo por afiliado de este régimen en Bogotá.

Como impacto de las acciones de esta meta, se garantiza el acceso al aseguramiento en salud de la población pobre y vulnerable de la ciudad. A través del acceso al aseguramiento se garantiza la prestación de servicios de salud a través de la red prestadora de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y que se ve representado en 2.304.470 atenciones prestadas.

Como dificultades para el desarrollo de esta meta está los ajustes los cupos de contratación, a partir de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA, y que determinó que fueran 1.309.008 ciudadanos afiliados al Régimen Subsidiado los que tuvieran continuidad en el Distrito Capital. Por otro lado, las encuestas SISBEN avaladas por Planeación Nacional, tienen un atraso de validación de más de 5 meses y más (El último reporte que se tiene esta con fecha de julio de 2010).

Meta Mantener la cobertura en servicios de salud para el 100% de la población pobre no asegurada y atender gratuitamente el 100% de las personas menores de 5 años, mayores de 65 y en condición de discapacidad severa, que pertenezcan al régimen subsidiado y estén clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN

En el año 2010, se atendió el 100% de los servicios demandados por la población vinculada o población pobre no asegurada; la población menor de 5 años, mayor de 65 años y en condición de discapacidad de forma gratuita y de la población afiliada al régimen subsidiado por eventos No POS. En la Tabla 4 se presenta la cantidad de ciudadanos y ciudadanas atendidos en cada caso:

TABLA 4 INDIVIDUOS Y ATENCIONES POBLACION VINCULADA 2010

POBLACION	Resultados Vigencia 2010
Población menor de 5 años atendida con gratuidad	5.298 Personas
Población mayor de 65 años atendida con gratuidad	37.808 Personas
Población con discapacidad severa atendida con gratuidad	499 Personas
Población vinculada atendida por subsidio de la oferta	415.152: personas
Afiliados al Régimen Subsidiado atendidos por procedimientos No POSS	174.237 individuos

Fuente – Dirección de Aseguramiento - Secretaría de Salud -2010

El gasto promedio por el programa de gratuidad en salud para menores de 5 años, mayores de 65 y población con discapacidad fue de \$43.605 por persona. El gasto promedio por atender ciudadanos y ciudadanas en Bogotá, de población pobre no asegurada o que requirieron procedimientos no pos, fue de \$589.389. Este valor está por debajo del gasto en salud de algunos países de la región como Uruguay y Chile (\$704.850 y \$638.175 respectivamente) y por encima de países como Argentina, y Venezuela (\$506.730 y \$ 310.515 respectivamente). El promedio de la región es de \$365.760³

El impacto principal en la ejecución de la meta de mantenimiento de cobertura de servicios de salud para el 100% de la población pobre no asegurada, corresponde a la eliminación de las barreras de acceso que enfrenta esta población en el servicio de salud. La barreras de acceso más relevantes que se tramitaron durante el año 2010 fueron en su orden la dificultad en el acceso a los servicios de salud Por inconsistencias en los sistemas de Información, procesos de aseguramiento y cambios constantes de la Normatividad en el 52% de los casos (1401) y dificultades y demoras en la prestación de servicios POS-S 19 % aprox. (515 casos).

³ Estudio Sectorial Salud- Anuario Estadístico CEPAL 2009.

En todos los casos se revisaron los procesos y condicionantes de las barreras de acceso, a fin de propiciar acciones para la eliminación de las mismas; estas acciones se trabajaron con la Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

En el año 2010 hubo 3.761.024 de atenciones en salud a los Bogotanos, tanto

Objetivo: Ciudad de Derechos

Programa: Programa: Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud

Meta - Ejecutar el 40% de las obras del Plan Maestro de Equipamientos en Salud y realizar y seguimiento al 100% de los mismos y Dotar el 100% de las infraestructuras nuevas de la red pública adscrita a la Secretaría del Distrital de Salud

En el año 2010, se ejecutaron al 100% las obras y actividades programadas en el año 2010, los cuales consistieron en:

En infraestructura.

- Adición convenio para la adecuación del servicio de medicina interna del Cami del Hospital de Fontibón.
- Ejecución del convenio con el Hospital Nazareth para adquisición, adecuación, remodelación y dotación de la infraestructura de la Sede Administrativa.
- Construcción y dotación Nueva Sede Hospital Bosa II Nivel San Bernardino.
- Convenio con el Hospital de Usme, para la cooperación técnica y financiera para construcción y hospital de segundo nivel de Usme.
- Convenio con el Hospital de Fontibón para la obra nueva por reposición y reubicación del Upa San Pablo, ubicado en la zona franca.
- Se inicia
- Se adjudicaron los contratos de obras e Interventoría para la reposición del CAMI Chapinero, en el marco de la norma del Banco Mundial.
- Entrega a la comunidad de la Sede el Guavio - Hospital Centro Oriente.
- Se adjudicó la Interventoría para la Construcción de la Upa los libertadores.
- Se suscribieron los contratos de obras e Interventoría para el Reforzamiento y la Ampliación del Hospital Occidente de Kennedy, en el marco de la norma del Banco Mundial.
- Apertura de la Licitación Pública Nacional para la construcción de la UPA Libertadores.
- Apertura de los procesos de obras e Interventoría, a través de la Licitación Pública Nacional, para la Construcción de la Upa Antonio Nariño y el Reforzamiento Estructural del CAMI Pablo VI Bosa.



CLINICA FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS



HOSPITAL EL GUAVIO II NIVEL

En dotación

Convenio con el Hospital de Simón Bolívar para el desarrollo del Centro de Referencia Distrital en Rehabilitación Funcional y Atención del Adulto Mayor en las instalaciones de la Clínica Fray

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

- Se realizó la reposición de los equipos del área de esterilización de las Unidades de cuidados intermedios del Hospital Santa Clara III Nivel de Atención.
- Se realizó la reposición y adquisición de la dotación de los equipos biomédicos para las áreas de pediatría, urgencias, unidades de cuidados intermedios y imagenología del Hospital Tunal III Nivel de Atención.
Hospitalización, psiquiatría y consulta externa del Hospital de Occidente de Kennedy III Nivel de Atención.
- Se llevó a cabo la dotación de la Sede el Guavio - Hospital Centro Oriente.

Los recursos ejecutados en el año 2010 fueron \$142.801.728.778, los cuales se comprometieron el 86%.

Con el desarrollo de nueva infraestructura hospitalaria y el mejoramiento de la existente en el Distrito Capital, se logra el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad, a través de la ejecución de las obras de las infraestructuras Físicas de las E.S.E. Se incide directamente en indicadores de oportunidad y cobertura de los servicios de salud en las localidades de Mártires, Santafé, Candelaria, San Cristóbal, Kennedy, Chapinero, Bosa, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme.

Las dificultades para el desarrollo de las obras de infraestructura hospitalaria corresponde a demoras en la emisión de conceptos técnicos "Resoluciones Licencias de Construcción y demás permisos ante otras Entidades para la ejecución de los diferentes Proyectos, lo cual incide a su vez en los tiempos de ejecución de los proyectos.

Meta - Mejorar en cinco (5) minutos el tiempo de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria.

Para 2008 el tiempo de respuesta era de 15 minutos promedio de respuesta a incidentes de emergencias que requirieron atención pre-hospitalaria; a diciembre 31 de 2010, el tiempo de respuesta promedio fue de 13 minutos con 42 segundos.

Durante el año 2010 se recibieron en promedio mes 58.000 incidentes por la línea de emergencia 123 - componente salud, de los cuales el 36% fueron identificados como duplicados, el 14% correspondieron a asesorías e intervenciones en situaciones de urgencias médicas o psicológicas y un 6 % se identificaron como competencia de otros sectores.

Del total de incidentes conocidos, (695.531), el 44% requirieron un despacho de vehículos de atención pre-hospitalaria (289.029)

De acuerdo al tipo de atenciones por vehículo de emergencias el 61% de los casos fueron atendidos por ambulancias básicas, el 16% por ambulancias medicalizadas, el 8.1% por vehículos de respuesta rápida (motos) y el 4.3% por ambulancias neonatales, entre otros.

El costo total del Programa de Atención Pre hospitalaria para el año 2010 fue de \$ 40.521.314.390. De acuerdo con los despachos realizados, el costo promedio por atención fue de \$135.010. Según el manual tarifario SOAT, para el año 2010, incluido en la actualización para el respectivo año de la Decreto 2423 del 2006, expedido por la Presidencia de la República, la tarifa individual de Atención pre hospitalaria por paciente fue de \$264.500, resultados que demuestran el costo beneficio positivo del programa para la ciudad.

El programa de Atención Pre Hospitalaria manejado por la Dirección Centro Regulador de Urgencias (DCRUE), ha garantizado una atención oportuna, integral y efectiva que ha contribuido a disminuir la morbilidad, la mortalidad y las barreras de acceso a los servicios de salud de 403.408 de personas a los cuales se les brindo el servicio tanto con el despacho e intervención de ambulancias como de asesorías o intervenciones en situaciones de urgencias médicas o psicológicas.

Se realizó un análisis de comportamiento de los tiempos de respuesta del programa de atención pre hospitalaria, encontrándose factores externos que afectan directamente el tiempo de respuesta como son principalmente el tiempo de transferencia de la llamada del Numero Unico de Atención de Emergencias 123 a la Dirección DCRUE y Condiciones de las vías y flujo vehicular de las principales avenidas de Bogotá.

Meta - Crear una EPS Distrital

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

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

Meta - Al 2012 poner al servicio de la comunidad el primer Banco público de tejidos y células del país

Bogotá cuenta con Banco de Tejidos y Células gestionado y administrado por la Secretaría Distrital de Salud. En el 2010 las actividades planeadas del Banco de Tejidos y Células fueron ejecutadas en un 100%. Se rescataron, procesaron, preservaron y almacenaron 91 corneas y 12864 cm² de piel). Se distribuyeron 52 corneas para trasplante y 7372 cm² de piel para implante.

Por otro lado, se realizó la readecuación física de áreas físicas, de instalaciones de aires, eléctricas, funcionales, adquisición de equipos especializados de alta tecnología y se fortaleció el trabajo interinstitucional con el Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, INVIMA y Bancos de células de cordón para la estructuración del manual técnico que tendrá el objeto de regular, vigilar y controlar los Bancos de Sangre de Cordón Umbilical en Colombia

En esta meta se ejecutó un presupuesto correspondiente a \$1.154.713.212 destinados en su mayoría a la adquisición de equipos de alta tecnología, contratación de recurso humano especializado, adecuación de áreas físicas, instalaciones, eléctricas, hidráulicas, sistemas de aireación, funcionalidad del banco de tejidos y banco de células madre de cordón umbilical y laboratorio de inmunogenética aplicada a trasplantes. El presupuesto ejecutado del Banco de Tejidos de Bogotá, es menor comparado con el de otros bancos de tejidos del mundo; por ejemplo el presupuesto del Banco de Tejidos del Estado de México anualmente es de \$1.680⁴ millones (referente regional) y el presupuesto del Banco de Tejidos de Cataluña que anualmente es de \$184.000 millones (referente mundial).



BANCO DE TEJIDOS Y CELULAS



⁴ <http://www.infosap.com.mx/Actividad/Legislacion/presupuesto/pdf/LEY-154.pdf>

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

El Banco Distrital de Tejidos Humanos inició su operación después de realizar un proceso de validaciones para asegurar la calidad y seguridad en los procedimientos y los productos a distribuir en las IPS de la Ciudad. Ya opera en su primera fase con tejidos de piel y córneas y se han distribuido a las IPS que lo han requerido.

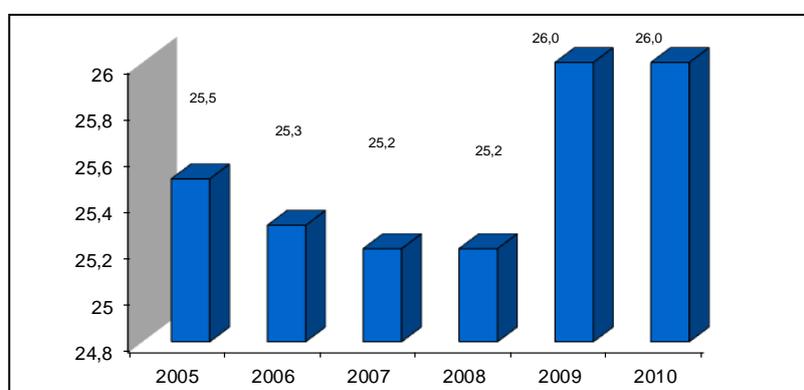
El banco Distrital de tejidos humanos ya está distribuyendo corneas para trasplante, disminuyendo la cantidad de pacientes en lista de espera y suplió necesidades de piel para pacientes que lo necesitaron en el 2010.

Aunque en el país existen algunos datos sobre la demanda y oferta de tejidos no existen estadísticas completas y confiables sobre la necesidad y utilización de tejidos que permitan determinar los volúmenes reales de necesidades, y sus proyecciones a futuro.

Meta - A 2012 aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada mil habitantes

Se logró un índice de Donación de sangre de 26,0 x 1000 habitantes, correspondiente a 191.797 unidades colectadas en el Distrito Capital por los 16 bancos de sangre y un total de 296.317 hemocomponentes transfundidos [Gráfico 11].

**GRAFICO 11 TASA DE DONACION DE SANGRE POR 1000 HABITANTES
HEMOCENTRO DISTRITAL**



Fuente – Dirección de Desarrollo de Servicios - Secretaría de Salud -2010

El Banco de Sangre del Homocentro Distrital colectó y procesó en 2010 38.366 unidades de sangre, con casi el 94% de donantes voluntarios y reactividad de 4,85% cuando en el 2009 era de 6,2% (reacciones adversas o complicaciones en el proceso de donación).

Esta meta se consiguió gracias a las estrategias de coordinación de Jornadas Distritales de Donación Voluntaria de Sangre, aplicación de estrategias publicitarias como las de publicidad en Transmilenio, plegables informativas y comunicadas de prensa. Además, se diseñaron y facilitaron cursos de formación y capacitación a comunidades, líderes comunitarios, coordinadores de servicios de transfusión y directores de bancos de sangre y cursos dictados a líderes comunitarios

Se despacharon desde el Homocentro, 65.901 componentes sanguíneos, supliendo la demanda un 88,8%

En el fortalecimiento de la Red Sangre, se ejecutó un presupuesto de \$ 275.153.153 con lo cual el presupuesto promedio por unidad colectada y procesada fue de \$7.171 muy por debajo del promedio de países de América Latina que puede oscilar entre los 10 y 20 dólares⁵

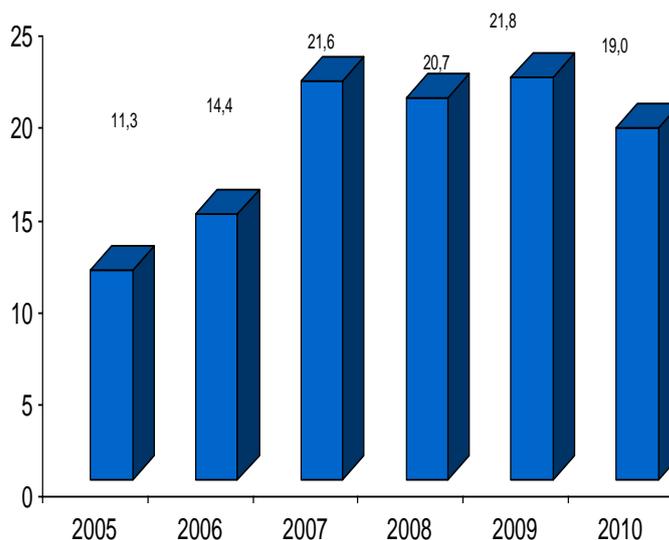
Tanto con el Homocentro Distrital como con los 16 Bancos de Sangre se beneficiaron fueron 193.907 pacientes que requirieron componentes sanguíneos en las Instituciones prestadoras de servicios de salud y fueron transfundidos.

⁵ Guía para la Estimación de Costos de Regionalización de los Bancos de Sangre – Organización Panamericana de la Salud 2002/2005.

Meta - A 2012 aumentar la tasa de donación de órganos y tejidos a 28 por cada 1.000.000 de habitantes

Se consiguió una tasa de Donación de Órganos y Tejidos: 19 DPMP (Donantes por millón de población), alertas atendidas: 131 con 138 donantes para 371 trasplantes: (Hígado, Riñón, Corazón). Se realizaron 175 capacitaciones, se carnetizaron 6711 personas como donantes voluntarios de órganos y tejidos y se realizó la Validación de la Lista de Espera: 100% (675 pacientes) [Gráfico 12]

GRAFICO 12 TASA DE DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS POR 1.000.000 HABITANTES



Fuente – Dirección de Desarrollo de Servicios - Secretaría de Salud -2010

En esta meta se ejecutó un presupuesto para la Coordinación de la red de donación y trasplantes de \$478.858.472 que permitió ejecutar las actividades obligatorias por norma, la regulación de trasplantes en la Regional No. 1 y con operación de 24 horas.

Con el trasplante de órganos, tejidos y células, se han beneficiado diferentes individuos permitiendo no sólo rescatar su vida, sino incorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo. Durante el 2010 se han beneficiado 374 personas, de las cuales, 278 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 11 pacientes con trasplante de corazón, 3 pacientes con trasplante combinado de riñón e hígado y 82 pacientes con trasplante de hígado.

METAS DE CIUDAD

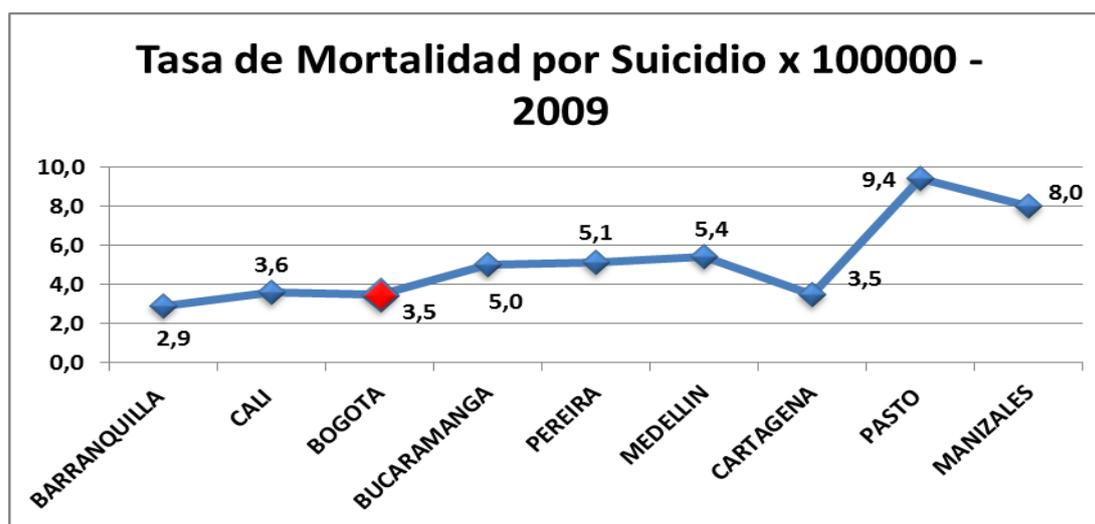
Las metas de ciudad del sector salud, son un directo reflejo del mejoramiento de las condiciones de salud y de calidad de vida de la ciudadanía del Distrito Capital. Son metas que reflejan la **efectividad o impacto de las políticas, planes, programas y proyectos de salud** y por lo tanto un mejoramiento en el comportamiento de las mismas, evidencian el éxito de las estrategias que el sector viene desarrollando para la ciudad.

Meta - Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes

Durante los últimos 3 años la Administración Distrital y la Secretaría Distrital de Salud han avanzado en lograr la meta programada, es así como en el 2008 la meta fue de 3,6 por 100.000 habitantes y se logra a 2010 con los datos preliminares de Medicina Legal a 31 de Diciembre a 3.5 por 100.000, por debajo de indicadores de la mayoría de las ciudades de Colombia [Gráfico 13]. Las acciones que aportaron al logro de esta meta fueron:

- La Dirección Central de Regulación de Urgencias y Emergencias DCRUE atendió aproximadamente 600 llamadas referenciadas por alguna manifestación de conducta suicida como ideación, amenaza e intento suicida, los cuales se atendieron mediante intervención psicológica especializada.
- Desde el ámbito escolar se incorporó a la estrategia de Salud al Colegio la intervención de apoyo psicosocial a factores de riesgo de la conducta suicida, donde se logró identificar 364 casos de conducta suicida que fueron canalizados a las actividades de la intervención psicosocial.
- Desde el ámbito familiar se realizó intervención psicosocial a 2651 casos de manifestación de conducta suicida.
- Se realizó el monitoreo permanente del comportamiento de la conducta suicida desde los casos no fatales con ideación, amenaza, intento de suicidio y los casos de suicidio consumado.
- En los programas de prestación de servicios de salud con las Empresas Sociales del Estado, se intervinieron 1.855 familias con riesgo de conducta suicida.

GRAFICO 13 COMPARATIVO TASA SUICIDIO CON OTRAS CIUDADES DE COLOMBIA



Fuente – Organización Panamericana de la Salud 2010

Para 2010 se reportaron un total 234 de casos de suicidio para un total de 19 casos menos que el año anterior a la fecha (Fuente: Datos preliminares del Instituto de medicina legal y ciencias forenses - (INMLC))

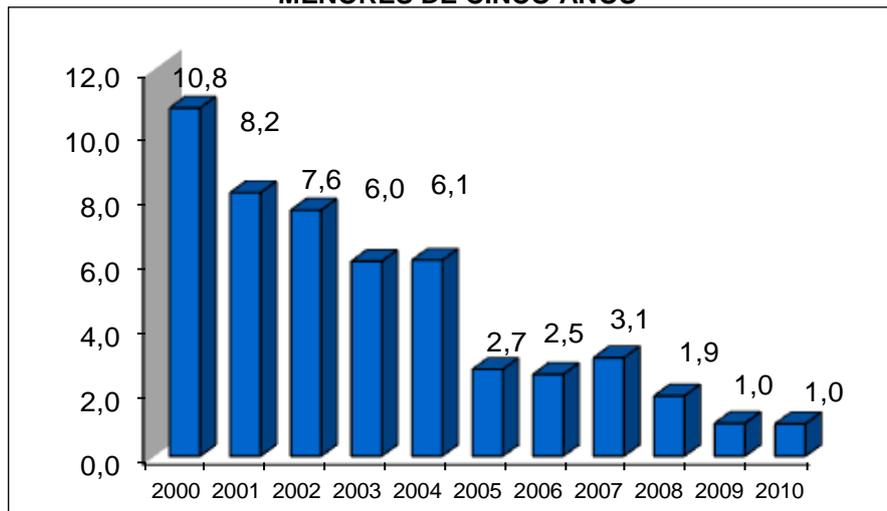
Reducir a 1 la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda

La tasa de mortalidad por EDA expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. Los datos de Mortalidad junto con la construcción de las metas Distritales se vigilan a través del Sistema de Información de Estadísticas Vitales desde el componente de mortalidad por EDA.

En el 2009 y 2010 se presentó una tasa de 1.0 (n=6 casos) por 100.000 menores de 5 años. [Gráfica 14]. Es de resaltar que estos datos son preliminares y se encuentra en proceso de depuración por parte del DANE de manera acorde a los protocolos establecidos para el proceso.

Para el 2010 se observa que las localidades que reportaron este evento con una tasa por encima de la Distrital, fueron Ciudad Bolívar con una tasa de [3.2 x 1000.000 menores de 5 años], seguida por las localidades de Usaquén [3.0 x 1000.000 menores de 5 años], San Cristóbal [2.2 x 1000.000 menores de 5 años], Bosa [2.1 x 1000.000 menores de 5 años] y Suba [1.3 x 1000.000 menores de 5 años]. Al calcular el riesgo de morir de acuerdo a la localidad de residencia se observa que en Ciudad Bolívar existe 3.2 veces más riesgo así como 3.0 veces más riesgo en la localidad de Usaquén, 2.2 riesgo en San Cristóbal, 2.1 en Bosa y 1.3 riesgo en Suba.

GRAFICO 14 TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA EN BOGOTA POR 100.000 MENORES DE CINCO AÑOS



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

Principales aspectos que influyeron en su comportamiento

La secretaria Distrital de Salud, realiza análisis de mortalidad, evidenciando desconocimiento de los deberes y derechos en salud por parte de los usuarios, fallas en la identificación de signos de alarma frente a estas patologías, fallas en el seguimiento nutricional, fallas en la integralidad de la atención de la patología, desconocimiento de los factores de riesgo, baja adherencia a servicios de salud con ausencia de controles prenatales y controles de crecimiento y desarrollo y la vulnerabilidad de las viviendas donde habitan, la ausencia de servicios públicos, poca ventilación, humedad. De igual manera se han evidenciado barreras geográficas, en la atención, remisión y débil adherencia a los programas de prevención y promoción, así como algunos factores culturales y dificultades económicas que limitaron el desplazamiento de niño (a) al servicio de salud.

Por último se observó dificultades en la atención integral de la patología, donde no se indaga por antecedentes y consultas previas relacionadas que implicaran un aumento de riesgo para la complicación por la EDA, igualmente se observó demora en toma de decisión para la remisión y presencia de infecciones intrahospitalarias.

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

- Se continuó con la vacunación contra Rotavirus, beneficiando con segundas dosis a 109.311 niños y niñas menores de un año de edad en menores de seis meses, alcanzando así una cobertura de 91.3% para este biológico. De igual forma, se encuentra en constante fortalecimiento la vigilancia epidemiológica tipo centinela de EDA.
- La Secretaría de Salud mantiene vigilancia frente a la calidad de agua de consumo humano en Instituciones públicas en general, así como garantiza la intervención en brotes por EDA, casos probables de cólera, fiebre tifoidea y paratifoidea en instituciones educativas, albergues, hogares y jardines infantiles como en vivienda según la necesidad de la comunidad.
- Se brinda asesoría en el manejo y preparación de alimentos como en medidas preventivas para evitar la propagación de casos. Por último, los esfuerzos se han encaminado hacia el fortalecimiento de un proceso integral con las diferentes estrategias como son: Acciones Integrales para la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI] e Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia [IAMI]⁶, ámbitos de vida cotidiana, aseguradoras contributivas, subsidiadas y las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] de la red adscrita y no adscrita. De acuerdo

⁶ Todas las acciones encaminadas a la promoción y prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda se encuentran inmersas dentro de los componentes tanto de AIEPI clínico como comunitario consolidando una sola actividad.

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

con lo anterior las acciones de capacitación e inducción al equipo interdisciplinario de las ESE son iguales para el manejo de este indicador ya que se enmarcan dentro de las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI.

- Teniendo en cuenta la alerta nacional por la presencia de casos de cólera en Haití, se intensifica la vigilancia por EDA y vigilancia de factores de riesgo ambiental [ETAS], con el fin de minimizar la presencia de casos o la transmisión.

Resultados Alcanzados 2010

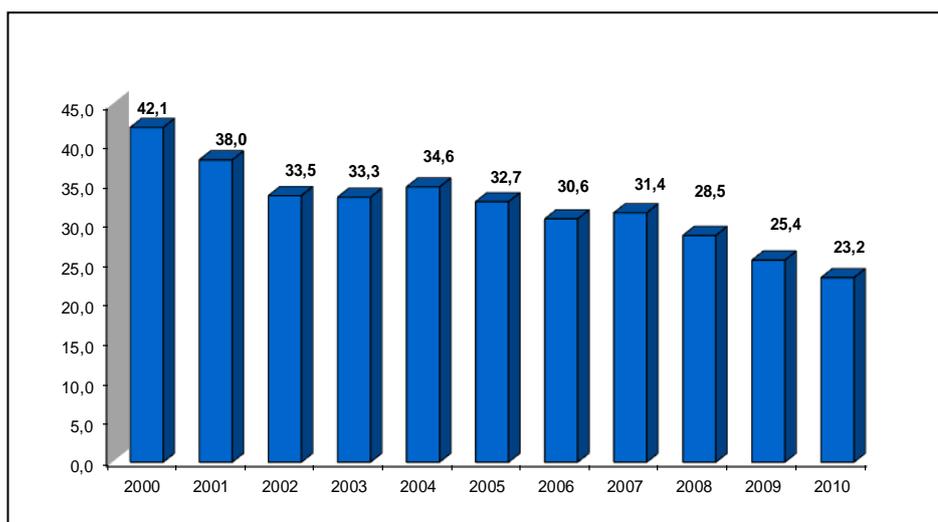
Dentro de los factores favorecedores de la reducción de este evento están la mayor accesibilidad a los servicios de salud, el aumento en las coberturas de los programas de promoción y prevención, el mayor aprendizaje del manejo de la patología por parte de los ciudadanos, la identificación oportuna de los signos de alarma como resultado del trabajo directo con padres, madres de familia y cuidadores de los niños y niñas en los ámbitos familiar, jardín infantil, comunitario e instituciones prestadoras de servicios de salud.

Los esfuerzos se han encaminado hacia el fortalecimiento de un proceso progresivo de trabajo en la implementación de las Estrategias Acciones Integrales para la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia [IAMI], Instituciones Amigas de la Familia y de la Infancia [IAFI] en los diferentes ámbitos de vida cotidiana como son el familiar, escolar, IPS y comunitario. Así mismo, las aseguradoras contributivas, subsidiadas y las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] de la red adscrita y no adscrita se han venido incorporando como parte de la operación de varias estrategias diseñadas e implementadas para lograr los propósitos planteados.

Reducir a 23,7 la Tasa de Mortalidad en Menores de Cinco (5) años

La mortalidad en menores de cinco años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas hasta los cinco años de edad cumplidos y expresa el riesgo de morir en menores de 5 años por cada 10.000 niños y niñas de este grupo de edad. La mortalidad en menores de 5 años se da principalmente en el período infantil es decir menores de 1 año, por lo tanto una disminución en la mortalidad infantil favorece la disminución de la tasa de mortalidad en menores de cinco años. [Gráfico 15]

GRAFICO 15 TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO (5) AÑOS EN BOGOTA POR 10.000 MENORES DE CINCO AÑOS



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

Durante el período comprendido entre los años 2009 a 2010 se observa un descenso continuo en la mortalidad de menores de cinco años, pasando de una tasa de 25,4 por mil diez mil menores de 5 años

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

nacidos vivos a 23.2 por mil diez mil menores de 5 años por mil nacidos vivos para una reducción de 2.2. Estos datos reflejan las intervenciones en salud que se han realizado en este grupo poblacional.

Por localidad de residencia se observa que las mayores tasas de mortalidad en menores de cinco años para el año 2010 se registran en Mártires [31.1 x 10.000 menores de 5 años], Suba , [24.9 x 10.000 menores de 5 años], Candelaria [24.1 x 10.000 menores de 5 años] y Ciudad Bolívar [23.6 x 100.000 menores de 5 años], así como las tasas más bajas para Bogotá se registran en las localidades de Teusaquillo [15.3 x 100.000 menores de 5 años] y Chapinero [14.8 x 100.000 menores de 5 años] ; es importante tener en cuenta que estas localidades presentan un menor número de nacimientos. Es importante precisar que existe un subregistro en la información por el proceso de implantación del Registro único de afiliación [RUAF].

Al calcular el riesgo a partir de las tasas locales y la tasa Distrital, se tiene que en Mártires y Suba Candelaria existe 1.3 y 1.0 respectivamente más riesgo de que un niño o niña menor de 5 años muera en comparación con otros niños y niñas que residan en otras localidades, así como existe 1.0 veces más riesgo de que un niño, niña menor de cinco años muera en las localidades de Candelaria y Ciudad Bolívar; posiblemente asociado a las condiciones socioeconómicas y estructurales de la localidad [accidentalidad doméstica de tránsito y violencia].

En contraste con lo anterior, se observa que en 2009 Ciudad Bolívar nuevamente presenta el mayor número de casos de muerte en menores de 5 años con [147], seguida por Suba [187] y Kennedy [184]; así mismo para el año 2010 se observa que la localidad de Suba [187] presenta el mayor número de casos, seguida por Kennedy [184] y Ciudad Bolívar [147] . Estos datos reflejan la alta vulnerabilidad de la población menor de 5 años en estas localidades determinada por factores socioeconómicos tales como bajos niveles educativos, necesidades básicas insatisfechas, bajos ingresos, así como la baja adherencia a programas de planificación familiar. Es importante tener en cuenta que estas localidades registran las mayores densidades de población en el Distrito Capital por ende los casos de mortalidad serán mayores comparadas con otras localidades.

De acuerdo con las causas registradas en las muertes ocurridas en este rango de edad se puede mencionar que se dan por anomalías congénitas, problemas nutricionales, enfermedad respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y accidentes caseros.

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

- Desarrollo del proyecto de ciudad segura que tiene como objeto central desarrollar estrategias para garantiza una ciudad que protege a los niños y niñas de eventos como accidentes y caídas en el hogar.
- La Secretaría Distrital de Salud realiza acciones conjuntas desde los diferentes ámbitos, entre ellas las actividades de las Estrategias AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI- Instituciones Amigas de la Mujer e infancia, IAFI-Instituciones amigas de la Familia y la Infancia que permitieron asesorar a la institución en la creación de un protocolo de estimulación temprana de acuerdo a las necesidades de los niños y niñas de 0 a 5 años, como parte de la estrategia AIEPI- Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, se ha logrado la disminución de la mortalidad perinatal a través del mejoramiento del control prenatal, atención del parto y del recién nacido; disminución de la mortalidad neonatal entre los 0 y 28 días de nacido a través del fortalecimiento del cuidado del recién nacido, prevención de la membrana hialina y de la taquipnea transitoria del recién nacido en las unidades de atención; disminución de la mortalidad posneonatal entre los 28 días y 11 meses de nacido a través de la prevención de la enfermedad respiratoria aguda, EDA, pautas de crianza y buen trato.
- Se han logrado coberturas útiles de vacunación por encima del 95% en niños y niñas menores de 1 año a través del programa ampliado de inmunizaciones oficial de vacunación y el fomentar hábitos saludables para evitar morbimortalidad en niños, niñas y adolescentes gestantes y lactantes.
- Durante el 2010, a través del proyecto Salud al Colegio se realizaron un total de 907 visitas de seguimiento a los jardines), se efectuaron en la modalidad de seminarios un total de 2 sesiones para la aplicación de la estrategia AIEPI, con la participación de un total de 22 jardines públicos y privados, llegando a 4.389 docentes, 4.161 cuidadores y cuidadores en formación para la

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

prevención y asistencia oportuna a los servicios de salud así como el manejo en casa de las enfermedades prevalentes.

- Durante el 2010 a través del proyecto Salud al Colegio se realizaron capacitaciones por profesionales de las ESE a 4.389 docentes en las Estrategias AIEPI - Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI - Instituciones Amigas de la Mujer e infancia y 434 visitas de acompañamiento y asesoría.
- Desde el proyecto Instituciones saludables y amigables se realizó inducción y reinducción a 424 funcionarios en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.
- Desde el proyecto Instituciones saludables y amigables se realizó capacitación a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.
- Se continúa con suministro de micronutrientes como el sulfato ferroso y vitamina A, acompañado de previa desparasitación para prevenir la anemia y desnutrición.

Resultados Alcanzados 2010

- Desde el programa Salud al Colegio se llega a 160 jardines de los cuales, 71 son del ICBF, 71 de la Secretaria de Integración Social y 18 Son jardines de carácter Privado.
- En consulta externa, se cuenta con 338 consultorios con adecuadas condiciones para la atención de la población infantil menor de 5 años equivalente al 92.3% del total de los consultorios visitados.
- De los 141 puntos de que implementan las estrategias, el 57% [80], llevan un proceso adecuado, el 41% [48 puntos] van en plan de mejoramiento.
- Se atendieron 1.992 niños y niñas en salas ERA, realizando seguimiento al 100%
- Se atendió a una población infantil de 3.076 menores de 2 meses, 15.996 menores de 2 meses a un año y 15.358 menores de 1 a 5 años.

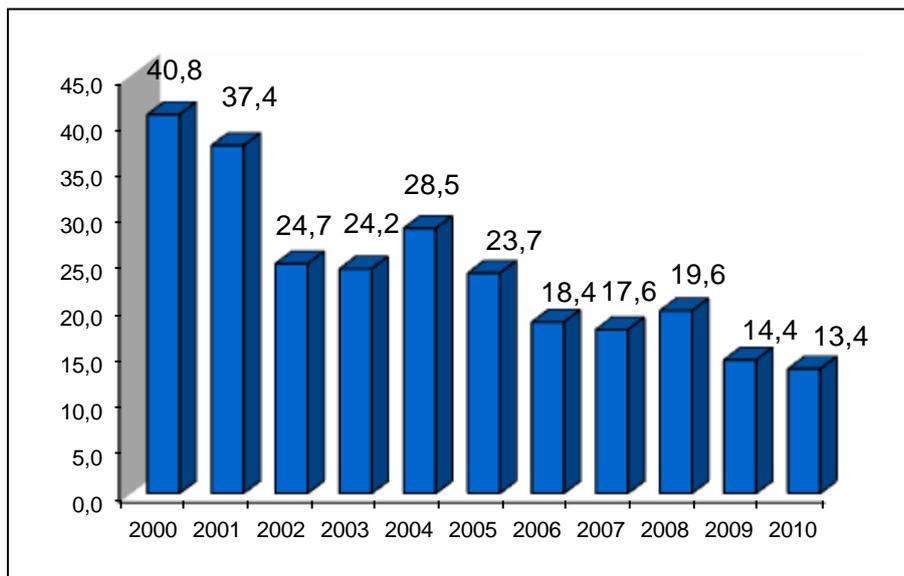
Meta - Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco (5) años

La tasa de mortalidad por neumonía expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. La neumonía es quizás el evento más grave de las llamadas infecciones respiratoria agudas [IRA] por lo cual internacionalmente se toma como indicador trazador. Esta tasa ha tenido en general una tendencia a la disminución al pasar de 19.6 por 100.000 menores de 5 años en el año 2008 a 13.4 por 100.000 menores de 5 años en el año 2010.

El año 2008 fue un periodo de pico epidémico constante por prolongación de la temporada invernal y aumento en casi el 30 % [fuente Boletines ERA] en circulación de virus respiratorios especialmente virus sincitial respiratorio, lo cual puede ser un factor a explicar el aumento en la mortalidad por neumonía durante este año. A diciembre de 2009 se registraron 85 casos de mortalidad por neumonía en menores de 5 años [Fuente, sistema de Estadísticas Vitales secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.], los cuales están en proceso de revisión y depuración con el DANE, de manera acorde con los protocolos de vigilancia epidemiológica⁷. [Gráfica 16].

⁷ Ídem.

GRAFICO 16 TASA DE MORTALIDAD NEUMONIA EN BOGOTA POR 100.000 MENORES DE CINCO AÑOS



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

El comportamiento por localidad para 2010 ha mostrado en localidades como Chapinero [27.0 x 100.000 menores de 5 años], Ciudad Bolívar [22.5 x 100.000 menores de 5 años] y Bosa [20.8 x 100.000 menores de 5 años] un aumento en comparación al comportamiento distrital.

Al calcular las localidades que presentan mayor riesgo de que un niño o niña muera por neumonía en menores de 5 años en comparación al distrito, se observa que existe 2.0 más riesgo de que un niño o niña muera cuando vive en la localidad de Chapinero, 1.6 en la localidad de Ciudad Bolívar y 1.5 veces más riesgo en la localidad de Bosa en comparación al Distrito.

Principales aspectos que influyeron en su comportamiento.

La mortalidad por neumonía está asociada a tres grandes procesos sobre los cuales se ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El primer proceso se refiere a la promoción de la salud e incluye mejoramiento en la calidad del aire. En Bogotá a partir del año 2007 se ha venido en un mejoramiento de calidad de aire al disminuir los promedios anuales de material particulado respirable PM. Sin embargo, todavía se presentan episodios de excedencia que afectan la salud de los niños. Es así que en las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón se ha evidenciado prevalencia de sibilancias por encima del 50% cuando en otras zonas puede ser cercana al 20%.

El segundo proceso se refiere al acceso y utilización de los servicios de salud. Durante el año 2008 se atendieron 35.000 niños y niñas menores de 5 años en las Salas ERA, en 2009 se han atendido casi 37.000 niños y en 2010 se atendieron 34.430 menores de 5 años, lo cual ha evitado complicaciones y hospitalizaciones innecesarias en los niños. El porcentaje de resolutivez de las Salas ERA está en promedio del 82% es decir de cada 100 casos de niños con bronquiolitis 82 continúan con tratamiento en la casa. El número de Salas ERA ha oscilado entre 90 y 110 de acuerdo a la contingencia de picos epidémicos, comportamiento que para el 2010 se ha acentuado por la época invernal.

El tercer proceso es de calidad de los servicios de Salud mediante el cual fuera de la estrategia AIEPI- Atención Integral de enfermedades prevalentes de la infancia se han capacitado casi 2 mil trabajadores de la salud en las guías y protocolos de manejo clínico. En el caso del virus pandémico H1N1/09 se desarrolló en conjunto con el Ministerio de la Protección Social el protocolo de atención de caos sobre el cual se capacito a todas las aseguradoras y 400 prestadores de servicios de salud.

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

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

- En las 20 localidades y con las aseguradoras EPS se ha avanzado en el desarrollo de la estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) en sus componentes clínico, comunitario [enfaticando en la identificación de alarmas tempranas para acudir de manera oportuna a los servicios de salud y minimizar el riesgo de morir] y de gestión. Entre los años 2008 y 2009 se han formado más de 5 mil gestores comunitarios en AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Se da continuidad en la operación y se ampliaron las salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA]; se realizarán de manera periódica Comités de Vigilancia Epidemiológica de Salud [COVES] de mortalidad por neumonía e investigaciones epidemiológicas de campo e intervenciones frente a análisis de casos y toma de medidas tanto en empresas promotoras de salud como en instituciones prestadoras de servicios de salud donde ocurrió el evento y se realizarán alianzas estratégicas con las empresas sociales del Estado Distritales.
- Se actualizó y validó la herramienta para formación de profesionales [médicos y enfermeras] en salud materna e infantil estrategias AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAFI-Instituciones amigas de la familia y la infancia, en ambientes virtuales de aprendizaje. A través de ella se formaron 50 tutores para la capacitación de profesionales en las estrategias en ambientes virtuales de aprendizaje, involucrando a universidades, EPS del contributivo y subsidiado y ESE se desarrollaron dos cursos clínicos en las estrategias en ambiente virtual, dirigidos a 120 profesionales médicos y enfermeras.
- Se desarrolló propuesta de Gestión Institucional que incluye componente de Evaluación externa de los servicios de Atención materna e infantil.

Resultados Alcanzados 2010

- Se resalta el mejoramiento en la calidad del combustible diesel que ha pasado de tener 5000 partes por millón de azufre a casi 500 partes, lo cual es alto frente a la norma internacional de 50 partes por millón pero representa una mejoría importante y progresiva para disminuir fuentes de emisión de PM por parte del transporte público; como un factor estructural que incide de manera directa en la morbimortalidad por esta causa. Así mismo se ha evidenciado prevalencias de tabaquismo pasivo casi en un 30% de hogares (Según estudio de Síntomas respiratorios realizado por la SDS en tres localidades de Bogotá años 2007-2009) para lo cual se ha reforzado la estrategias de Ambientes Libres de Humo dentro de las viviendas y espacios cerrados. En diciembre de 2009 se inauguró el Observatorio de Calidad de Aire y Salud de la Secretaría Distrital de Salud y Hospital del Sur el cual servirá para orientar las políticas públicas en calidad de aire.
- Se mantienen las acciones en el Distrito Capital para suplementar a la población infantil con vitamina A que genera mayor protección frente a infecciones de vías respiratorias. Finalmente, dentro de las intervenciones en los factores ambientales, la entidad viene desarrollando un sistema de monitoreo de la relación de calidad del aire y salud en las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón con énfasis en niños y niñas menores de 5 años.
- Con el fin de favorecer la formación desde pregrado de los profesionales en los programas de salud pública que incluyen las Estrategias AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, se lideró la consolidación del Grupo Dinamizador de universidades por la salud pública materna e infantil, integrado por representantes de la OPS, facultades de medicina, enfermería, nutrición, odontología y terapias de universidades con sede en Bogotá.
- El desarrolló especializado del componente ERA como parte de la organización de la prestación de los servicios de salud en Bogotá D.C. con la consolidación de 110 Salas ERA en la red pública y privada y 2.000 profesionales capacitados.
- Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS, 665 HOBIS, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

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

Meta - Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad en menores de un (1) año

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

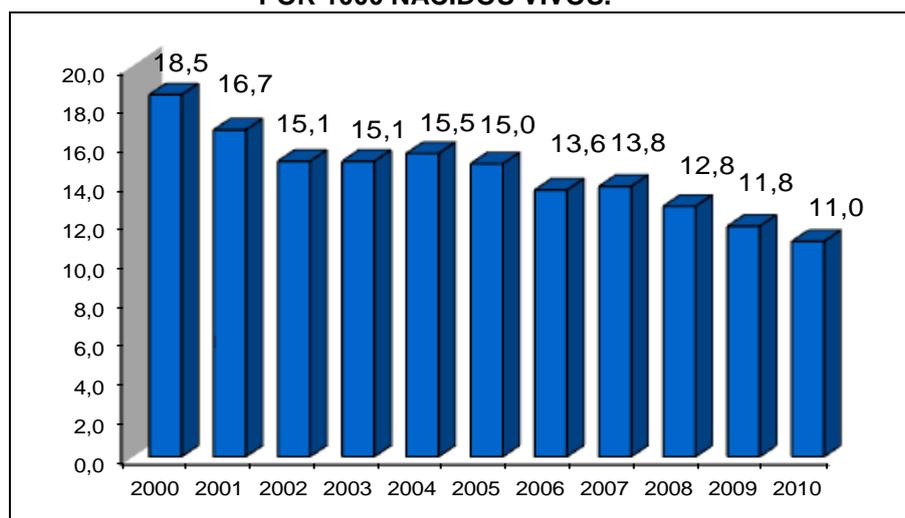
Principales aspectos que influyeron en su comportamiento

Durante la vigencia 2010 se observa que las principales causas de muerte en los niños y niñas menores de 1 año están relacionadas con afecciones originadas en el período neonatal temprano [0 a 7 días de nacimiento] tales como trastornos relacionados durante la gestación y de crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas dentro de este periodo.⁸

Otros factores que persisten y están relacionados con las complejas condiciones socio culturales de las gestantes en vulnerabilidad, pueden corresponder a la tardía demanda de atención para el inicio del control prenatal, identificación de signos de alarma, riesgo obstétrico y adherencia a las recomendaciones y acciones de seguimiento por parte del equipo de salud de la Institución Prestadora de servicio de salud tratante [IPS] tratante.

Se observa una tendencia a la disminución pasando de una tasa de 12.8 en 2008 a 11.0 por 1.000 nacidos vivos en 2010; frente al comportamiento por localidad las que presentaron una tasa superior a la distrital fueron Sumapaz [35.7 por 1.000 nacidos vivos], seguida de Mártires [15.5 por 1.000 nacidos vivos], Barrios Unidos [14.6 por 1.000 nacidos vivos] y Santa fe [13.4 por 1.000 nacidos vivos]. . [Gráfico 17].

GRAFICO 17 TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO EN BOGOTA POR 1000 NACIDOS VIVOS.



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

⁸ Ver Capítulo XVI. GRUPOS P00-P96-CIE 10.

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

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

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

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

- Se continúa con la vigilancia de malformaciones congénitas como estrategia central para la disminución de la mortalidad infantil potencialmente evitable desde los casos de difícil afectación por el conocimiento y tecnologías que se manejan actualmente.
- Se continúa con el desarrollo de todas las estrategias comunitarias e institucionales que garantizan las coberturas útiles [mayor a 95%] de vacunación, siendo esta la estrategia más importante disminuir la mortalidad infantil.
- Se promueve la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad; se continuaron fortaleciendo las estrategias de información y educación masiva, así como la capacitación al personal de salud para que se fomente ésta práctica protectora. De igual forma, se encuentra en proceso el diseño de un sistema de evaluación y graduación del riesgo de morir de niños y niñas menores de 1 año, con el fin de desarrollar las acciones necesarias para controlar los riesgos y proteger al recién nacido acompañando su crecimiento. Así mismo, el proceso de implementación de las estrategias AIEPI-Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, IAMI-Instituciones amigas de la mujer y la infancia y Línea ERA.
- En la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, como práctica protectora, durante 2010 se ha continuado el trabajo en el marco de la mesa Distrital de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, la cual integra acciones del ICBF regional Bogotá IDIPROM y SaludCoop, al interior de los jardines incluidos en la meta de cada localidad se continuo el desarrollo del plan de acción, el cual contempla principalmente actividades de formación en lactancia materna y alimentación infantil saludable. Con esta estrategia se llega indirectamente a 28.000 niñas y niños del distrito. Unido a lo anterior se continuaron acciones de promoción del código de sucedáneos de la leche materna y del decreto 1397 de 1992, en las 20 localidades de Bogotá.
- En el proceso de implementación de las estrategias AIEPI Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia, IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia y LINEA ERA se ha avanzado en los siguientes procesos:
- Se continúa fortaleciendo la acción intersectorial a través de la mesa de trabajo con Secretaría de Integración Social para direccionar la operación de la Resolución 057 de 2009 que reglamenta los estándares de Calidad para la Educación Inicial en jardines infantiles públicos y privados.
- Continuidad de la mesa de trabajo del comité interinstitucional que coordina lo establecido en el Convenio 8087/2008 con el ICBF para el trabajo y atención integral de la población infantil de los programas de prevención y protección y capacitación.
- Se continúa el trabajo con los actores sociales [Instituciones y organizaciones comunitarias que contribuyen en la atención materno infantil, como Iglesias, Policía comunitaria, organizaciones Indígenas, ONG] en cada localidad se promueve el desarrollo de habilidades frente al cuidado y atención a la población materno e infantil.

Resultados Alcanzados 2010

- En el 2009 se obtiene el Premio Internacional América a la Excelencia en el Servicio Público, en la categoría de “Premios de Liderazgo en Salud Pública: Reducción en Mortalidad Infantil”. El premio fue iniciativa: Instituto de Naciones Unidas para la formación e investigación (UNITAR),CIFAL

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

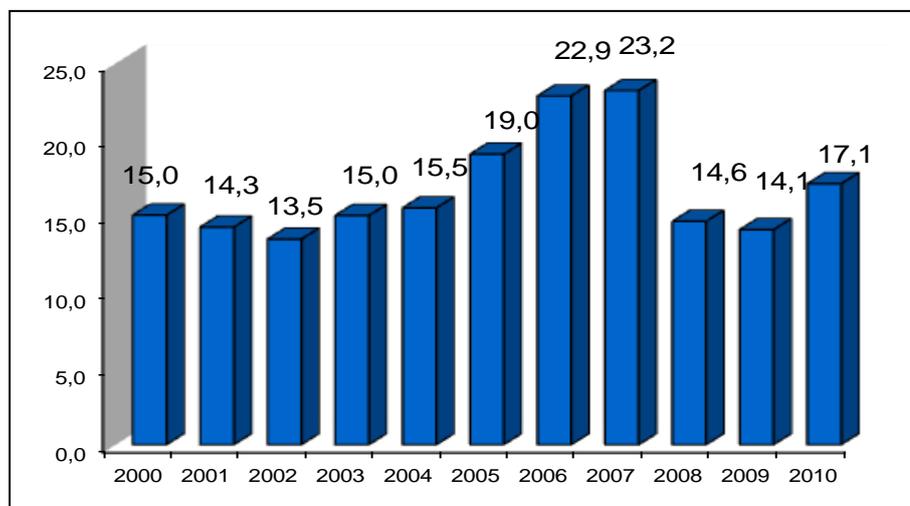
Atlanta la cual es apoyada por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Corporación Andina de Fomento (CAF), entre otras.

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

Meta - Reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal

Esta tasa expresa el número de defunciones entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido por cada 1000 nacidos vivos. Existe una dificultad estructural a nivel nacional para la construcción de esta tasa, debido a que este indicador incluye la mortalidad fetal tardía es decir productos de embarazo que mueren antes de nacer [óbitos fetales] estas bases de datos deben ser depuradas y corregidas por parte del DANE por tanto los datos de los años 2007 y 2008 son preliminares. [Gráfico 18]

GRAFICO 18 TASA DE MORTALIDA EN PERINATAL EN BOGOTA POR 1000 NACIDOS VIVOS.



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

La mortalidad perinatal es un indicador perceptivo del bienestar de una población, de las condiciones de salud del binomio madre / hijo, del entorno en que vive la madre y de la calidad de la atención en salud de las etapas preconcepcional, prenatal, intraparto y neonatales. Estas muertes, al igual que las muertes maternas reflejan el grado de desarrollo de un país, muestran condiciones de inequidad social, el desarrollo tecnológico y constituyen un problema esencial de salud pública por su elevada ocurrencia.

Principales aspectos que influyeron en su comportamiento

Al realizar la comparación entre localidades según la tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, se evidencia que las localidades con una mayor tasa de mortalidad para el año 2010 son Mártires, Barrios Unidos, Fontibón y Usme donde con mayor número de casos donde se presentan

viviendas con hacinamiento, población con necesidades básicas insatisfechas, problemas de desplazamiento y violencia intrafamiliar. [Gráfico 6]. Es importante precisar que existe un subregistro en la información por el proceso de implantación del Registro único de afiliación [RUAF].

Se observa que las principales causas de muerte están relacionadas con afecciones originadas en el período perinatal tales como trastornos relacionados durante la gestación y de crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas dentro del período perinatal, incluyendo las anomalías congénitas que se presentan en todas las localidades.

Es importante tener en cuenta que todas las causas anteriormente descritas pueden ser intervenidas y son reducibles mediante el mejoramiento de la calidad de la atención del parto y del período perinatal, lo mismo que la atención prenatal, entre las que se encuentran: la prevención de la membrana hialina y de la taquipnea transitoria del recién nacido en las unidades de atención del recién nacido, lo mismo que las actividades de las Estrategias AIEPI-Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, IAMI-Instituciones amigas de la mujer y la infancia, IAFI-Instituciones amigas de la familia y la infancia. Sólo las causas derivadas de malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas son de difícil intervención con la tecnología actual.

Así mismo, al realizar la clasificación de las muertes por períodos perinatales de riesgo [matriz BABIES], se encuentra que del total de los casos de muerte perinatal reportados al Sistema de vigilancia de eventos de interés en Salud Pública [SIVIGILA], que cumplen criterio de caso con residencia Bogotá, durante el año 2009, el 53.7% de los casos corresponden a mortalidades derivadas de la salud materna, el 23.6% de los casos corresponden a muertes derivadas de los cuidados prenatales, el 8.1% corresponde a muertes derivadas de cuidados del recién nacido institucionales y por último un 2.2% corresponden a muertes derivadas de cuidados del recién nacido y neonatal tardía postnatal. Así mismo este comportamiento de la mortalidad perinatal por períodos perinatales de riesgo se observa para cada una de las localidades de Bogotá; donde el 77.3% de las muertes perinatales corresponden a mortinatos lo que reitera que las acciones en salud deben estar dirigidas hacia asegurar un adecuado control prenatal.

Desde la SDS, a través del grupo Red Materno Perinatal, se está efectuando la evaluación de los servicios de salud donde se realiza control prenatal y posteriormente se realiza asesoría y asistencia técnica de acuerdo a los resultados de la misma, igualmente se está llevando a cabo la evaluación de adherencia a las guías establecidas para la atención de las gestantes.

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

- Seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios obstétricos y neonatales por parte del grupo funcional de atención de mortalidad perinatal.
- Durante el 2010 se han adelantado intervenciones de vigilancia epidemiológica y de salud pública, a través del análisis y seguimiento del 100% de los casos presentados, la inspección y control de los servicios maternos perinatales, el fortalecimiento de la red materno perinatal, las alianzas con el sector educativo encaminadas a transversalizar a la salud pública especialmente en el tema materno infantil en los currículos y planes de estudio y fortalecer la formación de profesionales; el desarrollo de las estrategias de información, comunicación y educación en salud materna perinatal; la publicación de derechos de la mujer gestante; de decálogos de compromisos de las familias gestantes y de guías prácticas de manejo clínico para la atención del neonato, entre otros. En este sentido, se ajustó, implementó y evaluó el plan de acción para la salud materno perinatal de acuerdo a competencias de los diferentes actores para cumplimiento de metas relacionadas con: promoción de lactancia materna, salud sexual y reproductiva y programa canguro. Se realizó la caracterización de 144 IPS públicas para la atención de la salud materno-perinatal y se formularon planes de acción tendientes a mejorar los aspectos críticos identificados en las IPS.
- Capacitación a grupo multidisciplinario de los ocho hospitales de la red pública pediatras, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogas.
- Visitas de asesoría y acompañamiento con el fin evaluar el desarrollo del programa con base en la capacitación recibida.
- Se realiza el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, llegando a 1.200 profesionales de la salud con la respectiva aplicación de la guía basada en la evidencia y evaluación del curso.

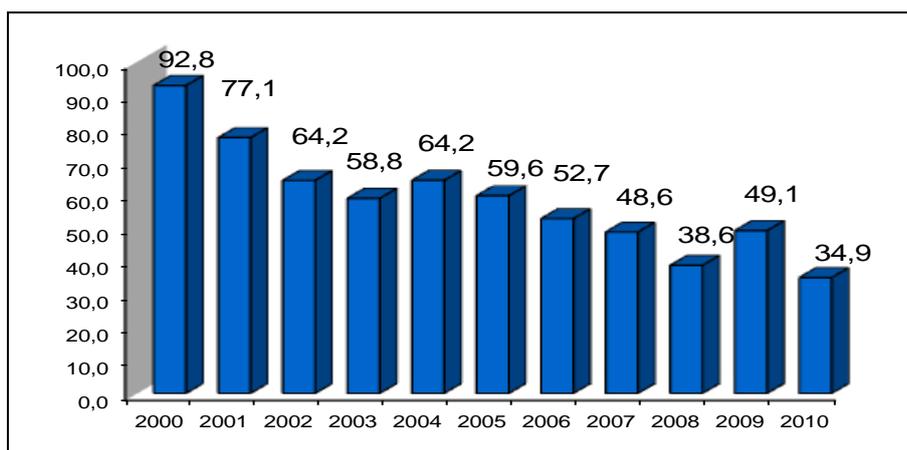
Resultados Alcanzados 2010

- Se logra que en 14 ESE se reporte y se ha seguimiento a través del sistema informático perinatal en un 82.7%.
- Participación en las 4 subredes de servicios materno perinatales [sur, sur-occidente, centro oriente y norte]. Paralelamente como parte del plan de acción de las subredes se desarrollaron sesiones de actualización en 3 de las 4 subredes en los siguientes temas: implantes subdérmicos, aborto e interrupción voluntaria del embarazo, sífilis gestacional y congénita, demoras en la atención materno perinatal y adherencia a guías maternas.
- Se realiza la vigilancia epidemiológica al 100% de los casos de mortalidad perinatal.
- Fortalecimiento en la ruta institucional en las 14 ESE de atención integral a gestantes. El Sistema Informático Perinatal arroja un promedio de cobertura del 95.3% y de integridad del 3,8% en lo acumulado de enero a mayo.

Reducir a 40 la Razón de mortalidad materna

Esta razón expresa el riesgo de morir de una mujer en embarazo, parto o puerperio por cada 1.000 nacidos vivos. Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva. Dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta Estatal [entre los que se destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud y la normatividad vigente] que son inherentes a su estado de salud.

GRAFICO 19 RAZÓN DE MORTALIDA MATERNA EN BOGOTA POR 1.000 NACIDOS VIVOS.



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

La razón de mortalidad materna es un indicador que permite medir la calidad de vida⁹ y la salud, el bienestar social y la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud de las mujeres gestantes. [Gráfico 19].

El comportamiento del indicador muestra una reducción pasando de una razón de 59.6 por 1.000 nacidos vivos en el año 2005 a 34.9 por 1.000 nacidos vivos en el año 2010. Sin embargo durante 2009 se presentó un aumento (49.1 por 1.000 nacidos vivos) debido a los casos probables de H1N1 que se atendieron en Bogotá, de los cuales dos casos fueron descartados por laboratorio y patología un caso Boyacá y el otro de Bogotá, tres confirmados por laboratorio uno de Bogotá, otro de Cundinamarca y el otro de Boyacá, el sexto caso es positivo por laboratorio para H1N1 de una paciente que presenta un coriocarcinoma y es descartada como muerte materna por el tiempo de evolución de la enfermedad (mas de un año).

⁹ Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

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

Principales aspectos que influyeron en su comportamiento

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

En relación a la demora asociada con la calidad en la prestación de servicios a la mujer gestante se observan debilidades en términos de oportunidad en la atención, pertinencia técnico científica, e interdependencia de servicios especializados como producto de la dinámica de operación del Sistema General Seguridad Social en Salud [SGSSS] y los diferentes actores.

De otra parte, algunos estudios han evidenciado diferencias en el comportamiento del indicador entre los regímenes del Sistema General Seguridad Social en Salud [SGSSS] respecto a las condiciones del aseguramiento, fragmentación de la atención, acceso a los servicios de salud, calidad en su prestación y las barreras de información y educación para tomar la decisión oportuna de acudir al servicios de salud. El actual modelo de aseguramiento del país es un escenario generador de exclusión dado por las diferencias entre los distintos planes de beneficios, las diversas modalidades de contratación entre aseguradores y prestadores, deficiencias en la aplicación de los modelos de atención y los procesos administrativos asociados con el mismo, incumplimiento por parte de los actores de las normas [Decreto 4747/07 y Resolución 170/09], dificultades en el acceso a los centros de atención por condiciones geográficas, incremento en el gasto de bolsillo y dificultades en acceso a medicamentos, servicios especializados de alta complejidad, entre otros.

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

- Su disminución refleja las acciones emprendidas y dirigidas a la garantía de los derechos de la mujer gestante. Estas se han desarrollado con estrategias de trabajo en red [red de servicios y red social materna infantil], con aseguradores, prestadores de servicios de salud, organizaciones sociales y la sociedad civil; su desarrollo se ha fundamentado en la metodología de trabajo por demoras transformándolas en oportunidades para afectar positivamente los determinantes sociales en salud.
- Las estrategias definidas por el grupo funcional de la red materna perinatal, para impactar de manera positiva en el indicador, se pueden concretar en el siguiente grupo de acciones trazadoras:
- Bogotá continúa con la implementación de la Política Pública de Reducción de la Mortalidad Materna perinatal y el desarrollo de sus tres líneas de intervención relacionadas con: Promoción de la salud materna, oportunidad de la atención y la calidad de los servicios de salud para la mujer gestante.
- Desarrollo de estrategias de información y comunicación para la línea de promoción de la salud de la familia gestante que se relaciona con los hallazgos de la primera y segunda demora.
- Desarrollo de piezas audiovisuales [producción de cuatro mini documentales sobre la importancia de la red primaria en el cuidado de la salud materna, nacer con derechos y compromisos de la familia gestante], diario de la familia gestante [recorrido por los diferentes servicios a los que tiene derecho] y pieza comunicativa sobre señales de alarma y su reconocimiento para acudir de manera temprana al servicio de salud con el título “el cuerpo te habla”, como apoyo a las acciones de promoción en salud materna perinatal.
- Desarrollo de materiales impresos en salud materna infantil que fueron construidos y validados de manera conjunta con las mujeres gestantes, niños, niñas, cuidadores familias y profesionales de la

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

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

Resultados Alcanzados 2010

- Elaboración, actualización, publicación, distribución y aplicación de 22 guías técnico científicas para la atención materna perinatal. Se actualizaron las guías maternas [control prenatal, trabajo de parto pre-término, ruptura prematura de membranas, síndrome hipertensivo, atención del aborto, parto instrumentado, curso de preparación maternidad y paternidad] Elaboración de nuevas guías de atención materna perinatal [Sífilis, hemorragia posparto, vaginosis, infección de vías urinarias y embarazo].
- Acompañamiento a los Proyectos Educativos Sexuales en 41 unidades de trabajo, seguimientos a vulnerabilidades psicosociales y de salud para 2.800 gestantes adolescentes, asistencia técnica a las 144 IPS públicas en los planes, proyectos y programas de SSR con énfasis en salud materna perinatal.
- Acompañamiento y seguimiento por parte de profesional de la salud [enfermera jefe] a mujeres gestantes identificadas como alto riesgo biosicosocial, logrando la asesoría y canalización de 5.000 mujeres gestantes adolescentes de alto riesgo para el año 2009, manteniendo para el 2010 la misma cobertura.
- Se logra poner en marcha la Red Social Materna Infantil en las 20 localidades del Distrito Capital, como estrategia para garantizar los derechos de las mujeres gestantes su apropiación y exigibilidad a través de la gestión local y los ámbitos de vida cotidiana en donde habitan las mujeres gestantes y sus familias ; las acciones más significativas son:
- Realización de jornadas locales llamadas ferias de servicios para la mujer gestante y su familia donde participaron 10.000 personas entre mujeres gestantes, lactantes y sus familias, y profesionales de las diferentes entidades participantes.

- Implementación del “Paquete Especial de Servicios en Salud “Resolución 170 marzo 2009 Gestante Participante Vinculada Y Subsidiada y de la Central Única de referencia y Contra referencia [CURYC], para garantizar a la población y especialmente a las gestantes y sus recién nacidos la atención integral sin barreras de acceso.
- En el año 2010 se da continuidad al proceso adelantado en los años anteriores en el ámbito institucional realizando capacitaciones a 532 médicos, 870 enfermeras, 185 nutricionistas y 1811 auxiliares en las generalidades de las estrategias materno infantiles, así mismo se avanzó en la implementación de las mismas en 141 puntos de atención de la Red Pública para un total de 136 Visitas de asesoría y seguimiento a estos puntos de atención.
- Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis gestacional y congénita e Hipotiroidismo congénito. Se tamizaron 14.088 gestantes de las cuales se diagnosticaron 15 casos VIH.
- Movilización de la “ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes”, como una herramienta útil para facilitar el acceso a servicios y derechos, en tal sentido busca fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social (Salud, Bienestar Social y Educación), esta actividad se desarrolló en 470 sedes para activar una respuesta integral frente a la gestación adolescente.
- En el ámbito escolar Acompañamiento a los Proyectos Educativos Sexuales en 410 unidades de trabajo, Seguimiento a vulnerabilidades psicosociales y de salud para 2800 gestantes adolescentes, en este proceso se brinda orientación sobre la importancia de la asistencia a los controles prenatales, asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, entre otros.

Meta - Alcanzar las coberturas útiles de vacunación (iguales o superiores a 95%) todos los biológicos del programa ampliado de inmunizaciones

En 2010 se cumplió la meta por encima del 93% frente a lo programado del 95%. Lo anterior se evidencia en el comportamiento de las coberturas alcanzadas por biológico y la población cubierta tal y como se precisa en la tabla 5 y en el gráfico 20.

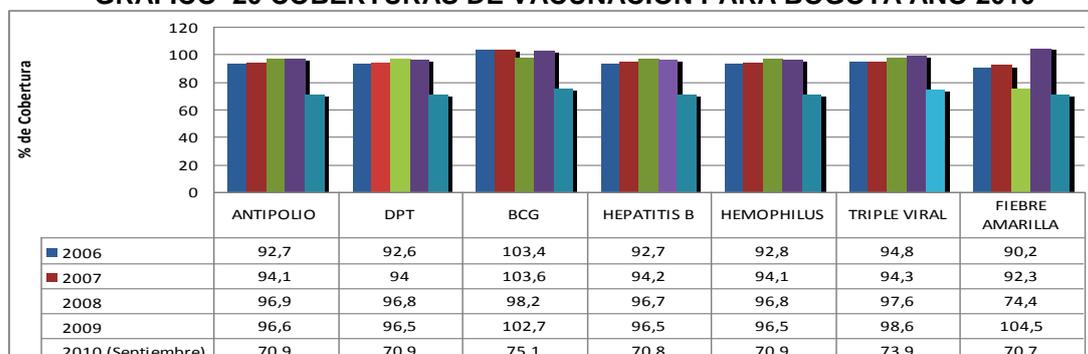
TABLA 5. RESULTADOS DE COBERTURAS DE VACUNACION AÑO 2010

Biológicos		Cobertura	Población Cubierta
INCLUIDOS PAI NIVEL NACIONAL	Antipolio	93,90%	112379
	DPT	93,90%	112395
	Triple Viral	97,30%	115816
	BCG	100,80%	120686
	Hepatitis B	93,70%	112091
	Haemophilus	93,90%	112395
	Fiebre Amarilla	69,80%	83114
NUEVOS BIOLÓGICOS BOGOTÁ	Rotavirus	91,30%	109311
	Hepatitis A	56,90%	67668

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

Nota: Datos a 31 de Diciembre Información Preliminar – Fuente Dirección de Salud Pública. Con nuevos reportes de las ESES

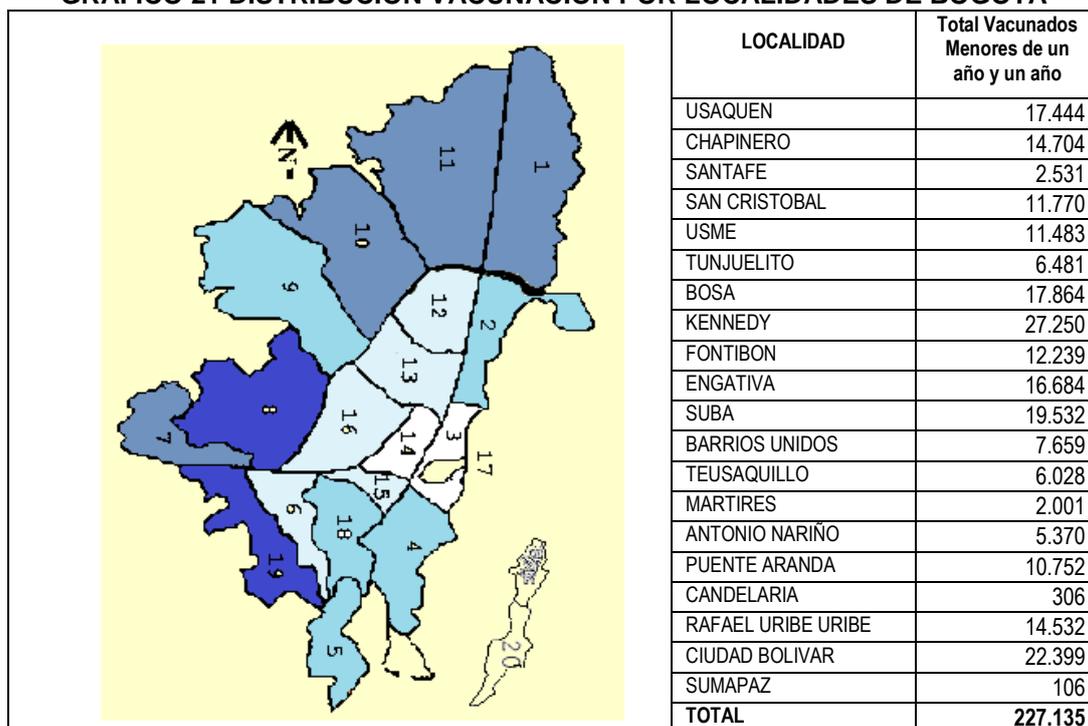
GRAFICO 20 COBERTURAS DE VACUNACION PARA BOGOTÁ AÑO 2010



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

Nota: Datos a 31 de Diciembre Información Preliminar – Fuente Dirección de Salud Pública. Con nuevos reportes de las ESES.

GRAFICO 21 DISTRIBUCION VACUNACION POR LOCALIDADES DE BOGOTA



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

El Programa Ampliado de Inmunizaciones tuvo un presupuesto de \$ 10.472.142.416 lo cual implica que por niño o niña cubierto se tuvo un gasto promedio de \$46.105. Adicional a las acciones ya mencionadas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, en el 2010, se llevaron a cabo:

- La realización de la jornada masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola en la población de 1 a 8 años de edad en la cual se obtuvo como resultado la vacunación de 801.716 niños y niñas con una cobertura administrativa del 84.3% y del 95% por monitoreo rápido de coberturas, logrando así la certificación del cumplimiento de la jornada por parte de la Organización Panamericana de la salud. La Aplicación de 310.315 dosis de vacuna contra la influenza AH1N1 en gestantes, profesionales de la salud, población con patologías de riesgo clínico, personal de fuerzas militares, adultos de 60 y más años. La Aplicación de 310.315 dosis de vacuna contra la influenza AH1N1 en gestantes, profesionales de la salud, población con patologías de riesgo clínico, personal de fuerzas militares, adultos de 60 y más años. La inmunización de 109.718 niños y niñas vacunados con primera dosis contra la influenza estacional de 6 a 35 meses de edad. 78.089 completaron el esquema para este biológico y 82.546 adultos de 60 y más años vacunados contra la influenza.

El cubrimiento del esquema de vacunación a los niños permite la no ocurrencia de eventos no deseados en salud, para esta población, considerada vulnerable y de especial protección a fin de garantizar individuos sanos y productivos a la sociedad. Es un derecho fundamental de los niños el estar protegidos integralmente, contra patologías inmune prevenibles en nuestra sociedad. En el desarrollo de las metas del PAI, la Secretaría Distrital de Salud, mantiene su liderazgo a nivel nacional, dado su eficiente cubrimiento en el desarrollo del programa, que inicia con la articulación de los programas de promoción y prevención ofrecidos en los hospitales de la red pública y privada de servicios de salud y se refuerza con la articulación de programas como Salud a su Casa, Salud al Colegio y Comunidades Saludables.

El no cumplimiento en el biológico de la fiebre amarilla, está relacionado con el desabastecimiento de esta vacuna a nivel nacional desde el mes de agosto y hasta el mes de diciembre de 2010. A sí mismo, el no cumplimiento de las coberturas con la hepatitis A se relaciona con los trámites administrativos para la suscripción del convenio interadministrativo con la Organización Panamericana de la Salud, Entidad con la cual se adquieren las vacunas a más bajo costo. En general, la comunidad ha respondido a las convocatorias y jornadas de vacunación, sin embargo frente a algunos biológicos, como el Rotavirus, el no cumplimiento obedece principalmente a la no sensibilización a padres y cuidadores para acceder oportunamente a la segunda dosis antes de cumplir los seis meses de edad del menor y que se explica porque este es un biológico nuevo en el programa que amerita mayor adherencia y conocimiento por parte de la comunidad en general.

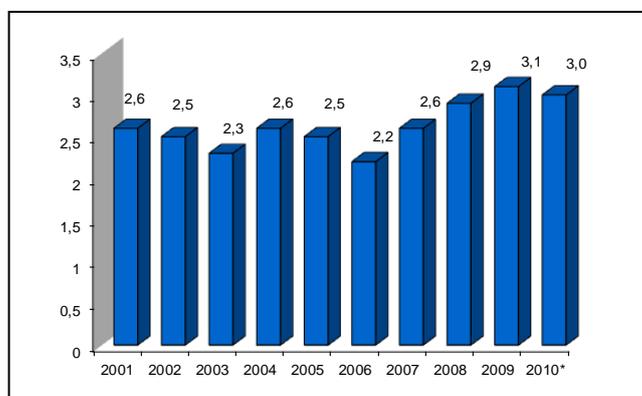
Meta 16. Garantizar 20.000 vacunas anuales contra el neumococo para recién nacidos de SISBEN 1 y 2 (1.000 vacunas PCU, para cada localidad)

En el año 2010 se aplicaron 344,273 dosis aplicadas de vacuna contra el neumococo independientemente del régimen de afiliación o nivel del SISBEN de los ciudadanos o ciudadanas beneficiados. El gasto realizado en esta meta fue de \$11.328.887.150, que significa un gasto promedio de \$32.907 por dosis aplicada. Esta meta fue reformulada teniendo en cuenta la inclusión de dicho biológico al esquema de vacunación para todos los niños y niñas nacidos a partir del 1 de Octubre de 2008, con residencia habitual Bogotá. Con estas acciones se logró 110,939 niños y niñas completaron el esquema de vacunación contra neumococo. La meta definida en el Plan de Desarrollo está ampliamente superada.

Meta 17. Aumentar el Período de lactancia materna exclusiva a 6 meses.

La meta de aumentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es un reto de Ciudad. En el año 2010, en el Distrito se tuvo una mediana de lactancia materna exclusiva de 3 meses, y la proyección fue de 4.7 meses en el 2010, hasta lograr en el 2012 el cumplimiento de la meta. A pesar de los esfuerzos del sector y de otros actores, la prevalencia de práctica no alcanza lo proyectado.

GRAFICO 22 MEDIANA DE LACTANCIA MATERNA (MESES) EN BOGOTA 2010



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

Es importante mencionar que frente al promedio Nacional, Bogotá muestra un mejor comportamiento; teniendo en cuenta que para el país la mediana es de 2.6 meses.

El cumplimiento de esta meta no depende únicamente del sector salud ya que los determinantes que la afectan son de diferente nivel e inciden en la actualidad, variables que se derivan de las condiciones del contexto como el trabajo (# De semanas de licencia de maternidad).

Desde el sector salud se realizó:

- Capacitación a más de 510 docentes de jardines infantiles privados y públicos en la promoción y protección de la lactancia materna, de acuerdo a los compromisos de la Resolución 325 de 2009 por la cual se reglamente la asesoría inspección, vigilancia y control de la educación inicial.
- Formación a más de 1.800 personas pertenecientes a grupos comunitarios de gestantes y lactantes así como madres comunitarias en lactancia materna y alimentación infantil saludable.
- Organización y desarrollo de los eventos distritales de celebración del mes de la lactancia materna, lo cual ha contado anualmente con participación de 510 profesionales y técnicos de la salud. Coordinación de los eventos locales de celebración de la lactancia materna, a los cuales asisten las familias gestantes y lactantes de la comunidad así como agentes comunitarios que trabajan por la lactancia materna.
- Consolidación de la mesa distrital de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, la cual cuenta con la participación de entidades como: ICBF regional Bogotá, SDIS, Red IBFAN, INS, SDS, IDIPRON, Saludcoop, Coomeva, Fe y Alegría, Universidad Nacional, Hospital Militar y Organización Sánitas.

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

- Certificación de la primera Sala Amiga Empresarial de la familia lactante en la SDS, otorgada por la UNICEF a través de la SDIS; la cual es un modelo a seguir en la promoción de la lactancia materna a nivel empresarial.
- Implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia “IAMI” en 129 instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil AIEPI Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia IAMI Instituciones amigas de la mujer y la infancia, de las localidades avanzaron en acciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes y niños niñas menores de 5 años. En este año se capacitaron: 516 FAMIS, 665 HOBIS, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. A través de este proceso de formación se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y se han visitado 5.951 familias.

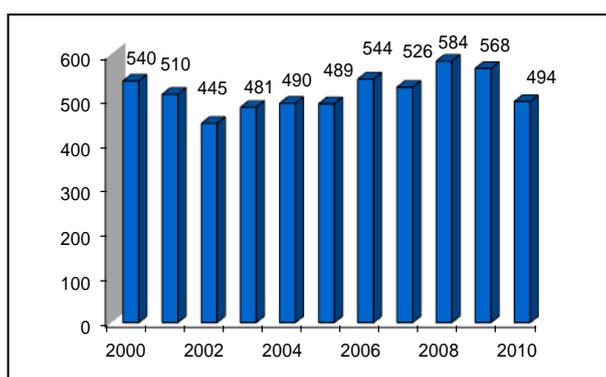
Para las acciones de la meta de Aumentar el Período de lactancia materna exclusiva a 6 meses, en el 2010, se ejecutaron \$1.135.313.759 por los programas de Salud al Colegio, Comunidades Saludables e Instituciones Saludables y Amigables. Según el informe de UNICEF sobre estado mundial de la infancia 2010, se identifica que a pesar de los esfuerzos de los países del mundo por lograr la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad ninguno lo ha podido lograr. Bogotá se encuentra en el séptimo lugar después de los Departamentos de Boyacá, Vaupés, Nariño, Meta, Putumayo y Cauca; por encima de 25 departamentos. Entre las razones múltiples causas que limitan este logro podemos citar como principal causa que sistemas laborales que no permiten a la mujer trabajadora brindar de manera exclusiva lactancia materna a su bebe durante 6 meses. Violación de los tiempos de licencia de maternidad, incumplimiento a la hora de lactancia o imposibilidad de utilizarla por los tiempos excesivos que se gastan para trasladarse de un lugar a otro.

Meta 18. Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)

Una de las principales metas incluidas en el Plan de Desarrollo “BOGOTÁ POSITIVA” es Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual), que incluyó las siguientes acciones:

- Acompañamiento a la formulación de los Planes Educativos PES en 470 sedes de colegios (500.000 niños, niñas y adolescentes) que incluyó la educación para la sexualidad como estrategia para desarrollar procesos formativos.
- Línea 106 al alcance de niños, niñas y adolescentes que funcionó los 7 días a la semana durante 15 horas a través diferentes mecanismos de acceso: teléfono, Chat y Buzón dado el carácter promocional de la línea al estar dispuesta como una red de apoyo, los niños niñas y adolescentes no sólo hablan de sus problemas sino también sobre experiencias positivas en una solicitud de información en salud y de las experiencias relacionadas con la construcción de su sexualidad.
- Se diseñó e implementó la estrategia de comunicación “Que tu primer sea el amor propio” (Difusión de la estrategia de comunicación con más 8.900 adolescentes y jóvenes); de igual forma se diseñó e implementó la estrategia educativa “Asómbrate bajo el árbol de la vida” para los temas de prevención de embarazo adolescente.

GRAFICO 23 NACIMIENTOS ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS BOGOTA 2010



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

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

El gasto para las acciones de \$1.060.888.106 desarrolladas por los proyectos salud a su casa, salud al colegio y comunidades saludables; En estos proyectos se vincularon 750.664 adolescentes con las acciones de la meta, con lo cual el gasto por individuo fue de \$1.413, actividad no costosa, al compararla con la tarifa reconocida por el Fondo Financiero Distrital de Salud (\$7000 promedio) para cualquier actividad de crecimiento y desarrollo incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

Durante 2010 se observa una disminución del 13.0% (n=494) con relación al mismo periodo del año 2009 (n=568). En el comportamiento de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años por localidad de residencia en el periodo de 2010 se observa que, en general, se presentó una disminución en el número de nacimientos en la mayoría de las localidades del distrito capital, exceptuando en Suba, Barrios Unidos, Santa Fe, San Cristóbal, Teusaquillo, Antonio Nariño y Candelaria frente a lo reportado en 2009.

Meta 19. Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años

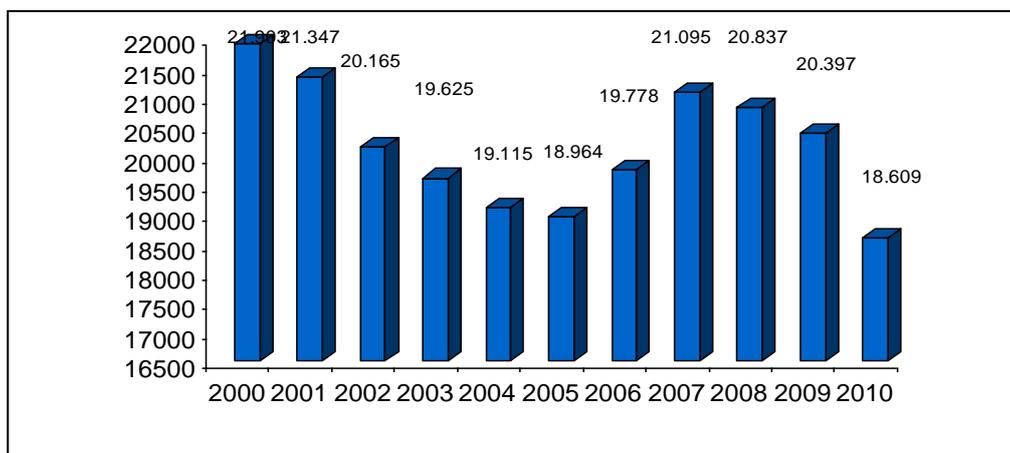
La estrategia principal para atender la problemática a la que da respuesta esta meta, es a través del Proyecto Salud al Colegio, con el acompañamiento a la formulación de los Planes Educativos PES en 470 sedes de colegios (500.000 escolares).

Las medidas que vienen siendo implementadas para el cumplimiento a la meta, han tenido como plataforma conceptual los derechos sexuales y derechos reproductivos, llevados a la práctica mediante dos ejes fundamentales: por un lado, la movilización social de adolescentes y jóvenes alrededor de sus derechos sexuales y reproductivos en ámbitos de vida como el comunitario y escolar, a través del estrategia de Salud al Colegio, materializado en procesos de formación de capacidades, reflexión y conocimiento respecto a temáticas como: autoestima, proyecto de vida, métodos de planificación familiar, prevención del abuso sexual, comunicación efectiva, relaciones de género

Por otro lado, a través del convenio de cooperación técnica con el UNFPA se realizó la producción y distribución de material educativo: Distribución de 2.585.000 condones masculinos y 30.000 condones femeninos (14 ESE, Universidades, batallones, ONG, cárceles, grupo juveniles, evento educativos con las poblaciones más vulnerables a ITS/VIH/Sida incluidos adolescentes y jóvenes) y se hizo la producción y distribución de 1.000 video clips.

Se llevó a cabo la organización y desarrollo de evento con Misión Bogotá, con la participación de ESE Y EPS-C, para movilizar el tema de los Salud Sexual y Reproductiva, con la participación de más de 1.000 adolescentes y jóvenes y como resultado y efecto sobre el problema del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad, en el año 2010 se observa una disminución del 8.8% (n=18.609) de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, con relación al año 2009 (n=20.397).

GRAFICO 24 NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS BOGOTA 2010



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

1.6 PERSPECTIVAS

En la vigencia 2011, el sector desarrollará la ampliación implementación y difusión de la política de Infancia y adolescencia y gratuidad en salud a otros actores como: EPSS, ESE e IPS de la red complementaria. Asistencia Técnica y de asesoría a los diferentes actores del sistema para articular

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

acciones conjuntas dentro del marco del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008 - 2012. Se implementará la estrategia CURYC (Central Unica de Referencia y Contrarreferencia) en todos los Sistemas de Seguridad Social diferentes al Régimen Subsidiado de Salud ya instaurado en el Distrito, empezando por el Régimen Contributivo. De igual forma el Call Center – Línea 195 se extenderá a las 22 Empresas Sociales del Estado.

Se ajustará la estrategia de Gratuidad en Salud, en el contexto de la nueva normatividad, Ley 1438 de 2011 -(reforma en salud) para seguir dando cubrimiento a la población que se ha venido beneficiado de este programa. Se implementará las propuestas elaboradas tendientes a resolver la problemática del talento humano que labora en las Empresas Sociales del Estado, buscando mejorar sus condiciones laborales como lo es la vinculación a través de plantas de supernumerarios, y la propuesta de ajuste y nivelación salarial de los empleados públicos del sector distrital de salud, la estrategia de entornos de trabajo saludables, la estrategia de escuela de capacitación, el estudio de cargas de trabajo, el desarrollo del sistema de información del talento humano para el sector salud, todas estas propuestas y estudios contribuyen dentro de su implementación al bienestar de los y las trabajadoras del sector salud y por ende a la calidad del servicio prestado.

A nivel de la Red Distrital de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea los retos 2011 apuntan a la generación de alianzas público-privadas, gestión interinstitucional-intersectorial, construcción de estrategias comunicativas y desarrollo de programas estructurados de promoción de la donación en los 16 bancos de sangre de la ciudad, siendo estas las estrategias fundamentales para generar en nuestra ciudad realmente la cultura de la donación voluntaria y habitual de sangre y lograr mantener por lo menos 26.1 unidades de sangre donadas por cada mil habitantes al mes. De igual manera, la capacitación a los profesionales de medicina, enfermería y bacteriología en el uso adecuado de la sangre, el fortalecimiento de los Programas de Hemovigilancia y de Gestión de la calidad en los 16 bancos de sangre y 70 servicios transfusionales y la actualización y consolidación del sistema de información de la Red Distrital de sangre permitirán cumplir con la gran responsabilidad del sector salud de garantizar la suficiencia, oportunidad y seguridad de la sangre que se transfunde en la ciudad.

Para el año 2011, el Hemocentro Distrital espera culminar las obras, adecuaciones físicas, funcionales, sistemas de información y gestión de calidad así como la adquisición de equipos para el primer banco público de células madre de cordón umbilical, laboratorio de inmunogenética aplicada a trasplantes y dejar listo para la fase inicial de pruebas en el año 2012. El Banco Distrital de tejidos humanos buscará su fortalecimiento para atender la demanda de trasplantes de piel, cornea y otros tejidos. Se implementará procedimientos para ofrecer nuevos tejidos con al menos 24 membranas amnióticas y el diseño e implementación de banco de tejidos maculo esqueléticos. Se formulará el proyecto una vez el estudio de factibilidad Ciudad – Salud se entregue; este estudio de factibilidad y el proyecto se llevarán a cabo con gestión participativa, incorporando compromisos y responsabilidades para cada sector involucrado y se fortalecerá el ejercicio de la rectoría en toda la ciudad, para la reorganización y estructuración de redes de servicios de salud y del modelo de atención en salud, involucrando el sector público y privado.

Se implementará el Decreto 530 de 2010 "por el cual se adopta la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital", para robustecer la apuesta de participación social que esta administración ha realizado y comprometer a la que está por venir en el camino de fortalecer la democracia en salud en la ciudad. Consolidar el desarrollo de la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para que Bogotá cuente con más y mejores procesos de participación social en salud, donde las comunidades efectivamente tengan capacidad de incidir en las decisiones importantes de salud que se toman en la ciudad.

Se desarrollará la estrategia de vivienda saludable en el marco de respuesta de salud ambiental, a nivel familiar, articulado con los planes familiares de Salud a Su Casa e Implementar una estrategia de participación social que se desarrolle con las familias de los Territorios de Salud a Su Casa. Con el fin de mejorar las condiciones nutricionales de la población escolar, se implementará el modelo operativo para optimizar las intervenciones en el Ámbito Escolar. Se afianzará el trabajo en red con aseguradoras, prestadores de servicios de salud, organizaciones sociales y sociedad civil, con el fin de incidir positivamente en la atención, calidad y acceso de los servicios de salud, disminuyendo barreras de acceso. Se aumentará la demanda inducida, la atención integral y el programa de Madre Canguro

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

intrahospitalario y ambulatorio. Se ampliará la estrategia de Salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en la red hospitalaria adscrita.

Se aumentará la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud en 309.745 nuevos afiliados, de acuerdo con el Listado Nacional de Población Elegible a 301110 del Ministerio de la Protección Social; Implementar historia clínica digital y servicios de telemedicina en Bogotá D.C. como componentes fundamentales de salud electrónica [E-Health]; Se garantizará sostenibilidad financiera en las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública Distrital Adscrita; Se capacitará a los Jueces del Circuito de Bogotá D.C. en temas del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Tutelas] y Poner en marcha la Empresa Promotora de Salud EPS Capital Salud EPS-S S.A.S.

Se creará y operará la cooperativa de Empresas Sociales del Estado de la Red Pública Distrital; Implementar un sistema único de costos en salud en el Distrito Capital; Se implementará el sistema de información de Si Capital; Se logrará unificación de los planes de beneficios para la población afiliada a los Regímenes de Seguridad Social en Salud [Ley 1393 de 2010]; Se logrará cobertura universal del aseguramiento en salud en el Régimen Subsidiado; Se garantizará la atención del 100% de la población afiliada y de los servicios No POS; Se garantizará la continuidad de 1.318.640 afiliados al régimen Subsidiado en Bogotá D.C; Se garantizará la atención prehospitalaria integral para ataque cerebral; Se aumentará cobertura de atención prehospitalaria en zona rural [Sumpaz] a través del programa Respuesta Rural y en pacientes críticos para el D.C y se intervendrán factores determinantes de urgencias y emergencias presentadas en el Distrito Capital.

Se adelantarán obras de reforzamiento estructural y ampliación y/o reordenamiento Hospital Kennedy II Nivel y construcción CAMI Chapinero; En dotación se adelantará procesos de contratación relacionados con adquisición de equipos hospitalarios para el Hospital Tintal; Se avanzará en la construcción Hospital de Bosa II Nivel, la reposición Hospital Simón Bolívar II Nivel, la construcción del Hospital de Usme II Nivel; Se llevará a cabo el reforzamiento y ampliación del CAMI Diana Turbay y el reforzamiento y ampliación del CAMI Pablo VI Bosa.

Se intervendrán 63.000 establecimientos comerciales, industriales o institucionales. Se afianzará y promoverá la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad SOGC, realizando capacitación en las diferentes localidades del Distrito Capital. Se realizará difusión y seguimiento a la implementación por parte de los prestadores de servicios de salud, de la política de seguridad del paciente en servicios priorizados (críticos y de alto riesgo), acorde con el decreto 3518 de 2006; Se mantendrá la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en el 100% de los acueductos del Distrito Capital; Se posicionará las políticas distritales de envejecimiento y vejez y en general, las del sector salud; Se ampliarán a 375 micro territorios con la Estrategia Salud a su Casa, aumentar en 15 nuevos micro territorios e implementar y gestionar respuestas integrales e integradas a las necesidades identificadas y se diseñará e implementará un sistema integrado de identificación, caracterización, oferta de servicios y seguimiento de los niños, niñas y adolescentes trabajadores en el Distrito.

Se incluirán en la EPS Distrital, servicios de atención especializados de los eventos en salud relacionados con el trabajo para los trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal; Se fortalecerá desde lo operativo y técnico la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables en Unidades de Trabajo Informal; Se incluirán en la EPS Distrital servicios de atención especializados de los eventos en salud relacionados con el trabajo para los trabajadores y trabajadoras en la Economía Informal y se fortalecerá desde lo operativo y lo técnico la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludables en Unidades de Trabajo Informal y se conformará el grupo funcional de la Secretaría Distrital de Salud que dé cuenta de la prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales, de acuerdo a la directriz establecida en el Plan Nacional de Salud Pública y la Resolución 425 de 2008.

Se posicionará el Hemocentro Distrital como un centro innovador, formador de recurso humano en salud, asesor, motivador de investigación y mejora continua de la calidad, que lidere en la ciudad el desarrollo tecnológico en los campos de banco de sangre de referencia aplicado a la medicina transfusional, terapia tisular y celular; Se atenderá de manera suficiente y oportuna las necesidades de sangre, componentes sanguíneos estándar, especiales y modificados, células madre de cordón umbilical, tejidos humanos como piel, córneas, membrana amniótica y esclera; igualmente, se ofrecerá

servicios de pruebas especiales en inmunohematología e histocompatibilidad aplicada a trasplantes y biología molecular.

Se implementará por primera vez en Colombia, una prueba piloto para el fraccionamiento industrial de plasma y se reorganizará la red pública hospitalaria en 8 redes y lograr aprobación por el Ministerio de Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación; Se consolidarán programas de Medicina Alternativa y Terapias Complementarias y de Hospitalización Domiciliaria en las ESE; Se implementará la Política Farmacéutica en Bogotá D.C; Se ampliara a 540 Sedes de Colegios Distritales, 215 Jardines Infantiles y se mantendrán las 8 Instituciones de Educación Superior, con un trabajo interinstitucional e intersectorial permitiendo la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida y de la salud; Se continuará avanzando en eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmuno prevenibles a través del programa Ampliado de Inmunizaciones. Se mantendrá la cobertura de 95% para los biológicos del Programa Ampliado de Inmunización y se aplicará 356.961 dosis Neumococo.

1.7 CONCLUSIONES

En armonía con los planteamientos del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”, el quehacer sectorial se ha venido orientado por la premisa fundamental de garantizar el derecho a la salud para toda la población de la ciudad, en el marco del fortalecimiento del Estado Social de Derecho, según el proyecto definido en la Constitución Política de 1991 y en los pactos internacionales firmados por el Estado Colombiano obligantes para la gestión pública en todo el territorio nacional, tomando como punto de partida y eje central de la respuesta Estatal el reconocimiento de condiciones, estilos y modos de vida diferenciales entre individuos, comunidades, grupos y territorios de la ciudad, vistas éstas como categorías determinantes del estado de salud enfermedad de la población, para lo cual, desde la Entidad y desde el Sector Salud se han venido buscando respuestas más integrales y articuladas, no sólo desde el quehacer propio del sector salud, sino, desde la competencia Estatal misma, involucrando también a la comunidad, en armonía con los planteamientos de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y la Atención Primaria en Salud [APS].

En su conjunto, las inversiones realizadas¹⁰ en 2010 vienen incorporando intervenciones integrales sectoriales y transectoriales de promoción de calidad de vida y salud y de vigilancia en los ámbitos en dónde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas, en armonía con los proyectos para el desarrollo de la autonomía [PDA] en crónicas, salud mental, salud oral, salud sexual y reproductiva, lesiones de causa externa, infecciosas, parasitarias y transmisibles, atendiendo, a su vez, a las transversalidades de nutrición, ambiente, discapacidades, trabajo, ocupación, adicciones y nutrición en la búsqueda de respuestas más equitativas en cuanto a género, edad, etnia, territorios y grupos sociales, bajo el ordenador de ciclo vital. Así mismo, vienen permitiendo avanzar en el aseguramiento de la población, en la garantía de la atención de la población vinculada, en la conformación de redes, en la creación del primer Banco Público de Tejidos y Células del País, en el mejoramiento de la atención pre hospitalaria y concretan el acceso a los servicios de salud de manera gratuita para niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y para la población en condición de discapacidad severa, afiliada al Régimen Subsidiado y con clasificación en el nivel 1 y 2 del SISBEN, de manera gradual incluyendo las actividades no POS-S.

Como conclusión de la gestión adelantada en 2010 por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC., se hace necesario señalar que, como producto de las intervenciones realizadas de manera sostenida, durante esta vigencia fiscal, se lograron resultados positivos en los indicadores de salud y calidad de vida conexos con las siguientes metas: [1]. A 2012 reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos”. [2]. A 2012 reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años. [3]. A 2012 reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos. [4]. A 2012 reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años. [5]. A 2012 aumentar la tasa de donación de sangre a 30 unidades por cada 1.000 habitantes.

10. La inversiones se materializan a través de los veintitrés Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud: “623-Salud a su Casa”; “624-Salud al Colegio”; “625-Vigilancia en Salud Pública”; “626-Instituciones Saludables y Amigables”; “627-Comunidades Saludables”; “628-Niñez Bienvenida y Protegida”; “629-Fortalecimiento de la Gestión Distrital en la Salud Pública”; “630-Salud al Trabajo”; “618-Promoción y Afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo”; “620- Atención a la Población Vinculada”; “632-Redes sociales y de servicios [Gestión Integral de Medicamentos]”; “631-Hemocentro Distrital y Banco de Tejidos”; “634-Ampliación y Mejoramiento de la Atención Prehospitalaria”; “614-Fortalecimiento de la Gestión y de la Planeación en Salud Para Bogotá D.C.”; “613-Gestión del Conocimiento y la Innovación en Salud”; “622-Diseño e Implementación de la Política Pública de Talento Humano en Salud”; “636-Plan Maestro de Equipamientos en Salud”; “633-Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria”; “615-Ciudad Salud”; “635-EPS Distrital”; “617-Participación Social por el Derecho a la Salud”; “616-Sistema de Información en Salud Automatizado y en Línea Para Bogotá D.C.” y “613-Investigaciones en Salud...” y 637- Rectoría en Salud”.

Rendición de Cuentas Secretaría Distrital de Salud D.C. – Año 2010.

El éxito se debe, a la continuidad, en algunos casos, y, en otros, a la implementación de nuevas estrategias para toda la ciudad encaminadas hacia la reducción de la mortalidad evitable por las principales causas y grupos etáreos, unida a las intervenciones integrales en ámbitos en dónde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas, así como al avance en aquellas intervenciones sobre la oferta encaminadas hacia el fortalecimiento de las redes sociales y de servicios, incluida la red de urgencias y de emergencias y a la atención gratuita de grupos especiales de población, así como a la culminación y puesta en operación de obras de infraestructura y de dotación en la red pública adscrita, encaminadas hacia el mejoramiento de la infraestructura existente y hacia la ampliación de nuevos organismos hospitalarios para la ciudad, junto con las coberturas de vacunación logradas y mantenidas durante los últimos años.

De igual forma se debe al mantenimiento de coberturas de vacunación por encima del 94%, a la incorporación de nuevos biológicos Neumococo Hepatitis A , Rotavirus, al seguimiento semanal que se le hace por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a las empresas sociales del Estado en el cumplimiento de las metas establecidas en vacunación, a las inversiones en infraestructura y dotación y a la prestación de servicios de salud a través de las empresas sociales del Estado y red complementaria, a la integración de huella digital con el comprobador de derechos para la autenticación de los usuarios en la red adscrita; a la garantía de la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado gracias al trabajo conjunto de las Secretarías de Hacienda y Salud que reorientaron y destinaron nuevos recursos para garantizar el funcionamiento y por ende la prestación de los servicios a la población del Distrito Capital.

Aunque una de las fortalezas del Sector Salud la constituye la intervención Estatal en una de las principales barreras de acceso al sistema de salud, como lo es la de carácter económico, con cobertura en Bogotá D.C. de subsidios directos en salud para cerca del 20% de la población total de la Ciudad, se hace necesario reconocer como parte de la dinámica de la operación misma del sistema en la ciudad, la presencia del no equilibrio entre planes de beneficios, barreras administrativas y separación entre actores, con incidencias en la salud de la población. En este sentido, subsiste hoy la necesidad de lograr un mayor acercamiento por parte de todos y cada uno de actores que hacen parte del sistema de seguridad social de salud en la ciudad, en especial frente a temas estructurales como reducción de mortalidad evitable y de embarazos en adolescentes; así como, respecto de los demás compromisos de ciudad y de proyecto incorporados en el Artículo 32 del Acuerdo 309 de junio de 2008 del Concejo de Bogotá D.C., prioritarios para la Administración Distrital, temas sobre los cuales se viene trabajando.