

Informe Sectorial

Vigencia 2011

A partir de los indicadores del Acuerdo 308 de 2008
(Metas de Ciudad) y Acuerdo 067 de 2002



CAPÍTULO III. SECTOR SALUD

PRESENTACIÓN

Para la elaboración se tuvo en cuenta los lineamientos impartidos por la Secretaría Distrital de Planeación para la construcción del documento de análisis de los resultados de los indicadores de ciudad – vigencia 2011. En este sentido y bajo la mirada de un análisis lógico, en el presente documento se incorpora información referente a coberturas de vacunación relacionada con el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, indicadores de calidad de vida de la población del Distrito Capital, comportamiento del aseguramiento en la ciudad en términos de afiliados al régimen subsidiado, razones de mortalidad, donación de órganos, tejidos, donación de sangre y tiempo de respuesta pre hospitalaria.

Bajo la mirada de la política pública distrital de salud, todo lo anterior se enmarca y armoniza con la convergencia del Plan de Desarrollo: Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor 2008 - 2012, registrándose, así, algunos de los resultados de la gestión adelantada por la Entidad y por el Sector Público de la Salud en la Ciudad, como producto de las respuestas dadas frente a aquellas responsabilidades de ciudad identificadas y encomendadas en el contexto de la formulación del Plan de Desarrollo Distrital y del Plan Territorial de Salud, tal y como quedara reglamentado en la Ley 1122 de 2007, en la Ley del Plan Nacional de Salud Pública-Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución Reglamentaria 425 de 2008 y demás normas y documentos explicativos.

Este documento se estructura en dos partes. La primera contiene una breve presentación. La segunda incorpora el análisis total Bogotá, análisis por localidad y factores internos y externos que incidieron en el comportamiento de los indicadores correspondientes al Acuerdo 308 de 2008 y Acuerdo 067 de 2002, así como las intervenciones llevadas a cabo por la Entidad como respuesta a algunos de los principales problemas sociales que aquejan a la población de la ciudad.

Cuadro XX
Resumen. Indicadores en el marco de los Acuerdos 067/2002 y 308/2008 asociados al sector Salud
2002-2011

Indicador	Meta PDD	Fuente	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ACUERDO 308 DE 2008 - Metas de ciudad												
Cobertura de vacunación con antipolio en menores de un año	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	90,5	94,4	92,4	90,6	92,7	94,1	96,9	96,7	94,2	89,6
Cobertura de vacunación contra difteria tétanos y tétanos (DPT) en menores de un año	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	85,4	93,3	92,3	90,5	92,6	94,0	96,8	96,6	94,2	89,6
Cobertura de vacunación con BCG en niños menores de un año	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	99,1	105,1	105,6	99,9	103,4	103,6	98,2	102,7	101,1	99,3
Cobertura de vacunación contra hepatitis B en menores de un año	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	86,9	93,7	92,0	90,5	92,7	94,2	96,7	96,6	93,8	89,4
Cobertura de vacunación con anti haemophilus influenzae tipo B en menores de un año	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	83,7	95,6	92,4	90,5	92,8	94,1	96,8	96,6	94,2	89,6
Cobertura de vacunación con triple viral (sarampión-rubéola y parotiditis)	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	97,5	92,1	91,6	92,6	94,8	94,3	97,6	98,7	97,5	93,2
Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños de un año de edad	Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año.	SIS-151 Resumen mensual de vacunación	0,0	0,0	76,8	82,2	90,2	92,3	74,4	104,6	69,9	102,6
Prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años	Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años.	Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud	15,3	13,1	13,2	13,1	12,5	12,5	12,3	12,3	11,0	
Tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (por 100.000 menores de cinco años)	Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años	Registro Civil, estadísticas vitales/componente de certificado de nacido vivo - DANE (Base para el seguimiento Secretaría Distrital de Salud).	5,3	2,3	5,4	5,0	4,4	4,1	2,7	3,0	0,8	
Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años	Reducir a 7,5% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años	Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud	11,7	10,7	10,3	10,1	9,8	9,1	8,8	9,0	8,2	5,2
Período de lactancia materna exclusiva	Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (Mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo - Concejo)	Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional - SISVAN - Secretaría Distrital de Salud	2,5	2,3	2,5	2,4	2,2	2,6	2,9	3,1	3,0	3,0

3.1 Cobertura de vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI reduce la incidencia y mortalidad generada por las enfermedades inmunoprevenibles, protegiendo a la población ante futuros contactos con los agentes infecciosos contra los que se vacunan, evitando la infección o la enfermedad; y es el resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de un amplio respaldo para alcanzar la cobertura universal, protegiendo anualmente la vida de millones de niños y niñas, pasando de una cobertura de 50% a 80% actualmente.

Desde la Secretaría Distrital de Salud y bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social y de la Organización Panamericana de la salud, se ha venido aportando a la reducción de las inequidades sociales y económicas, factores que se convierten en una barrera de acceso, para que niños y niñas cuenten con el esquema de vacunación completo, constituyéndose como una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la población, tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno.

Bogotá ha sido líder en el diseño e implementación de estrategias novedosas que han permitido a lo largo de los últimos años mejorar las coberturas de vacunación por encima del 95% y han engranado sin precedentes a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante actividades que van desde la búsqueda activa de menores objeto del programa por diferentes medios hasta las más amplias campañas de divulgación y mercadeo.

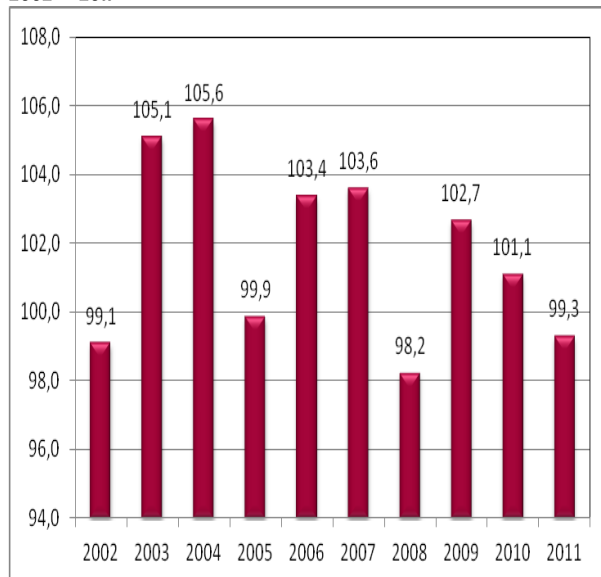
3.1.1 Cobertura de vacunación con BCG en niños menores de un año

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

La mayor cobertura en el biológico BCG se logró en 2009 con 102.7% con 122.374 niñas y niños vacunados, seguido del año 2010 con una cobertura de 101.1% con 120.969 niños y niñas vacunados; en el año 2011 se realizó la vacunación de 119.226 niños y niñas alcanzando una cobertura del 99.3% (información preliminar).

Para el cumplimiento de esta cobertura por encima del 95%, en general, se realizó inducción, reinducción, capacitación y certificación del talento humano del PAI en el esquema regular de vacunación y nuevos biológicos. Se amplió la capacidad instalada de la red de frío en el nivel central y local; se garantizaron en su totalidad la disponibilidad de insumos críticos del PAI [Vacunas del esquema regular e insumos para la aplicación]; así como la implementación de la estrategia donde ningún recién nacido puede salir de la institución sin ser vacunado, así como realizar el seguimiento a los menores de 2.500 gramos a quienes una vez recuperado el peso se aplicará el biológico.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de un año 2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de un año por localidad 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	124,0	132,2	127,6	122,2
Chapinero	150,2	147,9	122,7	112,6
Santa Fe	1,3	1,7	1,5	2,6
San Cristóbal	178,4	192,7	199,5	182,0
Usme	12,9	10,6	7,7	6,0
Tunjuelito	126,7	129,9	127,2	121,3
Bosa	43,1	36,7	33,0	25,3
Kennedy	70,2	72,4	72,5	71,4
Fontibón	35,7	33,1	29,7	22,5
Engativá	72,7	58,2	57,6	63,8
Suba	61,8	60,6	57,0	48,8
Barrios Unidos	87,0	448,2	240,9	259,2
Teusaquillo	311,2	431,2	688,8	785,8
Los Mártires	524,2	301,7	343,3	564,2
Antonio Nariño	0,1	0,1	0,0	2,4
Puente Aranda	109,6	105,1	91,0	83,1
La Candelaria	2,6	3,3	2,4	1,4
Rafael Uribe Uribe	85,2	70,8	60,5	56,1
Ciudad Bolívar	71,7	76,3	75,4	66,4
Sumapaz	75,0	20,0	16,7	13,5
Total Bogotá D.C.	98,2	102,7	101,1	99,3

Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

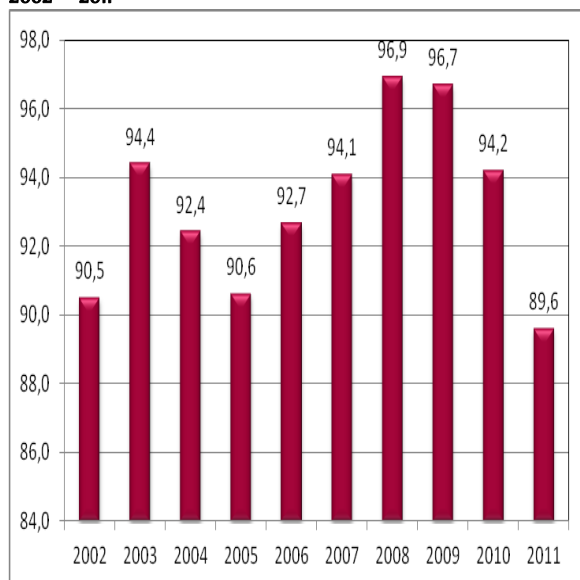
Las localidades como Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Tunjuelito, Teusaquillo, Mártires y Puente Aranda presentan coberturas superiores al 100%, debido a la concentración de IPS que atienden partos y realizan la vacunación antes de salir el binomio madre e hijo, permitiendo que se registre en el sitio del nacimiento y no de procedencia de la madre e hijo. De acuerdo a lo establecido en la resolución 671/2000 de la Secretaría Distrital de salud. Teniendo en cuenta que aproximadamente el 9% de los partos atendidos en el Distrito son de personas cuya residencia habitual no es Bogotá.

3.1.2 Coberturas de vacunación con Antipolio, difteria tosferina y tétanos (DPT), hepatitis B, anti haemophilus influenzae tipo B en menores de un año.

Análisis descriptivo de los indicadores Total Bogotá – vigencia 2011

La mayor cobertura en el biológico antipolio se logró en el año 2008 obteniendo el 96.9% con 115.036 niñas y niños; para 2009 los resultados se mantienen logrando coberturas de vacunación del 96.7% con 115.265 niñas y niños vacunados y 94.2% en 2010, con 112.683 niñas y niños vacunados; en el 2011 se realizó la vacunación de 107.598 niños y niñas logrando una cobertura del 89.6% (información preliminar).

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con Antipolio en
menores de un año
2002 – 2011



Fuente: SIS-151 Resumen Mensual de Vacunación

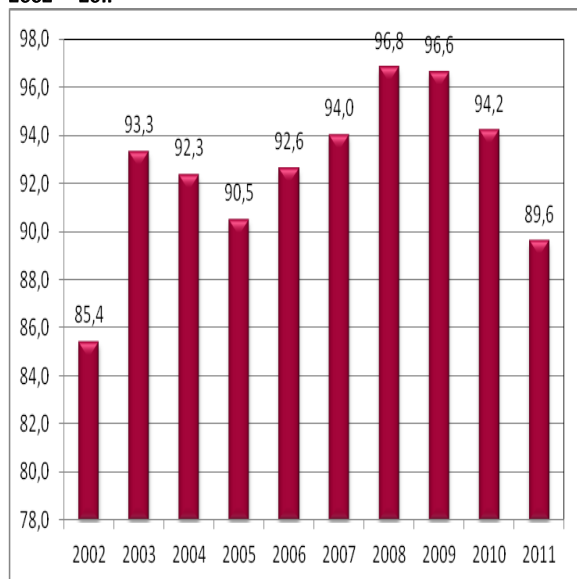
Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con Antipolio en menores
de un año por localidad
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	91,1	102,8	101,4	95,5
Chapinero	103,0	114,4	98,5	97,0
Santa Fe	86,9	82,6	87,6	86,5
San Cristóbal	92,9	94,7	97,7	87,3
Usme	102,3	92,7	95,9	84,9
Tunjuelito	89,9	87,1	88,8	83,4
Bosa	102,6	95,0	95,5	91,5
Kennedy	91,2	93,4	91,1	89,8
Fontibón	96,7	94,7	95,3	87,1
Engativá	101,1	97,7	95,9	89,6
Suba	101,8	93,7	90,0	81,8
Barrios Unidos	104,6	126,7	94,4	94,1
Teusaquillo	84,4	83,1	87,5	82,5
Los Mártires	96,2	82,3	70,0	85,2
Antonio Nariño	82,1	86,2	87,2	89,3
Puente Aranda	94,9	103,6	95,2	95,2
La Candelaria	73,2	87,9	80,4	86,4
Rafael Uribe Uribe	106,0	105,2	99,7	91,2
Ciudad Bolívar	103,2	96,2	93,4	89,8
Sumapaz	132,5	138,0	75,0	109,6
Total Bogotá D.C.	96,9	96,7	94,2	89,6

Fuente: SIS-151 Resumen Mensual de Vacunación

En el biológico DPT se logró en el año 2008 el 96.8% con 114.885 niñas y niños vacunados, en 2009, los resultados se mantienen logrando cobertura de 96.6% con 115.176 niñas y niños vacunados y para 2010 el resultado fue del 94.2% con 112.699 niñas y niños vacunados; en el 2011 se realizó la vacunación de 107.628 niños y niñas con una cobertura del 89.6% (información preliminar). Los resultados para los biológicos Difteria, Tosferina y Tétanos [DPT], Hepatitis B [HB] y Haemophilus Influenzae tipo B [Hib] son similares teniendo en cuenta que este biológico se aplica en presentación de la pentavalente en el país; las diferencias en coberturas se deben a las dosis aplicadas No POS con biológicos acelulares, las cuales en algunas presentaciones no incluyen el antígeno de Hepatitis B [HB].

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación contra difteria tosferina y tétanos (DPT) en menores de un año 2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación contra difteria tosferina y tétanos (DPT) en menores de un año por localidad 2008 – 2011

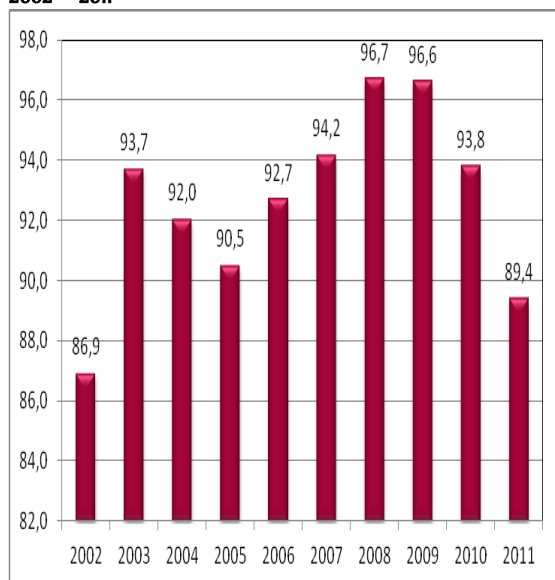
Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	90,8	102,9	101,5	95,6
Chapinero	102,6	113,7	98,5	96,7
Santa Fe	86,4	82,6	88,5	86,5
San Cristóbal	92,2	94,7	97,3	87,3
Usme	102,3	92,7	95,8	84,9
Tunjuelito	89,9	87,1	88,9	83,4
Bosa	102,6	95,0	95,5	91,5
Kennedy	91,2	93,4	91,1	89,8
Fontibón	96,7	94,7	95,2	87,1
Engativá	101,1	97,8	95,8	90,0
Suba	101,6	93,7	90,0	81,8
Barrios Unidos	104,7	126,2	94,2	93,9
Teusaquillo	84,2	82,2	87,8	82,5
Los Mártires	96,1	82,4	70,1	85,7
Antonio Nariño	82,1	86,1	87,3	89,5
Puente Aranda	95,0	103,6	95,2	95,2
La Candelaria	73,2	87,9	83,3	86,4
Rafael Uribe Uribe	105,9	105,2	100,0	91,3
Ciudad Bolívar	103,2	96,2	93,4	89,8
Sumapaz	132,5	138,0	75,0	109,6
Total Bogotá D.C.	96,8	96,6	94,2	89,6

Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

En vacunación con hepatitis B, en el año 2008 se logró una cobertura del 96.7% con 114.819 niñas y niños vacunados, para 2009, los resultados se mantienen logrando una cobertura del 96.6% con 115.185 niñas y niños vacunados y para 2010 del 93.8% con 112.276 niñas y niños vacunados; en el año 2011 se vacunaron 107.365 niños y niñas con una cobertura del 89.4% (información preliminar).

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con Hepatitis B en menores de un año
2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Cuadro XXX

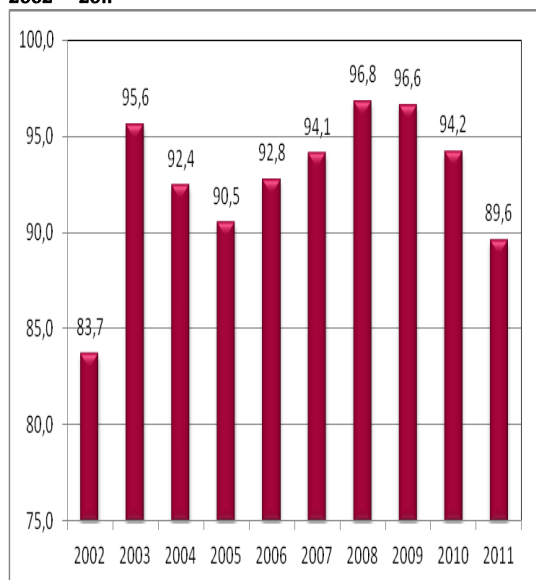
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con Hepatitis B en menores de un año
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	90,6	102,8	98,6	95,4
Chapinero	101,5	113,3	97,4	94,8
Santa Fe	86,4	82,8	88,7	86,5
San Cristóbal	92,0	94,9	97,8	87,9
Usme	102,4	92,7	95,9	85,1
Tunjuelito	90,0	87,4	88,9	83,4
Bosa	101,8	95,0	95,6	91,5
Kennedy	91,2	93,5	91,1	89,8
Fontibón	96,6	94,7	95,5	86,6
Engativá	101,1	97,8	95,8	90,0
Suba	101,7	93,7	88,7	81,8
Barrios Unidos	105,1	126,4	94,1	93,9
Teusaquillo	83,9	82,2	86,9	82,8
Los Mártires	96,1	79,3	68,6	72,6
Antonio Nariño	83,2	86,1	87,3	89,6
Puente Aranda	95,0	103,7	95,2	95,2
La Candelaria	73,2	87,9	83,3	86,4
Rafael Uribe Uribe	106,6	105,2	100,1	91,4
Ciudad Bolívar	103,3	96,6	93,7	89,9
Sumapaz	132,5	138,0	75,0	109,6
Total Bogotá D.C.	96,7	96,6	93,8	89,4

Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

En haemophilus influenzae tipo B, para 2008 se logró una cobertura del 96.8% con 114.885 niñas y niños vacunados, para 2009, los resultados se mantienen logrando una cobertura del 96.6% con 115.176 niñas y niños vacunados y para 2010 el resultado fue del 94.2% con 112.699 niñas y niños vacunados; en el año 2011 se vacunaron 107.628 niños y niñas alcanzando una cobertura del 89.6% (Información Preliminar).

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con anti
Haemophilus Influenzae tipo B en menores de un año
2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con anti Haemophilus
Influenzae tipo B en menores de un año
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	90,6	102,9	101,5	95,6
Chapinero	102,7	113,7	98,5	96,7
Santa Fe	86,4	82,6	88,5	86,5
San Cristóbal	92,2	94,5	97,3	87,3
Usme	102,3	92,9	95,8	84,9
Tunjuelito	89,9	87,1	88,9	83,4
Bosa	102,6	95,0	95,5	91,5
Kennedy	91,2	93,4	91,1	89,8
Fontibón	96,7	94,7	95,2	87,1
Engativá	101,1	97,8	95,8	90,0
Suba	101,6	93,7	90,0	81,8
Barrios Unidos	104,6	126,2	94,2	93,9
Teusaquillo	84,0	82,2	87,8	82,5
Los Mártires	96,9	82,4	70,1	85,7
Antonio Nariño	82,1	86,1	87,3	89,5
Puente Aranda	95,0	103,6	95,2	95,2
La Candelaria	73,2	87,9	83,3	86,4
Rafael Uribe Uribe	105,9	105,2	100,0	91,3
Ciudad Bolívar	103,2	96,2	93,4	89,8
Sumapaz	132,5	138,0	75,0	109,6
Total Bogotá D.C.	96,8	96,6	94,2	89,6

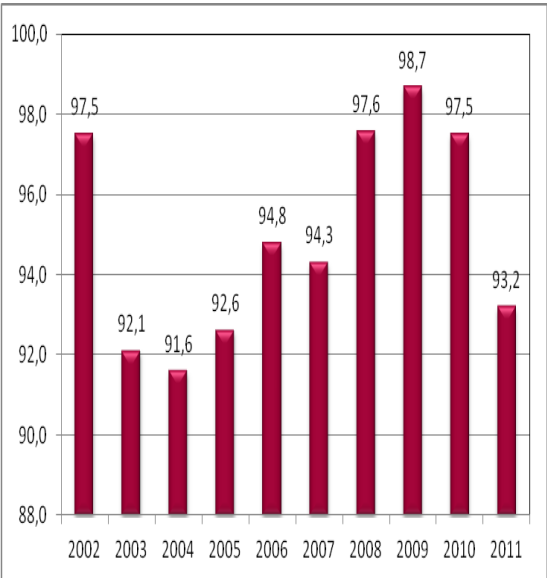
Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

3.1.3 Coberturas de vacunación con triple viral (sarampión- rubéola y parotiditis), fiebre amarilla en niños y niñas de un año

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Durante la vigencia 2009 se logró una cobertura del 98.7% con 117.939 niñas y niños vacunados, para 2010 los resultados se mantienen con una cobertura del 97.5% con 116.011 niñas y niños vacunados; en el año 2011 se realizó la vacunación de 117.597 niños alcanzando una cobertura del 93.2% (información preliminar).

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con triple viral (sarampión- rubéola y parotiditis) en menores de un año 2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

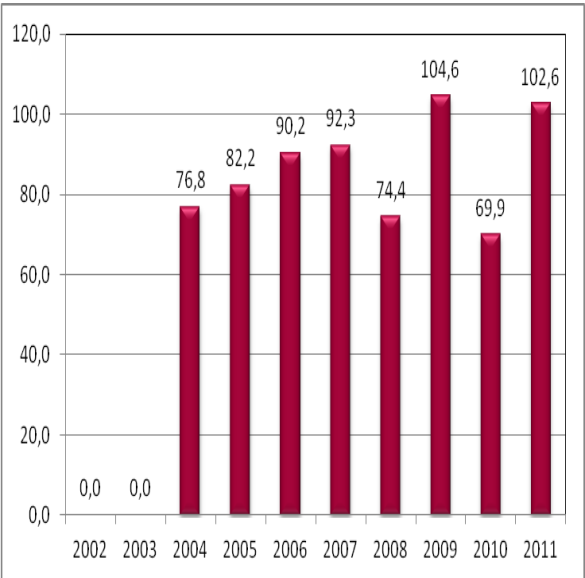
Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación con triple viral (sarampión- rubéola y parotiditis) en menores de un año 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	91,8	99,8	106,8	93,7
Chapinero	104,7	110,3	103,7	97,8
Santa Fe	95,2	87,7	93,2	89,3
San Cristóbal	92,8	96,1	99,5	87,9
Usme	103,0	98,0	94,9	90,8
Tunjuelito	87,7	94,5	91,8	90,8
Bosa	101,4	98,7	98,8	97,5
Kennedy	98,1	94,1	96,0	97,6
Fontibón	93,6	96,4	99,5	92,9
Engativá	99,9	99,8	101,3	92,4
Suba	104,2	95,2	93,8	87,7
Barrios Unidos	98,8	128,4	96,9	92,7
Teusaquillo	75,1	81,5	88,7	72,7
Los Mártires	82,2	89,6	69,3	89,4
Antonio Nariño	89,3	97,4	92,2	94,7
Puente Aranda	92,6	103,1	102,1	99,7
La Candelaria	88,4	96,8	79,5	82,8
Rafael Uribe Uribe	104,1	105,5	103,8	99,7
Ciudad Bolívar	107,3	103,8	92,4	91,7
Sumapaz	86,3	160,4	80,0	96,6
Total Bogotá D.C.	97,6	98,7	97,5	93,2

Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Con el biológico fiebre amarilla en 2009 se logró una cobertura del 104.6% con 124.011 niñas y niños vacunados, para 2008 y 2010 se alcanzó una cobertura del 74.4% con 87.877 niños y niñas y del 69.9% con 83.173 niños y niñas vacunados respectivamente. En el año 2011 se realizó la vacunación de 122.820 niños y con una cobertura del 102.6% (información preliminar). El cumplimiento de cobertura de vacunación para los años 2009 y 2011 con resultado superior al 100% en la mayoría de las localidades obedece al número de niños y niñas que no cumplieron el esquema de vacunación durante los años 2008 y 2010 los cuales fueron captados durante la vigencia 2009 y 2011.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas de un año. 2002 – 2011



Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas de un año. 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	63,6	100,4	74,5	90,8
Chapinero	62,2	103,5	63,0	96,4
Santa Fe	69,7	95,8	77,6	100,1
San Cristóbal	74,5	102,6	70,9	96,6
Usme	80,7	105,0	59,8	104,8
Tunjuelito	68,5	100,4	66,2	105,4
Bosa	79,0	106,8	67,8	108,0
Kennedy	76,1	102,4	71,8	110,4
Fontibón	84,7	102,0	75,1	110,4
Engativá	80,2	106,0	75,7	100,0
Suba	82,4	105,2	67,1	100,3
Barrios Unidos	63,0	120,7	68,5	104,9
Teusaquillo	55,2	86,1	69,1	80,2
Los Mártires	61,0	96,5	55,3	93,6
Antonio Nariño	67,9	106,3	65,0	99,5
Puente Aranda	70,6	108,5	75,1	107,1
La Candelaria	66,1	112,2	66,5	104,0
Rafael Uribe Uribe	75,4	115,6	73,3	117,9
Ciudad Bolívar	81,5	109,9	70,3	99,2
Sumapaz	86,3	170,8	83,1	89,7
Total Bogotá D.C.	74,4	104,6	69,9	102,6

Fuente: SIS-151 RESUMEN MENSUAL DE VACUNACION

Para el cumplimiento de estas coberturas, en general, se mantuvieron las estrategias de intervenciones extramurales (seguimiento, concentración, jardines y casa a casa), así mismo se realizó la contratación de 10 motocicletas con el fin de ubicar los niños y niñas con esquema de vacunación pendiente a los cuales no fue posible contactar telefónicamente. Así mismo horarios extendidos, el call center, Vacunación permanente en los 350 puntos de vacunación del Distrito, de manera gratuita, independiente del régimen de afiliación al Sistema general de Seguridad Social en Salud; Implementación de la estrategia seguimiento a cohortes de manera estandarizada para los diferentes actores (ESE- EPS-S, EPS C); Seguimiento permanente a la oportunidad y calidad de la información de recién nacidos en las IPS que atienden partos; Demanda inducida en IPS de manera telefónica y por los diferentes servicios (crecimiento y desarrollo, odontología, pediatría, medicina general entre otras); Seguimiento del uso adecuado de los insumos del programa(vacunas, jeringas, carnés entre otros); Capacitación permanente sobre los biológicos y procedimientos del programa a las auxiliares vacunadoras de las IPS, equipo extramural y centros de acopio; Visitas de asesoría y asistencia técnica a las localidades e IPS con el mas bajo cumplimiento de metas; Reuniones semanales con los gerentes de las ESE y referentes locales del PAI, en las cuales se presentan los avances del programa permanente de vacunación y se generan nuevas estrategias; Se realizó seguimiento diario al reporte de dosis aplicadas en niños y niñas menores de un año (terceras dosis de polio); Se realizó seguimiento para la firma de circular con la cual se implementara el paz y salvo de vacunación, este documento se encuentra

firmado por Secretaria distrital de educación y Secretaria Distrital de Integración Social, se encuentra en trámite en ICBF.

Análisis descriptivo de los indicadores por Localidad – vigencia 2011

La situación geográfica de algunas localidades como lo es Usaquén supera una cobertura de 100% en algunos años, debido a que los niños y niñas menores de un año que habitan en municipios de Cundinamarca cercanos a la localidad (Chía, Cajica, Nemocón, entre otros) sus cuidadores y padres los traen a los puestos más cercanos del Distrito al esquema oficial de vacunación; otro factor que incide en el cumplimiento superior al 100% es la concentración de IPS (contributivas) en algunos sectores de la ciudad entre los cuales se encuentran las localidades Chapinero, Barrios Unidos y Rafael Uribe.

Es importante resaltar el acuerdo interinstitucional existente en el Distrito, entre el sector público y privado, el cual disminuye barreras de acceso dando la oportunidad a los niños y niñas de la ciudad para ser vacunados en el lugar más cercano a su residencia independiente del régimen de afiliación al sistema de salud, esta estrategia facilita el acceso de la población a este derecho.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Durante la vigencia 2011 entre las limitaciones presentadas para el cumplimiento de las coberturas en la población menor de un año de edad para los biológicos de polio, DPT, HB, Hib y en población de un año con triple viral y fiebre amarilla, se encuentran:

- ✓ No se contó con estrategia permanente de comunicaciones a través de medios masivos de alto rating.
- ✓ Estimaciones de población basadas en censo DANE 2005, las cuales se alejan cada vez más de la realidad.
- ✓ No disponibilidad de vacuna hexavalente durante 3 meses afectando el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas menores de un año.
- ✓ Existencia de barrios de difícil acceso para los grupos extramurales relacionados con la seguridad de los funcionarios.
- ✓ Largo periodo de temporada invernal lo cual repercute en el buen desarrollo de la estrategia extramural.
- ✓ Debilidad en la respuesta a la articulación del sector y de otros actores para mantener las coberturas de vacunación por encima del 95% en todos los biológicos, lo cual imposibilita el trabajo intersectorial donde la respuesta de todos concurre para mantener las coberturas del programa.
- ✓ La comunidad en general especialmente los padres y cuidadores no responden de manera continua y oportuna al cumplimiento del esquema de vacunación, aumentando la susceptibilidad de padecer enfermedades

Inmunoprevenibles, afectando de manera directa el logro de los objetivos del programa.

De igual forma, durante el 2011, se realizaron jornadas de vacunaciones masivas, ejecutadas por lineamiento del Ministerio de la Protección Social:

- ✓ jornada masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola en la población de 10 a 19 años de edad debido a la presencia de cinco casos confirmados de Sarampión en el Distrito de Barranquilla (1 importado y 4 casos secundarios) en la cual se obtuvo como resultado la vacunación de 788.595 (información preliminar) niños y niñas, esta campaña inicio el día 24 de octubre, fue enfocada en las instituciones educativas (colegios, universidades e institutos técnicos) públicos y privados.
- ✓ Aplicación de 13.122 dosis de vacuna contra Sarampión y Rubéola a población de 14 a 39 años, del aeropuerto, centros turísticos, centros comerciales, hoteles, profesionales de la salud de los servicios de urgencias, centros deportivos, entre otros. Enmarcado en el plan de acción para preparación del mundial sub -20.

3.2 Desnutrición

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros. Este indicador refleja de manera proximal la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de las familias.

La desnutrición en la niñez menor de cinco años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta a su estado de salud de por vida. Atender a este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños.¹

La situación nutricional en Latinoamérica, Colombia y en la ciudad de Bogotá, es un indicador más de las desigualdades sociales; así mismo, es causa y a su vez consecuencia de la pobreza. Es así como la desnutrición deteriora el capital humano a través de sus efectos intergeneracionales e irreversibles sobre el desarrollo físico y cognitivo. La malnutrición especialmente por déficit disminuye la capacidad de aprendizaje afecta el rendimiento escolar y contribuye a la deserción escolar.

Más de la mitad de las muertes infantiles son causadas directa o indirectamente por el hambre o la desnutrición, de igual forma la desnutrición y la deficiencia de micronutrientes incrementan significativamente el riesgo de muerte materna. Una

¹ Documento CEPAL Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe. Abril 2006

adecuada nutrición infantil se vincula directamente con el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).

3.2.1 Desnutrición crónica en menores de cinco años

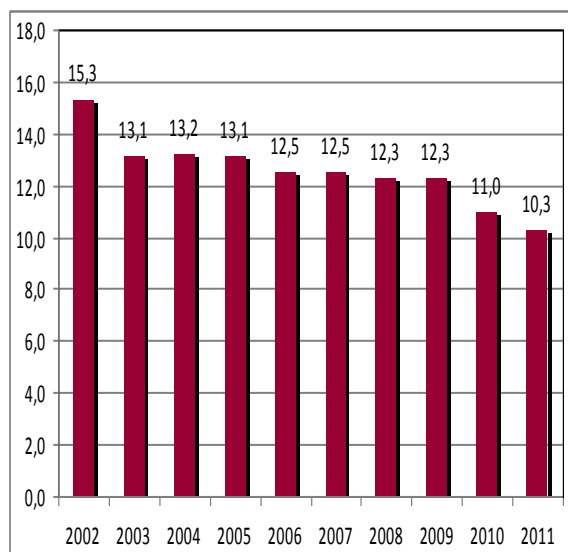
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

El indicador talla para la edad, mide la velocidad de crecimiento en un periodo de tiempo y permite determinar el retraso en el mismo, definido como desnutrición crónica.

La desnutrición crónica es el resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otras. Todas ellas asociadas generalmente a la pobreza de la familia, bajo nivel educativo, escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables, y al uso ineficiente de los recursos.

Para la ciudad de Bogotá, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años ha disminuido 2% pasando de 12.3% en el 2008 y 2009 a 10.3% en el 2011.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Desnutrición crónica en menores de cinco años
2002 – 2011



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Desnutrición crónica en menores de cinco años por localidad
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	13,0	13,3	11,4	11,6
Chapinero	12,3	12,2	12,1	9,0
Santa Fe	17,2	18,6	14,9	14,1
San Cristóbal	16,0	16,5	15,2	13,0
Usme	15,4	14,5	13,3	13,5
Tunjuelito	13,1	12,4	10,5	10,3
Bosa	11,8	12,6	11,0	9,4
Kennedy	9,4	9,4	8,8	8,1
Fontibón	10,5	10,2	8,1	8,0
Engativá	10,9	9,9	8,6	8,4
Suba	10,6	10,8	9,8	9,1
Barrios Unidos	9,9	9,1	9,2	7,9
Teusaquillo	7,8	9,4	7,8	9,0
Los Mártires	13,9	12,8	9,6	12,3
Antonio Nariño	12,2	12,2	9,3	10,5
Puente Aranda	9,0	9,2	7,6	7,6
La Candelaria	14,1	16,0	11,0	12,7
Rafael Uribe Uribe	11,7	13,6	11,7	13,4
Ciudad Bolívar	14,3	14,3	13,7	12,3
Sumapaz	15,9	16,6	13,3	13,2
Sin Localidad	10,9	10,4	10,2	9,7
Total Bogotá D.C.	12,3	12,3	11,0	10,3

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El comportamiento de la desnutrición crónica por localidad de residencia muestra que las localidades que mantienen las prevalencias más altas son Santafé, San Cristóbal, Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar. Lo anterior está relacionado con la vulnerabilidad alimentaria que refleja "la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano" y la vulnerabilidad nutricional, que se relaciona con el aprovechamiento biológico de los alimentos, condicionado a su vez por factores ligados a la calidad de la dieta y al estado de salud individual, entre otros aspectos.

En ese sentido una población es vulnerable cuando por una parte, enfrenta un riesgo y, por otra, presenta una menor capacidad de respuesta frente a dicho riesgo. En esta perspectiva, la vulnerabilidad debe analizarse en función de dos dimensiones que interactúan: una atribuible a las condiciones y oportunidades que presenta el entorno (natural, social y económico) y otra relativa a la capacidad y voluntad (individual y colectiva) de contrarrestarlas, ligado a las oportunidades que el contexto le brinda.

De igual forma hay localidades como Kennedy, Fontibon, Engativa, Puente Aranda, Teusaquillo y Suba que para el periodo 2008-2011 muestran una reducción significativa en la prevalencia de retraso en talla en los menores de cinco años.

3.2.2 Tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (cálculo por 100.000 menores de cinco años)

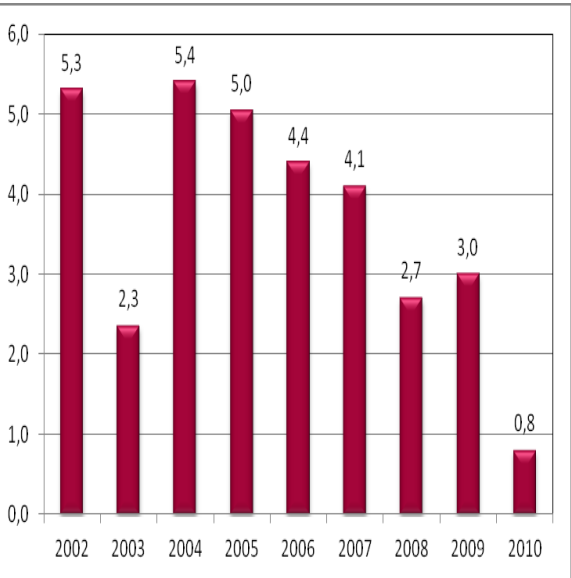
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

La muerte por desnutrición es un hecho catastrófico en el cual influye en forma importante las condiciones de vida de la familia. Por esta razón el análisis de cada uno de los eventos de muerte que se confirman por esta causa, se relacionan con diversos aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud. De igual manera la prevención de este tipo de mortalidad, supera la pertinencia a un sector en particular y debe ser el esfuerzo colectivo de diversas instituciones.

De acuerdo con las cifras reportadas por el sistema de información de Estadísticas Vitales, para el periodo 2005 al 2010 se evidencia una reducción en el número de casos pasando de 30 a 5 defunciones por 100.00 menores de cinco años. Sin embargo es importante tener en cuenta que frente a este evento de alto impacto se presenta subregistro de información por cuanto el poder identificar los casos de mortalidad por y asociada a deficiencias nutricionales, dependen en primer lugar del reconocimiento claro del evento de desnutrición y su tipología y en segundo lugar, de un buen diligenciamiento del certificado de defunción.

Al realizar la revisión de los resultados de los análisis de casos de mortalidad por desnutrición efectuados durante los años 2008, 2009, 2010 y 2011² se pueden identificar como eslabones críticos que pudieran estar desencadenando la muerte por desnutrición, deficiencias en el reconocimiento de la desnutrición como patología, fragmentación de las acciones de promoción y prevención que implementan todos los actores del sistema de salud, deficiencias en la calidad, suficiencia y oportunidad de la atención de los niños y niñas con riesgo nutricional en todos los sectores, bajas coberturas de los programas de apoyo alimentario y desarticulación de los procesos de canalización efectiva y seguimiento. De igual forma se identifican otros factores condicionantes relacionados con la inestabilidad laboral de las familias, bajos ingresos económicos, condiciones sociales deficientes y debilidades en el seguimiento de los beneficiarios de programas de apoyo alimentario por parte de las entidades gubernamentales que ofrecen estos tipos de beneficios.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (cálculo por 100.000 menores de cinco años) 2002 – 2011



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (cálculo por 100.000 menores de cinco años) por localidad 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	0,0	0,0	0,0	ND
Chapinero	15,9	0,0	0,0	ND
Santa Fe	0,0	11,1	0,0	ND
San Cristóbal	2,7	5,4	0,0	ND
Usme	11,6	8,4	2,7	ND
Tunjuelito	0,0	6,1	0,0	ND
Bosa	0,0	3,7	0,0	ND
Kennedy	1,1	3,4	3,5	ND
Fontibón	0,0	0,0	0,0	ND
Engativá	3,3	0,0	1,7	ND
Suba	0,0	2,5	0,0	ND
Barrios Unidos	7,4	0,0	0,0	ND
Teusaquillo	0,0	0,0	0,0	ND
Los Mártires	0,0	14,5	0,0	ND
Antonio Nariño	0,0	0,0	0,0	ND
Puente Aranda	0,0	0,0	0,0	ND
La Candelaria	0,0	0,0	0,0	ND
Rafael Uribe Uribe	9,2	0,0	0,0	ND
Ciudad Bolívar	4,7	4,7	0,0	ND
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	ND
Total Bogotá D.C.	2,7	3,0	0,8	ND

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Para la vigencia 2011 se presentaron dos casos por este evento, uno de ellos fue en la localidad de suba y el otro no registró localidad.

² Para la realización de los análisis de mortalidad por y asociadas a la desnutrición se adoptó la metodología de Detección de Eslabones Críticos y de las cuatro demoras.

Dentro de las causas que se pueden relacionar a este comportamiento, entre otras, se encuentran deficiencias en el reconocimiento de la desnutrición como patología, fragmentación de las acciones de promoción y prevención que implementan todos los actores del sistema de salud y deficiencias en la calidad, suficiencia y oportunidad de la atención de los niños y niñas con riesgo nutricional en todos los sectores y debilidades en el seguimiento de los beneficiarios de programas de apoyo alimentario por parte de las entidades gubernamentales que ofrecen estos tipos de beneficios. Adicionalmente a las mencionadas están: la baja adherencia a servicios de salud en los menores de cinco años, y la vulnerabilidad social y económica de las familias que se localizan en los sectores más deprimidos de estas localidades.

3.2.3 Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años

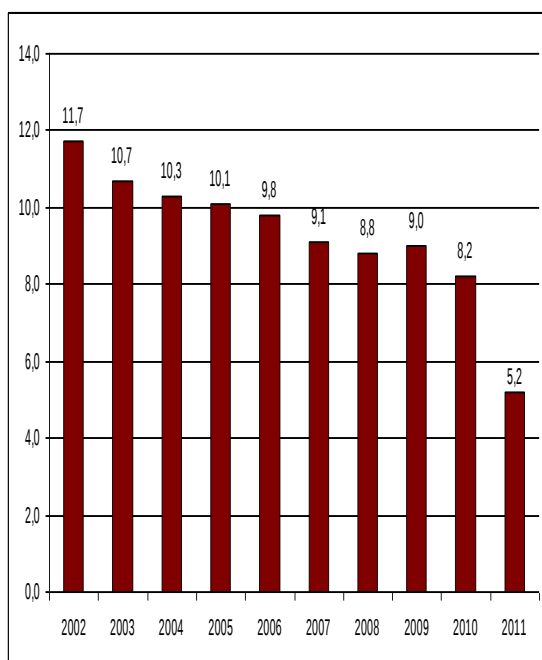
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

El indicador peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño considerándose un indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población.

Para Bogotá y teniendo en cuenta la tendencia de este indicador durante los últimos siete años, se evidencia una disminución de 5.1% en la prevalencia en los menores de cinco años pasando de 10.3 en el 2004 a 5.2% en el 2011 (información preliminar), lo cual refleja un mejoramiento en las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en la ciudad.

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años.
2002 – 2011



Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN

Cuadro XXX

Bogotá D.C., Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años por localidades.
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	8,6	8,4	8,5	5,3
Chapinero	9,6	9,2	8,7	4,4
Santa Fe	10,5	12,0	9,6	5,5
San Cristóbal	10,9	11,5	10,3	7,0
Usme	9,7	10,3	8,9	5,9
Tunjuelito	8,2	9,4	8,9	6,5
Bosa	8,2	8,8	7,9	4,7
Kennedy	7,4	7,3	7,0	4,1
Fontibón	7,0	8,2	7,1	3,7
Engativá	8,0	7,7	6,9	4,8
Suba	8,5	8,4	7,3	4,3
Barrios Unidos	8,6	6,5	8,5	4,9
Teusaquillo	7,4	8,7	8,2	5,3
Los Mártires	8,4	9,1	8,4	4,8
Antonio Nariño	7,5	9,7	8,7	6,2
Puente Aranda	7,4	7,2	6,2	4,5
La Candelaria	8,9	11,6	8,7	5,1
Rafael Uribe Uribe	8,8	10,4	9,3	7,4
Ciudad Bolívar	10,0	9,6	9,5	6,0
Sumapaz	8,6	8,3	7,1	5,3
Sin Localidad	9,2	8,2	8,3	5,7
Total Bogotá D.C.	8,8	9,0	8,2	5,2

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El comportamiento de este indicador por localidad de residencia, muestra que las localidades que presentan las cifras más altas de desnutrición global para la vigencia 2011 fueron: Tunjuelito, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, y Ciudad Bolívar, lo cual refleja las inequidades sociales y las condiciones críticas en seguridad alimentaria y nutricional que enfrentan estas poblaciones.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Durante la vigencia 2011 entre los principales factores que incidieron en el comportamiento de la desnutrición crónica, global y mortalidad por y asociada a desnutrición, se encuentran:

- ✓ Fortalecimiento de la gestión Distrital y local en seguridad alimentaria y nutricional en el Distrito a través del ejercicio de secretaría técnica de la Comisión Intersectorial para la seguridad alimentaria nutricional-SAN.
- ✓ Fortalecimiento de la gestión local en Seguridad Alimentaria Nutricional a través de la coordinación de los 20 comités locales de SAN.

- ✓ Promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento de las estrategias Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones amigas de la mujer y la infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes, promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del Programa “Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz”, dirigido a cuidadores de niños y niñas y personas mayores, promoción de la alimentación saludable e inocuidad en comedores comunitarios, grupos y organizaciones de base comunitaria.
- ✓ Se continuó con las visitas de seguimiento a las IPS, con 383 consultorios observados los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil. De igual forma se cuenta con 248 médicos, 193 enfermeras 193 técnicos de Enfermería y Salud Oral, 15 Nutricionistas 28 terapeutas y 17 Odontólogos, con capacitación para la aplicación de las estrategias IAFI, IAMI, AEIPI, adicionalmente se han capacitado 4440 personas de la comunidad usuarias.
- ✓ Desde el ámbito escolar se realizó la suplementación con sulfato ferroso a 133.898 niños y niñas (información preliminar). De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 254.827 mujeres gestantes y lactantes y 403.801 menores de 12 años.
- ✓ Desarrollo de una estrategia de educación, información y comunicación dirigida a actores institucionales y comunitarios para la transformación de prácticas saludables en la alimentación y nutrición de la familia gestante, desarrollo de una estrategia de comunicación sobre reconocimiento y resignificación de imaginarios sociales ligados a esta práctica en el marco de la semana mundial de la lactancia materna, y en cumplimiento del código internacional de sucedáneos de la leche materna, vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional en menores de 10 años, gestantes, recién nacidos y escolares.

3.2.4 Número de niños/as y gestantes con suplementación de nutrientes

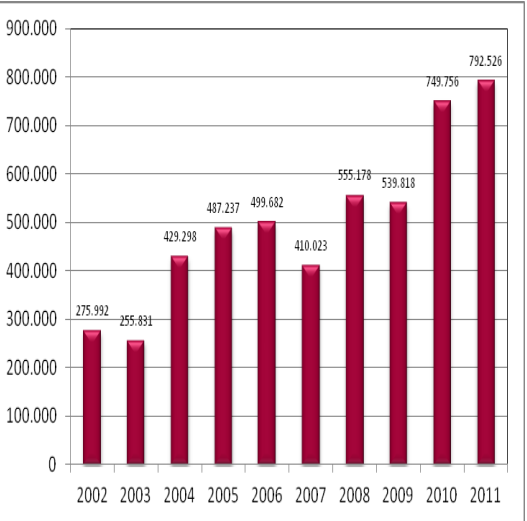
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

En 2011 se han suplementado un total de 792.526 niños, niñas, adolescentes y gestantes suplementadas con micronutrientes. De los cuales con sulfato ferroso se suplementaron a 133.898 niños y niñas (información preliminar). De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 254.827 mujeres gestantes y lactantes y 403.801 menores de 12 años.

Así mismo, se continuó realizando la promoción de la alimentación saludable con énfasis en la suplementación con micronutrientes con el fin de mejorar el estado nutricional de la población materna infantil y disminuir las deficiencias de micronutrientes. Esto se realiza desde el ámbito escolar (colegios y jardines), comunitario e IPS por medio de las estrategias materno infantiles y desde la

Transversalidad de seguridad alimentaria y nutricional a través de estrategias de comunicación. De igual forma, desde la referencia del proceso se realiza asesoría, control y seguimiento del proceso de suplementación realizado por las instituciones de salud.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Número de niños/as y gestantes con suplementación de nutrientes. 2002 – 2011



Fuente: Dirección de salud pública-SDS

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Número de niños/as y gestantes con suplementación de nutrientes. 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Suplementación con hierro a los menores 12 años (Estrategia salud al colegio y suplementación por P y P)	342.432	343.375	444.668	403.801
Suplementación con Vitamina A, a menores desde los 6 meses a 47 meses en condición de vulnerabilidad (Estrategia extramural y P y P)	46.715	69.391	115.925	133.898
Cubrimiento total de la suplementación a GESTANTES	166.031	127.052	189.163	254.827

Fuente: Dirección de salud pública-SDS

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

No se reporta información discriminada por localidad para las vigencias del 2008 al 2011.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Desde la Secretaria Distrital de Salud, se coordina la intervención de suplementación con micronutrientes extramural, en colegios y jardines de la ciudad, así mismo, se consolida la información resultante del proceso en las aseguradoras distritales. Dentro de las actividades que contribuyeron a desarrollar el proceso durante el año 2011, se encuentran:

- ✓ Diseño y construcción de los lineamientos para el desarrollo de la intervención de suplementación con micronutrientes en los colegios y jardines.
- ✓ Coordinación y desarrollo del proceso de suplementación con micronutrientes a niños y niñas de la intervención extramural de la suplementación con micronutrientes, del ámbito escolar
- ✓ Consolidación del número de mujeres gestantes y lactantes suplementadas por las EPS s, EPS c y Fondo Financiero Distrital.

- ✓ Consolidación del número de niños y niñas menores de 12 años suplementados con sulfato ferroso por las EPSs y EPSc y población vinculada.
- ✓ Consolidación y retroalimentación de los informes finales entregados por las ESE, los cuales dan detalle del proceso desarrollado durante la vigencia 2011 y permite retomar aspectos positivos para nuevas vigencias.
- ✓ Fortalecimiento y posicionamiento de proceso de suplementación con micronutrientes en el distrito capital a través de la sensibilización dada a Padres de familia, docentes, niños y niñas de la estrategia extramural.
- ✓ Desde la estrategia IAFI se promueve en sus componentes la suplementación con micronutrientes en niños, niñas, gestantes y lactantes en el marco de las consultas de prevención y promoción por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud.
- ✓ Entrega de los carné de suplementación a los niños y las niñas que fueron suplementados con las dos fases que componen el proceso.
- ✓ Realización de las encuestas de satisfacción a los niños, niñas, docentes y padres de familia, de acuerdo al porcentaje que establece el lineamiento.
- ✓ Elaboración del plotter con la georeferenciación de la población suplementada por colegios y jardines en cada una de las localidades y socialización de los mismos en espacios interinstitucionales.
- ✓ Prueba piloto de fortificación con micronutrientes en polvo: entrega de los sesenta sobres a cada uno de los niños y niñas y se inició en la segunda semana del mes de diciembre, la segunda toma de sangre en los niños y niñas de la muestra con el objeto de tener referencia de los niveles sanguíneos de los micronutrientes aportados en los sobres. Así mismo, se realizaron las encuestas socio económico y familiar a los padres de los niños y niñas de la muestra, con el objeto de cruzar datos del formato con los resultados de las muestras de sangre.

3.2.5 Periodo de lactancia materna exclusiva

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

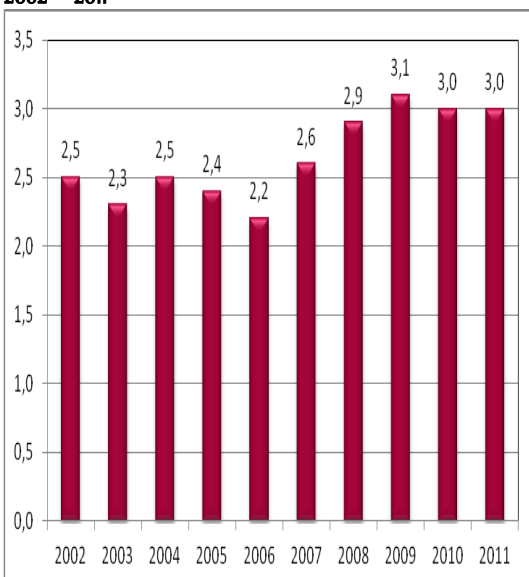
La leche materna es el alimento más completo que una madre puede ofrecer a su hijo-a durante los primeros años de vida tanto por su composición nutricional como por el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado, lo que se constituye en una experiencia especial, única e intensa que favorece la disminución de la mortalidad por causas infecciosas durante el primer año de vida.

En relación al comportamiento de esta práctica protectora, la tendencia de la mediana en meses registró un aumento en el período, pasando de 2.6 meses en 2007 a 3.1 en 2009, con un descenso en 2010 a 3.0 meses; Según las madres entrevistadas en la ENSIN 2010, el principal motivo para suspender la lactancia materna definitivamente para los niños y niñas menores de 2 años es “porque se

acabó la leche o por rechazo del niño/a", motivo probablemente asociado con técnicas y prácticas inadecuadas de amamantamiento.

Para 2011 se mantuvo la mediana en 3.0 meses, lo cual compromete al sector y demás sectores a fortalecer las acciones de promoción, prevención y defensa de la lactancia materna, que se ve afectada por las condiciones laborales que enfrenta la mujer y que le impiden mantener la práctica por el retorno prematuro a su trabajo.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Período de lactancia materna Exclusiva
2002 – 2011



Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN - Patrón de referencia usado: NCHS.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Período de lactancia materna Exclusiva por localidad
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	3,0	2,8	3,1	3,0
Chapinero	2,4	3,1	3,0	2,5
Santa Fe	3,0	3,1	3,3	3,1
San Cristóbal	3,0	3,0	3,1	3,0
Usme	3,3	3,3	3,2	3,0
Tunjuelito	2,1	2,4	2,5	2,3
Bosa	2,8	3,0	2,8	3,1
Kennedy	3,2	3,3	3,0	3,1
Fontibon	3,0	3,3	3,2	3,2
Engativa	3,0	2,9	2,6	3,0
Suba	2,7	2,6	2,7	2,7
Barrios Unidos	3,0	2,3	2,8	2,7
Teusaquillo	2,5	2,7	2,7	2,1
Los Mártires	3,0	2,9	2,9	3,1
Antonio Nariño	2,0	3,0	2,6	2,7
Puente Aranda	3,0	3,3	2,9	3,0
La Candelaria	2,8	2,8	2,5	3,3
Rafael Uribe Uribe	2,0	2,7	2,4	2,8
Ciudad Bolívar	3,2	3,6	3,7	3,2
Sumapaz	2,1	2,3	2,3	3,3
Sin Localidad	2,0	2,2	2,5	2,8
Total Bogotá D.C.	2,9	3,1	3,0	3,0

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN - Patrón de referencia usado: NCHS.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El comportamiento de este indicador por localidad de residencia, muestra que las localidades que presentan las cifras más altas de periodo de lactancia materna exclusiva para la vigencia 2011 fueron: Fontibon, la Candelaria, Ciudad Bolívar y Sumapaz. De igual forma las localidades que presentan las cifras más bajas de periodo de lactancia materna exclusiva fueron: Chapinero, Tunjuelito y Teusaquillo.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Para la vigencia 2011 se realizaron acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la

gestación y hasta los dos años de edad mediante la implementación de estrategias de Atención materna e infantil tales como Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], Instituciones amigas de la mujer y la infancia [IAM] en diferentes ámbitos de vida cotidiana buscando complementar y generar sinergias entre los diferentes ámbitos: prestación de servicios de salud, comunitario y familiar.

En este marco se resalta que el Distrito Capital es la ciudad del país que cuenta con el mayor número de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAM (171) lo cual representa un logro y al mismo tiempo un reto de involucrar a instituciones del orden privado en la implementación y mantenimiento de esta iniciativa; complementario a esta iniciativa la Secretaría Distrital de Salud cuenta con la primera sala amiga de la familia lactante en el ámbito empresarial con lo cual se avanza en la puesta en marcha de esta estrategia en las doce entidades que confirman la comisión intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, de la cual se destaca el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Educación en avances frente a este proceso. Complementario a estas acciones, se cuentan con estrategias de comunicación masivas que se operan a través de diferentes medios.

Durante la vigencia 2011 entre los principales factores que incidieron en el periodo de lactancia materna exclusiva, se encuentran:

- ✓ Consolidación de actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, dirigidas a las familias con niños y niñas menores de cinco años; y en especial la asesoría realizada por el gestor, contribuyen al incremento de lactancia materna exclusiva y complementaria de las niñas y niños.
- ✓ Asesorías a padres de familia y cuidadores respecto a la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años y más, así como también en el tema de la alimentación complementaria y alimentación infantil saludable, resaltando la importancia de llevar a los niños y niñas a los servicios de crecimiento y desarrollo.
- ✓ En visitas efectuadas a los jardines, se evidenció que un total de 571 niños y niñas se encontraban con lactancia materna prolongada. Se canalizaron 362 niños y niñas por problemas de malnutrición, con seguimiento a la implementación de la alimentación infantil saludable.
- ✓ En cinco seminarios realizados para la promoción de la lactancia materna se contó con un total de 101 jardines y se formaron 135 docentes.
- ✓ 568 personas formadas como asesoras y acompañantes comunitarias para las familias lactantes en la implementación de la práctica de la lactancia materna. Se identifican 266 personas que integran efectivamente los grupos de apoyo.
- ✓ Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, mediante el fortalecimiento de las estrategias Atención Integrada a las

Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones amigas de la mujer y la infancia – IAMI y en las acciones de consejería individuales y grupales realizadas a las familias gestantes y lactantes, De 233 instituciones semaforizadas con la estrategia IAMI 206 cuentan con un porcentaje por encima del 85%, lo cual indica un porcentaje de avance en la implementación de 88.4 %, De 902 niños y niñas que egresan de instituciones que atienden partos 824 lo hacen con lactancia materna, para un porcentaje de 91.4%.

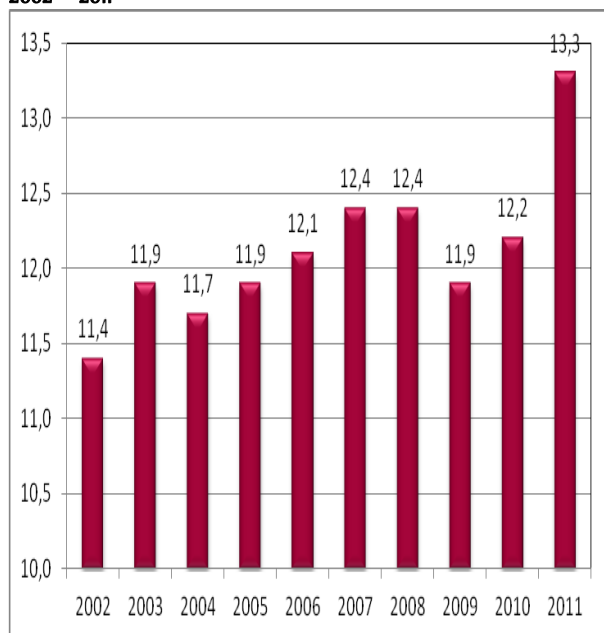
3.2.6 Tasa de bajo peso al nacer

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

El bajo peso al nacer se considera uno de los indicadores más importantes para evaluar la calidad de vida de la población y bajo la misma perspectiva, se considera el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal de otras patologías del periodo neonatal y problemas de salud en el primer año de vida, en razón a que genera un incremento innecesario en la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales, también se asocia con alteraciones en el desarrollo psicomotor y algunas revisiones sugieren que más de 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este trastorno.

Durante el quinquenio se presentó una tendencia hacia el aumento, que desde la revisión basada en la evidencia y desde la aproximación de las investigaciones epidemiológicas de campo del SISVAN explican que dentro de la presentación del evento están: la amenaza de parto pre-término, ruptura prematura de membranas, presencia de pre eclampsia, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, edad de la madre, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación, periodo intergénésico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo o planeado.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de bajo peso al nacer
2002 – 2011



Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN - Patrón de referencia usado: NCHS.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Tasa de bajo peso al nacer por localidades
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	12,7	12,3	11,1	12,6
Chapinero	13,2	13,4	13,0	14,4
Santa Fe	13,9	15,0	12,9	14,3
San Cristóbal	13,0	12,5	13,4	14,1
Usme	13,7	12,0	13,5	13,2
Tunjuelito	12,7	10,7	12,0	13,2
Bosa	12,1	10,5	12,8	14,1
Kennedy	12,2	11,6	11,7	13,1
Fontibón	12,3	11,6	10,5	12,9
Engativá	11,6	11,3	11,7	12,5
Suba	12,6	11,3	11,5	13,0
Barrios Unidos	11,8	12,8	13,0	13,4
Teusaquillo	11,1	10,8	12,6	11,5
Los Mártires	11,4	11,5	13,7	15,0
Antonio Nariño	9,0	13,2	11,2	13,9
Puente Aranda	11,7	9,8	11,4	12,7
La Candelaria	13,6	11,9	13,9	15,7
Rafael Uribe Uribe	11,9	12,3	12,2	13,1
Ciudad Bolívar	12,6	12,4	12,0	13,8
Sumapaz	16,3	9,5	13,3	33,0
Sin Localidad	19,9	19,2	12,2	25,6
Total Bogotá D.C.	12,4	11,9	12,2	13,3

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN - Patrón de referencia usado: NCHS.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Al observar la tasa de bajo peso al nacer por localidades para la vigencia 2011, se observa que las localidades que presentaron la tasa más baja fueron: Usaquén, Fontibón, Engativá, y Teusaquillo.

Las localidades con mayor tasa fueron: Los Mártires, La Candelaria y Sumapaz. Este comportamiento obedece principalmente a la inadecuada alimentación de la gestante, la baja adherencia a servicios de salud con ausencia de controles prenatales que trae consigo la no suplementación necesaria para la gestante, vulnerabilidad de las viviendas donde habitan, inadecuadas condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos que expenden y procesan alimentos y la ausencia de servicios públicos. De igual manera se han evidenciado barreras geográficas, en la atención, remisión y débil adherencia a los programas de promoción y prevención, así como algunos factores culturales y sociales [bajo nivel educativo del a familia gestante, mujer cabeza de hogar] como el desplazamiento que origina el asentamiento de las comunidades vulnerables en las localidades de alto riesgo de la ciudad.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

El bajo peso al nacer en Bogotá, tiene su origen en factores asociados a condiciones de accesibilidad y calidad en los servicios de salud, dado por la baja adherencia al programa de control prenatal y a la canalización y detección oportuna del embarazo en el primer trimestre por parte de los aseguradores, aunado a lo anterior, los problemas de carácter social y económico relacionados con la imposibilidad de tener una adecuada alimentación dada por la promoción de patrones de consumo saludables durante el período de gestación. Dentro de los determinantes sociales que pueden incidir en la presentación de este indicador se encuentran el alto número de embarazos en la gestante y el corto intervalo entre gestaciones.

Acciones realizadas para incidir en la tasa de bajo peso al nacer:

- ✓ Se continuó con las visitas de seguimiento a las IPS, con 383 consultorios observados los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil. De igual forma se cuenta con 248 médicos, 193 enfermeras 193 técnicos de Enfermería y Salud Oral, 15 Nutricionistas 28 terapeutas y 17 Odontólogos, con capacitación para la aplicación de las estrategias IAFI, IAMI, AEIPI, adicionalmente se han capacitado 4.440 personas de la comunidad usuarias
- ✓ En las localidades se desarrollaron acciones orientadas 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., a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Durante el año realizaron visitas con agentes comunitarios en las cuales se abordaron 38.120 niños/niñas, 3.538 madres gestantes y 5.861 lactantes, estos dos grupos directamente a través de las actividades de información y capacitación. Se abordaron 1.174 Hogares comunitarios y 618 FAMIS (Familia, Mujer e infancia)
- ✓ De igual forma a través del programa de promoción y prevención se realizó la suplementación a 254.827 mujeres gestantes y lactantes.
- ✓ Se han asesorado directamente por parte de la red materno-perinatal los Programas Madre Canguro, ofreciendo el espacio humano y científico para favorecer el manejo precoz, pertinente y oportuno del recién nacido prematuro fundamentado en los lineamientos de madre canguro cuyas intervenciones disminuyen la estancia hospitalaria en unidades de cuidado intensivo y el Fortalecimiento en la ruta institucional en las 14 ESE de atención integral a gestantes.

3.2.7 Población inscrita en el régimen subsidiado en salud

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Durante este periodo, el comportamiento del aseguramiento en el Distrito Capital en términos de afiliados al régimen subsidiado no ha sido estable; si bien el Plan de Desarrollo contempló garantizar la continuidad de 1.708.670 afiliados y afiliar 892.415 nuevos ciudadanos al régimen subsidiado, estas cifras correspondían a las proyecciones establecidas conforme a la normatividad vigente al inicio del cuatrienio. Posteriormente se dio aplicación a la normatividad [Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS], que sobre el régimen subsidiado expidió el Gobierno Nacional durante el periodo 2009 – 2011, especialmente en la construcción de la base de datos única de afiliados (BDUA) que permite identificar plenamente a la población sujeta al subsidio en salud.

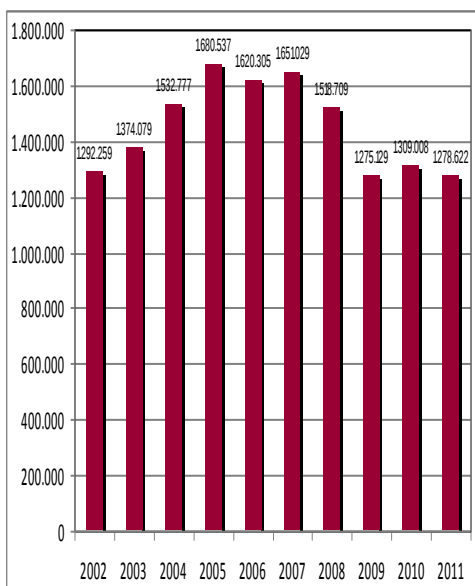
El Ministerio de la Protección Social al inicio de la vigencia 2008 estableció los cupos a contratar con cada una de las EPS-S que operaban en el D.C. para garantizar la atención de la población asegurada. En aplicación del Acuerdo 244/2003, la entidad continuó realizando el procedimiento de libre elección al listado de priorizados a partir de la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado hasta cubrir los cupos asignados por el MPS. El Distrito Capital respecto a la población identificada como priorizada, verificaba los requisitos y condiciones para recibir subsidios en salud a partir de los mecanismos e instrumentos de información disponibles, esto es, las novedades reportadas por los usuarios a las EPS-S.

Se precisa que los cupos libres dentro de los contratos, fueron liberados a través de la aplicación de un debido proceso que permitió entregar los subsidios solo a la población que cumplía los requisitos establecidos en la normatividad vigente para acceder a los mismos.

Para la vigencia 2009 – 2010 el Ministerio de la Protección no había implementado los procesos de construcción del listado Nacional de Población Elegible, como lo establecía el Acuerdo 415 de 2009, por lo que se continuó con la base de datos de priorizados. Se precisa que la cobertura real es medida en términos de afiliados activos y suspendidos en la base de datos y no en términos de cupos contratados.

Los datos que se presentan a continuación muestran año a año el histórico de los afiliados al régimen subsidiado e incluye afiliados con subsidios plenos y con subsidios parciales. Es así como para 2011 se tienen 1.278.622 personas afiliadas al régimen subsidiado.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Población inscrita en el régimen subsidiado en salud
2002 – 2011



Fuente: Fuente: 2008: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –suspendidos) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –suspendidos) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Población inscrita en el régimen subsidiado en salud
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	38.858	37.333	38.716	35.379
Chapinero	11.686	9.858	10.295	9.554
Santa Fe	31.671	39.110	39.038	36.775
San Cristóbal	161.644	137.590	131.894	120.942
Usme	163.268	132.442	129.151	117.985
Tunjuelito	53.206	46.519	48.134	44.625
Bosa	167.928	142.581	149.845	138.379
Kennedy	163.424	137.114	145.596	137.039
Fontibón	25.778	22.258	27.738	26.238
Engativá	82.888	70.538	74.222	70.584
Suba	126.337	99.520	102.770	94.247
Barrios Unidos	13.777	12.855	14.224	13.417
Teusaquillo	1.234	1.199	1.442	1.396
Los Mártires	13.980	12.704	14.393	14.307
Antonio Nariño	8.884	7.536	8.814	8.984
Puente Aranda	16.600	13.984	16.140	16.768
La Candelaria	5.894	5.603	5.673	5.349
Rafael Uribe Uribe	123.138	103.257	105.308	98.487
Ciudad Bolívar	267.309	220.720	220.038	204.042
Sumapaz	2.030	1.680	1.612	1.552
Sin Localidad	39.175	20.728	23.965	82.573
Total Bogotá D.C.	1.518.709	1.275.129	1.309.008	1.278.622

Fuente: Fuente: 2008: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –suspendidos) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –suspendidos) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Al observar el comportamiento de la afiliación, muestra que el 64% de la población está ubicada en las zonas y/o localidades del Plan de emergencia social: San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar y el 41% de la población especial se encuentra ubicada en las zonas y/o localidades reconocidas en el plan de emergencia social: desplazados, habitante de la calle, ICBF, IDIPROM, Indígenas, madres comunitarias, reinsertados. En estas Localidades viven cerca de 3.500.000 habitantes que representan el 50% del total de la población del Distrito.

3.2.8 Número de personas afiliadas al régimen subsidiado (Subsidio pleno)

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

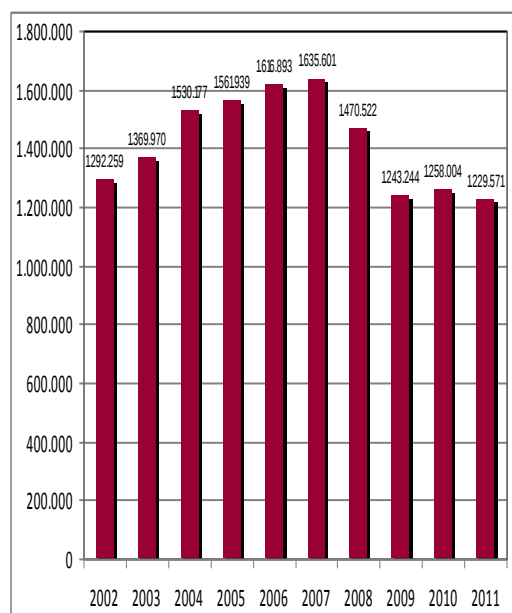
Durante el periodo se garantizó la prestación de servicios de salud a 1.229.571 afiliados al régimen subsidiado mediante subsidio pleno, con los contratos

suscritos entre el FFDS y las EPS-S. Se precisa que las personas con subsidio parcial [49.051] y subsidio total [1.229.571], da un total de afiliados al régimen subsidiado de 1.278.622 personas a 31 de diciembre de 2011.

Frente a la afiliación de nuevas personas al régimen subsidiado a través de subsidios totales, se precisa que la ampliación de cobertura fue de 46.221 nuevos cupos en 2008. Así mismo durante 2008 fue necesario reemplazar cupos en las EPS-S que no fueron certificadas para realizar ampliación de cobertura (Humana Vivir, Caprecom, Mutual ser y Salud Cóndor) por lo tanto en estas EPS-S se priorizó la libre elección para reemplazos de cupos liberados por cuenta de debidos procesos logrando así 183.196 reemplazos.

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Número de personas afiliadas al régimen subsidiado (subsidio pleno)
2002 – 2011



Fuente: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos-subsidio pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsido pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsido pleno) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Cuadro XXX

Bogotá D.C., Número de personas afiliadas al régimen subsidiado (subsidio pleno) por localidad
2002 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	36.811,0	36.027	36.233,0	33.445
Chapinero	11.645,0	9.804	10.070,0	9.331
Santa Fe	31.399,0	38.856	38.630,0	36.374
San Cristóbal	160.033,0	136.434	130.089,0	119.389
Usme	163.140,0	132.360	128.885,0	117.719
Tunjuelito	51.934,0	45.650	46.845,0	43.685
Bosa	167.192,0	142.122	148.355,0	137.002
Kennedy	155.908,0	132.612	138.958,0	129.831
Fontibón	23.188,0	20.500	22.282,0	22.083
Engativá	72.876,0	64.003	66.031,0	62.866
Suba	120.917,0	96.099	98.571,0	90.161
Barrios Unidos	11.769,0	10.506	10.707,0	10.630
Teusaquillo	1.069,0	1.087	1.252,0	1.224
Los Mártires	12.160,0	11.459	12.807,0	12.835
Antonio Nariño	7.318,0	6.672	7.244,0	7.526
Puente Aranda	11.998,0	11.384	12.509,0	13.024
La Candelaria	5.859,0	5.571	5.607,0	5.281
Rafael Uribe Uribe	117.583,0	99.610	99.974,0	94.506
Ciudad Bolívar	266.683,0	220.290	219.253,0	203.177
Sumapaz	2.024,0	1.680	1.612,0	1.549
Sin Información	39.016,0	20.518	22.090,0	77.933
Total Bogotá D.C.	1.470.522	1.243.244	1.258.004	1.229.571

Fuente: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos-subsidio pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsido pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsido pleno) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento.

Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Según el Acuerdo 415 de 2009 la población que se reconocerá como afiliada será la que se encuentra registrada en la Base de datos única de afiliados - BDUA, de esta manera el concepto de cupos asignados para las entidades territoriales

que se trabajó hasta la contratación marzo de 2010 pierde vigencia y se empieza a hablar de cobertura universal.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

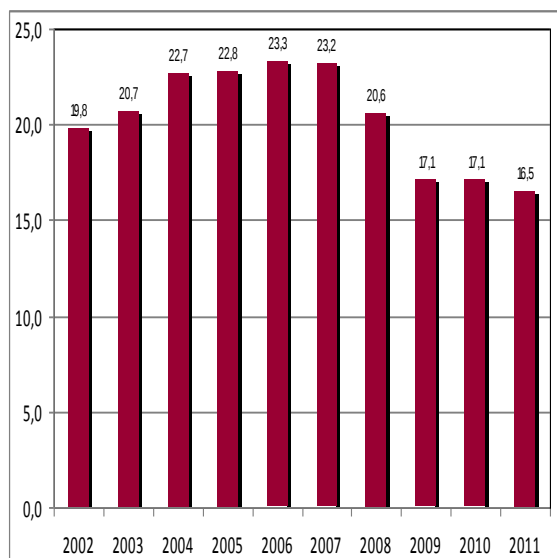
Para la vigencia 2011, la localidad con mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado (subsidio pleno) por localidad fue Ciudad Bolívar, con 203.177 ciudadanos y con menor número de afiliados fue Teusaquillo [1.224].

3.2.9 Cobertura de población afiliada al régimen subsidiado (pleno) en total de la población

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Del total de la población del Distrito capital ($n=7.467.804$ Fuente DANE. Proyección de población de Bogotá anualizada 2009-2011), se logró una cobertura del 16.5% para 2011, los cuales se encuentran afiliados al régimen subsidiado (subsidio pleno).

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Cobertura de población afiliada al régimen subsidiado (pleno) en total de la población 2002 – 2011



Fuente: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos-subsidio pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsidiado pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsidiado pleno) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Cuadro XXX. Bogotá D.C., Cobertura de población afiliada al régimen subsidiado (pleno) en total de la población por localidades. 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	8,0	7,8	7,7	0,4
Chapinero	9,0	7,5	7,6	0,1
Santa Fe	28,6	35,4	35,1	0,5
San Cristóbal	39,0	33,3	31,7	1,6
Usme	48,6	37,9	35,4	1,6
Tunjuelito	25,7	22,6	23,2	0,6
Bosa	31,0	25,6	26,1	1,8
Kennedy	15,8	13,3	13,8	1,7
Fontibón	7,2	6,2	6,6	0,3
Engativá	8,9	7,7	7,9	0,8
Suba	12,2	9,4	9,4	1,2
Barrios Unidos	5,1	4,5	4,6	0,1
Teusaquillo	0,7	0,8	0,9	0,0
Los Mártires	12,5	11,8	13,1	0,2
Antonio Nariño	6,8	6,2	6,7	0,1
Puente Aranda	4,7	4,4	4,8	0,2
La Candelaria	24,3	23,1	23,2	0,1
Rafael Uribe Uribe	31,2	26,4	26,5	1,3
Ciudad Bolívar	44,1	35,7	34,9	2,7
Sumapaz	33,0	27,2	25,9	0,0
Total Bogotá D.C.	20,6	17,1	17,1	16,5

Fuente: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –Suspendidos-subsidio pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsidiado pleno) con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado (Activos –subsidiado pleno) con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Fuente 2011: Base de Datos única de afiliados [BDUA] novedades avaladas SDS

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El 64% de la población está ubicada en las zonas y/o localidades del Plan de emergencia social: San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar. El 41% de la población especial se encuentra ubicada en las zonas y/o localidades reconocidas en el plan de emergencia social: desplazados, habitante de la calle, ICBF, IDIPROM, Indígenas, madres comunitarias, reinsertados. En estas Localidades viven cerca de 3.500.000 habitantes que representan el 50% del total de la población del Distrito.

En cuanto a la estructura y dinámica poblacional es preciso destacar a Bogotá, como la ciudad más poblada y la de más elevado crecimiento en la generalidad del país, con mejores perspectivas en indicadores demográficos frente a los del promedio nacional.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Se presentaron dificultades que afectaron el comportamiento de la población inscrita en el régimen subsidiado:

- ✓ Las encuestas SISBEN avaladas por Planeación Nacional, mantuvieron un atraso significativo (La última encuesta que se tiene, esta con fecha de junio de 2011)
- ✓ Los continuos cambios normativos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, desarrollados durante el 2011.
- ✓ El total de la información que reportan las EPS-S al Fosyga no ingresa, debido a las glosas generadas por diferentes conceptos, lo cual dificulta tener actualizada la información al 100% frente al número real de usuarios.
- ✓ Se evidencia una disminución en la afiliación de nuevos ciudadanos al régimen subsidiado en salud, debido a los traslados del régimen contributivo y a la Resolución 3778 emitida por el Ministerio de la Protección Social, "Por la cual se establecen los puntos de corte del SISBEN Metodología III y se dictan otras disposiciones".

Acciones realizadas para la afiliación de la población al régimen subsidiado:

- ✓ La selección de la población elegible, la asignación directa a partir del procedimiento establecido por el Ministerio de Protección Social, la afiliación transitoria y la afiliación ordinaria (que incluye las acciones de libre elección).
- ✓ Se realizó el reporte de novedades de fallecidos y anulación de ingresos y que aplica cuando la SDS ha detectado por alguno de los mecanismos establecidos para su control. La anulación de ingresos tiene que ver con aquellos registros que la EPS-S cargó a la BDUA y que no fueron autorizados por la firma interventora.
- ✓ Se aplicaron los procesos de Traslados entre EPS-S y traslado entre Municipios, conforme se ha definido por la normatividad vigente.

- ✓ Se continuó con la presencia en los diferentes puntos de atención, distribuidos en la red hospitalaria distrital, CADE y Super cades, Oficina de atención al usuario, así como las Ferias de servicio al ciudadano en las localidades, donde se hizo entrega de la Revista "Bogotá Sana".
- ✓ Acompañamiento y capacitación a usuarios sobre el proceso de afiliación a la seguridad social y Direccionamiento de Usuarios a EPS-S desde los puntos de atención de Hospitales de primer nivel, CADE, SUPERCADE y puntos de afiliación de las EPS.
- ✓ De igual forma durante el 2011 se dio continuidad a las diferentes estrategias enmarcadas en la normatividad vigente, tendientes a mejorar el acceso de la población potencialmente beneficiaria del subsidio en salud, mejorando así su calidad de vida.

3.3 Mortalidades

La mortalidad materna, perinatal, infantil, por neumonía y en menores de 5 años, permiten medir la calidad de vida³ y la salud, el bienestar social y la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud de las mujeres gestantes y de los niños y niñas. Una muerte es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer o en un niño o niña, de manera directa durante las etapas del ciclo vital. 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.

Los datos de mortalidad potencialmente evitable son preliminares, debido a que la Entidad responsable de la recolección y procesamiento de esta información es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], quién envía la base de datos a la Secretaría una vez las estadísticas poblacionales son oficiales; por ello, los resultados en los avances de los indicadores incorporados a continuación son datos preliminares depurados por la Secretaría Distrital de Salud.

3.3.1 Razón de mortalidad materna

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

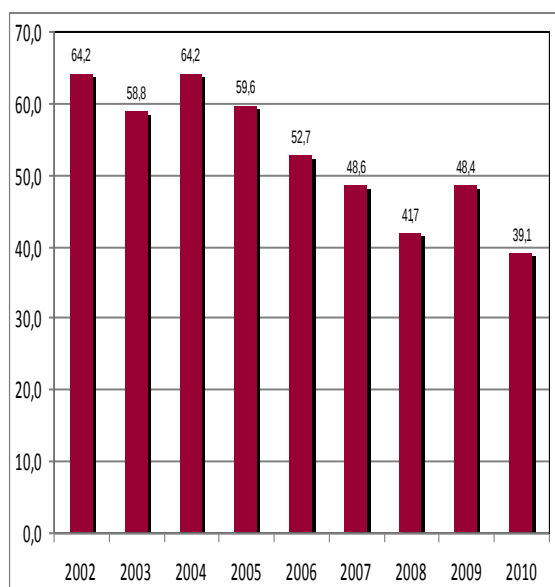
En el Distrito Capital entre los años 2008 – 2011 la mortalidad materna registra una disminución en el indicador, pasando de una razón de 41.7 [49 casos] en el 2008 a una razón en 2010 de 39.1 por 100.000 habitantes [43 casos]⁴.

Uno de los aspectos que influyó en el indicador para 2009 fueron 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).

³ 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".

⁴ Fuente 2010: Base de datos nacimientos SDS Y RUAF datos preliminares.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Razón de mortalidad materna.
2002 – 2010



FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Razón de mortalidad materna por localidad
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	15,5	31,0	15,8	ND
Chapinero	0	53,4	0	ND
Santa Fe	0	107,9	0	ND
San Cristóbal	26,2	25,7	40,7	ND
Usme	45,6	15,1	49,2	ND
Tunjuelito	80,1	83,6	0,0	ND
Bosa	27,0	63,8	47,0	ND
Kennedy	24,6	37,4	44,6	ND
Fontibón	79,1	60,1	64,5	ND
Engativá	34,8	44,3	37,9	ND
Suba	51,0	57,2	47,7	ND
Barrios Unidos	57,6	57,3	0,0	ND
Teusaquillo	77,5	0,0	0,0	ND
Los Mártires	139,6	0,0	79,4	ND
Antonio Nariño	0,0	77,0	0,0	ND
Puente Aranda	53,1	86,9	31,8	ND
La Candelaria	0,0	0,0	0,0	ND
Rafael Uribe Uribe	42,1	73,9	16,1	ND
Ciudad Bolívar	41,8	17,2	26,9	ND
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	ND
Sin Localidad	394,2	529,1	629,9	ND
Total Bogotá D.C.	41,7	48,4	39,1	ND

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. 2009 y 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Para 2011 se han presentado 39 casos con una reducción de 4 casos comparada con el año anterior [43 casos]. Al realizar el análisis por grupo de edad tomando como mínimo los 16 y máximo los 47 años, se encuentra una diferencia en la distribución, dado que para 2009 la mortalidad se concentra en las edades de 20 a 34 años, y para 2010 se encuentra entre los 35 y 44 años; encontrándose el mayor número de casos por causas indirectas [patologías de base que complican el embarazo, el parto y el puerperio, Evento Cerebro Vascular, patologías del sistema cardiovascular que complican el embarazo y las patologías del sistema respiratorio, entre otras].

Los hallazgos dentro de los análisis de los casos son muy similares; las muertes se concentran en mujeres con algún grado de educación secundaria, en el Régimen contributivo y en el grupo de 35 a 39 años.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Si bien es cierto para el 2010 la razón de mortalidad materna fue de 39.1 x 100.000 N.V., el comportamiento es diferencial por localidad, donde algunas presentaron

⁵ 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminar]

una razón mayor a la Distrital, como fue San Cristóbal [40.7 x 100.000 N.V.], Usme [49,2 x 1000.000 N.V.], Bosa [47 x 100.000 N.V.], Kennedy [44.6 x 100.000 N.V.], Fontibón [64.5 x 100.000 N.V.], Suba [47.7 x 100.000 N.V.] y Los Mártires con [74.9 x 100.000 N.V.].

Para la vigencia 2011 se presentaron un total de 39 casos, de los cuales las localidades con mayor número de casos fueron Kennedy [8 casos] y Ciudad Bolívar [8 casos], seguidas de San Cristóbal [4 casos] y Usaquen [4 casos].

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Aunque este indicador se comportó positivamente en el Distrito capital, en los análisis de mortalidad materna, se evidencian los siguientes factores y hallazgos como determinantes en la primera⁶ y segunda demoras⁷, relacionadas con la debilidad en el empoderamiento de la mujer gestante para hacer uso de su derecho a la salud, solicitud oportuna de los servicios en salud, asistencia a controles prenatales y reconocimiento de señales de alarma.

Como una de las barreras en la garantía del derecho a la salud se encuentran, debilidad en las estrategias de demanda inducida por parte primordialmente de los aseguradores, la débil articulación hacia los programas de promoción y prevención con especial énfasis en regulación de la fecundidad, aunado a problemas en el proceso de comunicación con las gestantes y su familia.

De igual manera, existen barreras de orden cultural que han sido poco exploradas. En grupos focales realizados por las redes materno perinatal con mujeres gestantes, se logra identificar que las representaciones culturales de las mujeres gestantes asociadas a este núcleo son: Una cultura del machismo que delega responsabilidades a la mujer, existe la premisa de asistir sólo 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, evidenciando una heterogeneidad cultural que en muchas ocasiones es desconocida por los equipos de servicios de salud ampliando barreras de orden comunicativo, dificultando la claridad en la información que se transmite a los pacientes, el mantenimiento de vínculos sólidos que garanticen cercanía y confianza y por supuesto una lectura de necesidades acorde a la dinámica socio cultural de los ciudadanos.

En la tercera demora⁸, se observa la fragmentación de la atención relacionada con los modelos de contratación por tipo (cápita y evento), por nivel de complejidad, no relacionada con la georeferenciación, delegando los trámites

⁶ Reconocimiento del Problema

⁷ Toma de decisión de la familia gestante

⁸ Accesibilidad a los servicios de salud

de autorización a los pacientes y no entre las instituciones (Incumplimiento Decreto 4747/07 y Resolución 170/09). Barreras de acceso generadas por la normatividad sobre aseguramiento y afiliación del sistema general de seguridad social, especialmente por las novedades en bases de datos (traslados de otros municipios, multifiliación, problemas de identificación, entre otros); el desconocimiento por parte de los funcionarios operativos sobre los contenidos de los contratos y del cambio en la condición del aseguramiento.

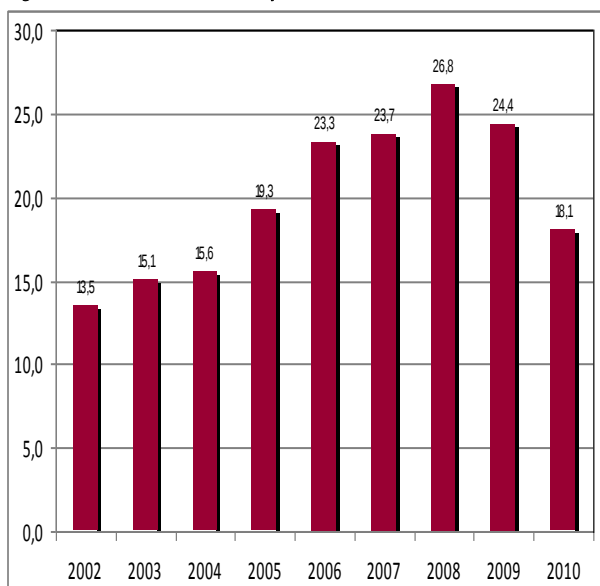
Dentro de los hallazgos evidenciados en la cuarta demora⁹, se encuentra que la debilidad en la adherencia a guías de atención, el incompleto diligenciamiento de la historia clínica, la inoportunidad en la atención, la no pertinencia técnica científica, e interdependencia de servicios especializados como producto de la dinámica de operación del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los diferentes actores, se convierten en una barrera más para la garantía del Derecho a la Salud.

3.3.2 Mortalidad perinatal

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Esta tasa expresa el número de defunciones entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido por cada 1.000 nacidos vivos.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad perinatal 2002 – 2011



FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.- Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad perinatal por localidad 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	22,2	15,8	14,5	ND
Chapinero	25,1	22,0	10,8	ND
Santa Fe	35,0	38,1	17,0	ND
San Cristóbal	39,6	34,9	19,5	ND
Usme	22,6	27,8	20,6	ND
Tunjuelito	22,3	18,4	14,3	ND
Bosa	18,1	16,5	16,9	ND
Kennedy	19,4	15,7	15,7	ND
Fontibón	19,7	27,7	22,8	ND
Engativá	23,9	21,3	18,5	ND
Suba	33,9	25,2	17,4	ND
Barrios Unidos	31,5	31,4	24,4	ND
Teusaquillo	30,3	34,3	17,0	ND
Los Mártires	30,7	30,0	25,4	ND
Antonio Nariño	22,0	20,5	20,3	ND
Puente Aranda	26,8	19,1	13,4	ND
La Candelaria	36,3	23,3	18,2	ND
Rafael Uribe Uribe	30,0	25,7	17,1	ND
Ciudad Bolívar	23,1	29,2	14,9	ND
Sumapaz	0,0	65,2	0,0	ND
Sin Localidad				ND
Total Bogotá D.C.	26,8	24,4	18,1	ND

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

⁹ Calidad de la atención en el servicio

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.

Su comportamiento muestra una tendencia al aumento tanto en número de casos como en tasa, según datos oficiales del DANE hasta el año 2007, al pasar de 2.197 casos con una tasa de 19.3 por 1.000 nacidos vivos en 2005 a 2.832 casos con una tasa de 23.7 por 1.000 nacidos vivos en 2007. Esta tendencia al aumento se puede explicar en un mayor reporte y calidad de los registros vitales, donde se ha aumentado la sensibilización a la visualización de la mortalidad perinatal.

Para el periodo 2008 a 2010 se observa una tendencia a la reducción del indicador pasando de una tasa de 26.8 por 1.000 nacidos vivos en 2008 a una tasa de 18.1 por 1.000 nacidos vivos en 2010. Para la vigencia 2011 se reportaron 1.661¹⁰ casos, con una reducción de 330 casos comparado con el año 2010 [1.991 casos].

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Para el año 2010 se evidencia que la tasa más alta de muerte perinatal se encontró en la localidad de Mártires con 25,4 X 1000 N.V, seguida por Barrios Unidos con 24,4 X 1000 N.V, en tercer lugar la localidad de Fontibón con 22,8 X 1000 N.V y Usme con 20,6 X 1000 N.V. ; Para 2011 del total de casos [1.661], la localidad que registra un mayor número de casos fue Suba [215 casos], seguida de Ciudad Bolívar [178 casos], Engativa [174 casos], Kennedy [169 casos] y San Cristóbal [112 casos].

Para el año 2011 el hallazgo más importante está orientado a la falta de adherencia a protocolos y guías de manejo en la atención del binomio madre-hijo. Así mismo al realizar la clasificación por períodos perinatales de riesgo se observa que la salud materna y los cuidados prenatales representan los períodos de riesgo para la mortalidad perinatal en el Distrito.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Los períodos perinatales de mayor riesgo para la mortalidad perinatal se concentran en la salud materna, con embarazos no planeados ni deseados, con escasa, inadecuada o nula asesoría en regulación de la fecundidad y acceso a

¹⁰ Fuente 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminares.

métodos modernos de planificación familiar, madres adolescentes, malnutrición y madres con infecciones y patologías de base no tratadas o inadecuadamente tratadas, quienes llegan a una gestación en condiciones de salud críticas.

El segundo período perinatal de riesgo para la mortalidad perinatal, está en el cuidado prenatal, donde se evidencian fallas en la adherencia a las guías de atención lo cual repercute en la calidad de la atención al control prenatal; así mismo se observa una pobre adherencia al control prenatal, lo cual se refleja en la alta mortalidad fetal y en partos pre término con neonatos de muy bajo peso al nacer.

El mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, donde las causas, en una proporción muy significativa, es desconocida, sin embargo, un componente muy significativo de muertes relacionadas con la salud materna y un inadecuado control prenatal; en cuanto a muertes neonatales tempranas, se ha podido establecer que hay problemas relacionados con la calidad de atención del parto, bajo peso al nacer debido a prematuridad y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Dentro del análisis de las cuatro demoras: "La ruta de la vida- Camino a la Supervivencia", que es la metodología de análisis implementada en la SDS para realizar los análisis de las mortalidades materno-perinatales, se puede concluir que las demoras identificadas representan dificultades en el acceso por la primera demora, puesto que se encuentra que las pacientes no estuvieron suficientemente informadas ni empoderadas sobre sus derechos y deberes en salud; no se habían hecho intervenciones para mejorar el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que incluyen un acceso oportuno a consulta preconcepcional y a programas de planificación familiar, que les permita tomar una decisión responsable sobre el embarazo y en tercer lugar no habían recibido una educación y motivación para solicitar los servicios de atención primaria y desde allí decidir las remisiones posteriores a otros niveles de atención mediante la jerarquización de riesgos.

Así mismo, se observa que se constituyeron en barrera importante los tópicos incluidos en la cuarta demora que estuvieron representados principalmente por la adherencia a Guías de Manejo de Control Prenatal y de atención de patologías propias de la gestación o de procesos infecciosos como la sífilis, las infecciones vaginales y urinarias y por otra parte, dentro de las principales causas de muerte están las relacionadas con afecciones originadas en el período perinatal tales como trastornos relacionados con la gestación y de crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas dentro del período perinatal, incluyendo las anomalías congénitas.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la reducción de los indicadores de mortalidad materna y perinatal:

- ✓ El fortalecimiento en el ejercicio de la rectoría en salud materna perinatal mediante asesoría y asistencia técnica a las EAPB.
- ✓ Acompañamiento y asesoría a las ESE en los procesos de atención de control prenatal, trabajo de parto y posparto. Se continuó 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.
- ✓ Continuidad en 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.
- ✓ Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis Gestacional y Congénita e Hipotiroidismo Congénito
- ✓ Así mismo desde los ámbitos [familiar, escolar, institucional, laboral] se realizaron seguimientos a mujeres gestantes con énfasis en señales de alarma para la atención de parto; se priorizó la información en lactancia materna, rutas de acceso a los servicios de urgencias y en señales de alarma para el recién nacido. Así mismo, se desarrolló en 546 sedes, la movilización de la “ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes”, como una herramienta útil para facilitar el acceso a servicios y derechos, con el fin de fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social (Salud, Bienestar Social y Educación).
- ✓ Se desarrollaron procesos educativos con las familias gestantes en temas como: identificación de las señales de alarma durante la gestación, parto, posparto y señales de alarma en el recién nacido, reconocimiento de los compromisos y deberes en la atención en salud que se le brinda a esta población.
- ✓ Sensibilización a los líderes del nodo institucional sobre la importancia de prevenir la muerte perinatal desde el control prenatal y atención de parto y signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio.
- ✓ Se realizaron procesos informativos sobre la importancia de asistir a los controles prenatales desarrollados en el curso de preparación para maternidad y paternidad a las gestantes, control posparto, reconocimiento de los compromisos y deberes de la atención en salud y señales de alarma en el recién nacido.
- ✓ Actualización a 446 profesionales de la salud en guías de atención materna, 633 profesionales de la salud médicos y enfermeras capacitados y actualizados en temas de salud sexual y reproductiva, 75 Profesionales de Enfermería y Medicina que inician Servicio Social Obligatorio en las ESE con inducción en el tema materno perinatal con el fin de mejorar la calidad de la atención de los servicios.

- ✓ 100% de las ESE que ofertan servicios maternos (21 ESE), con evaluación de adherencia guías de atención materna y toma de decisiones gerenciales para el mejoramiento de la calidad en los servicios.
- ✓ Asistencia de 1.500 profesionales de la salud, incluidos médicos y enfermeras de las ESE y de la SDS, al Congreso XIII Biental de Ginecología Y Obstetricia, lo cual se proyectará en la mejora de la atención de las mujeres gestantes y neonatos en el sector público y privado.
- ✓ 100% de las ESE asesoradas y con asistencia técnica para la implementación del programa institucional de planificación familiar por Ginecólogos del grupo Materno, evaluando la integralidad de la atención, la calidad, oportunidad del diagnóstico, seguimiento, vigilancia y notificación, que permitió a las instituciones la construcción de planes de mejoramiento, con el fin de mejorar la atención en este servicio.
- ✓ La adherencia a Guías de Manejo de Control Prenatal y de atención de patologías propias de la gestación o de procesos infecciosos como la sífilis.
- ✓ Visitas a unidades de cuidado neonatal públicas y privadas en la ciudad, asesorando y realizando acompañamiento para mejorar la calidad de la oferta en sus condiciones técnicas y científicas que garanticen la adaptación del recién nacido crítico para superar esta etapa en condiciones que le permitan una calidad de vida adecuada a futuro y disminuir la mortalidad neonatal temprana (hasta 7 días de recién nacido).
- ✓ Se han asesorado directamente por parte de la red materno-perinatal los Programa Madre Canguro, ofreciendo el espacio humano y científico para favorecer el manejo precoz, pertinente y oportuno del recién nacido prematuro fundamentado en los lineamientos de madre canguro cuyas intervenciones disminuyen la estancia hospitalaria en unidades de cuidado intensivo y el Fortalecimiento en la ruta institucional en las 14 ESE de atención integral a gestantes.

3.3.3 Tasa de mortalidad infantil en menores de un año

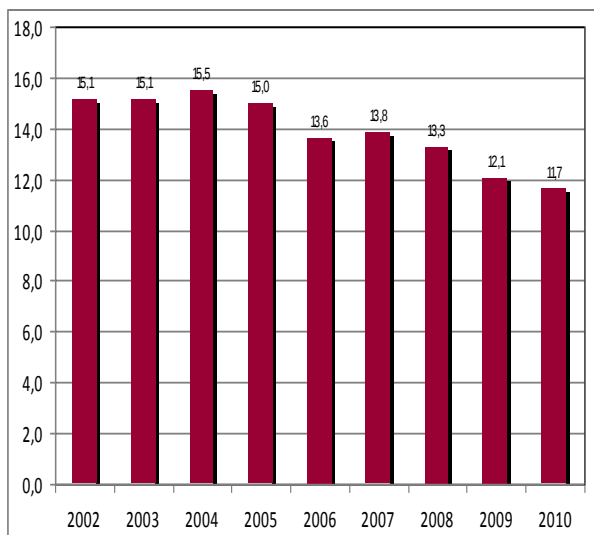
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

La mortalidad infantil se refiere a las muertes que ocurren en niños y niñas menores de un año y se divide en tres periodos: La mortalidad neonatal temprana: de 0 a menos de 7 días de nacido, la mortalidad tardía entre los 7 y los 28 días y la post neonatal en mayores de 28 días y hasta los once meses.

La tasa de mortalidad infantil ha venido disminuyendo a nivel Distrital al pasar de 15,1 casos por 1.000 nacidos vivos en el año 2002 a 11,7 casos por 1000 nacidos vivos en el 2010. La frecuencia más alta se presenta en el periodo neonatal temprano [0 a 7 días de nacido] que ha oscilado entre 2008 y 2010 entre 46,3% y 42,3%, este periodo esta asociado a causas perinatales. Se observa que de las causas reductibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno el mayor porcentaje se concentra en la calidad de atención del parto y periodo neonatal.

Para la vigencia 2011 [1.200], se observa una reducción de 82 casos comparado con el año anterior [1.282 casos]¹¹.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad Infantil
2002 – 2011



FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad Infantil por localidad
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	11,5	7,6	7,1	ND
Chapinero	8,0	11,2	3,7	ND
Santa Fe	13,9	14,0	11,8	ND
San Cristóbal	15,6	14,3	11,5	ND
Usme	12,5	14,1	10,3	ND
Tunjuelito	13,3	8,1	10,1	ND
Bosa	11,6	9,9	12,2	ND
Kennedy	13,2	9,9	10,9	ND
Fontibón	14,6	13,2	11,4	ND
Engativá	10,3	12,1	10,1	ND
Suba	12,7	11,1	11,9	ND
Barrios Unidos	12,1	17,2	14,9	ND
Teusaquillo	12,4	12,5	7,3	ND
Los Mártires	16,7	12,0	16,7	ND
Antonio Nariño	10,4	6,9	12,4	ND
Puente Aranda	14,3	9,6	10,8	ND
La Candelaria	18,5	3,0	7,8	ND
Rafael Uribe Uribe	13,1	12,7	12,4	ND
Ciudad Bolívar	12,8	14,2	11,9	ND
Sumapaz	0,0	23,3	28,6	ND
Sin Localidad	0,0	0,0	0,0	ND
Total Bogotá D.C.	13,3	12,1	11,7	ND

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Para el año 2010 se observó que las localidades que presentaron mayor riesgo de morir por este evento comparadas con el Distrito fueron Sumapaz, [28.6 por 1.000 nacidos vivos, [Es necesario tener en cuenta el denominador poblacional para esta localidad y las características geográficas de la misma], seguida por las localidades Mártires [16.7 por 1.000 nacidos vivos] y Barrios Unidos [14.9 por 1.000 nacidos vivos].

En el año 2011 del total de casos [1.200], las localidades que presentaron el mayor número de casos fueron Suba [151 casos], seguido de Kennedy [149 casos], Ciudad Bolívar [128 casos], Bosa [114 casos] y Engativa [102 casos].

¹¹ Fuente 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminares.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Falta establecer el procedimiento para hacer seguimiento a los planes de mejoramiento surgidos de los análisis de mortalidad (COVE), estableciendo talento humano, tiempos y recursos; Falta de integración de las diferentes bases de datos generando la vinculación de los diferentes proyectos en la ciudad. Esta acción debe hacerse desde el nivel central- Alcaldía o entre secretarías.

La Ley 1438 de 2011 tiene incidencia en la reactivación del equipo técnico de infancia de la Secretaría Distrital de Salud y beneficia el grupo poblacional de la primera infancia, así como la Resolución 1636 del 27/diciembre de 2011 - Alcaldía Mayor de Bogotá "Por la cual se adoptan unas medidas administrativas para la protección del derecho a la salud de los niños y niñas en el Distrito Capital", también tiene incidencia sobre esta población.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la reducción del indicador de mortalidad infantil:

- ✓ En las localidades se desarrollaron acciones orientadas 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, a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Durante el año realizaron visitas con agentes comunitarios en las cuales se abordaron 38.120 niños/niñas, 3.538 madres gestantes y 5.861 lactantes, estos dos grupos directamente a través de las actividades de información y capacitación. Se abordaron 1.174 Hogares comunitarios y 618 FAMIS (Familia, Mujer e infancia).
- ✓ Se continuó con las visitas de seguimiento a las IPS, con 383 consultorios observados los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil. De igual forma se cuenta con 248 médicos, 193 enfermeras 193 técnicos de Enfermería y Salud Oral, 15 Nutricionistas 28 terapeutas y 17 Odontólogos, con capacitación para la aplicación de las estrategias IAFI, IAMI, AEIPI; adicionalmente se han capacitado 4.440 personas de la comunidad usuarias

3.3.4 Mortalidad por enfermedad diarreica aguda por 100.000 menores de cinco años

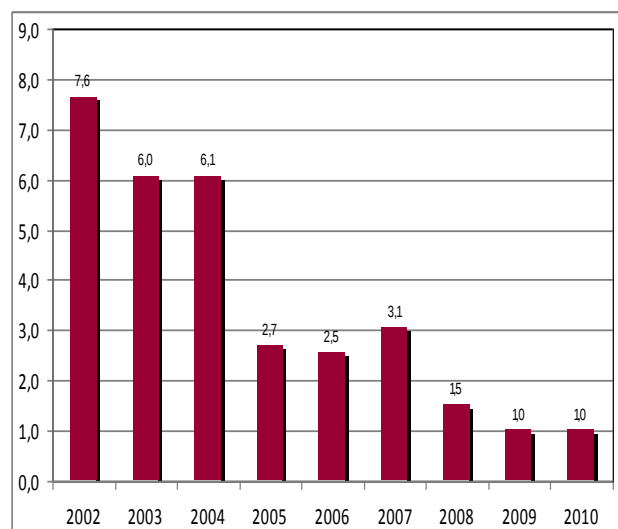
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

La tasa de mortalidad por Enfermedad diarreica Aguda [EDA] ha venido mostrando un descenso marcado en años anteriores logrando una disminución entre los años 2008 y 2009, pasando de 1,5 a 1,0 casos por 100.000 menores de 5 años. Para el año 2010, el indicador presentó el mismo comportamiento del año

2009, manteniéndose la tasa en 1 caso por 100.000 menores de cinco años. Para el año 2011 se presentaron 7 casos¹².

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda por 100.000 menores de 5 años 2002 – 2010



FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

Cuadro XXX

Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda por 100.000 menores de 5 años 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	6,8	0,0	3,4	ND
Chapinero	0,0	0,0	0,0	ND
Santa Fe	10,9	0,0	0,0	ND
San Cristóbal	0,0	2,7	2,7	ND
Usme	0,0	0,0	0,0	ND
Tunjuelito	0,0	0,0	0,0	ND
Bosa	1,9	0,0	1,8	ND
Kennedy	3,4	1,1	0,0	ND
Fontibón	0,0	4,0	0,0	ND
Engativá	0,0	0,0	0,0	ND
Suba	1,3	0,0	1,2	ND
Barrios Unidos	0,0	0,0	0,0	ND
Teusaquillo	0,0	0,0	0,0	ND
Los Mártires	0,0	0,0	0,0	ND
Antonio Nariño	11,4	0,0	0,0	ND
Puente Aranda	0,0	0,0	0,0	ND
La Candelaria	0,0	0,0	0,0	ND
Rafael Uribe Uribe	0,0	3,1	0,0	ND
Ciudad Bolívar	0,0	3,1	3,1	ND
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	ND
Sin Localidad	0,0	0,0	0,0	ND
Total Bogotá D.C.	1,5	1,0	1,0	ND

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.- Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009, 2010 y 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Para los años 2009 y 2010, las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar, han venido presentando casos, a diferencia de Kennedy, Fontibón y Rafael Uribe, que presentaron casos en el año 2009, pero no en el 2010. Caso diferente con Usaquen que presentó 1 caso en el 2010.

Dentro de los factores identificados en los análisis de mortalidad por EDA se encuentran: el desconocimiento de deberes y derechos en salud, dificultades en la integrabilidad para la atención de la enfermedad junto con no adherencia a servicios de salud, débil identificación de signos de alarma frente a estas patologías, vulnerabilidad de las viviendas donde habitan como es la ausencia de servicios públicos, poca ventilación, humedad, déficit en su estado nutricional,

¹² Fuente 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminares.

condición de desplazamiento y dificultades en desplazamiento para llegar a su IPS asignada; dentro de los factores biológicos se evidencia la presencia de patologías concomitantes que aumentan la gravedad de la EDA. En lo relacionado con la calidad de la atención en los servicios de salud, se observa subvaloración del riesgo, generando reconsultas donde el paciente presenta avanzado deterioro de la condición de salud.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

La disminución de la tasa de mortalidad de EDA se relaciona con el mejoramiento al acceso a agua potable, adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos y de manejo de desechos sólidos y líquidos. Así mismo se encuentran otros factores que favorecen la reducción de este evento como: 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 esta morbilidad 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.

A nivel local se viene desarrollando en las 20 localidades y a través de la red de prestadores públicos y privados la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], con el fin de la identificación por parte de los cuidadores y/o padres de los signos y síntomas relacionados con la Enfermedad Diarreica Aguda. De igual forma, la Secretaría de Salud mantiene la vigilancia de salud pública frente a la calidad de agua de consumo humano en instituciones públicas en general.

Es importante mencionar que la ciudad ha avanzado en garantizar a la población una cobertura de servicios de acueducto y de alcantarillado suministrando agua de excelente calidad, elemento fundamental para la disminución de patologías como la EDA.

Adicionalmente se dio continuidad a la vacunación contra Rotavirus, beneficiando con la aplicación de este biológico a 106.131 niños y niñas en menores de un año, alcanzando una cobertura de 88.4% para este biológico durante el año 2011. Así como se encuentra en constante fortalecimiento la vigilancia epidemiológica tipo centinela de EDA.

La SDS como Entidad Territorial en su rol de rectoría logró una sensibilización frente a la salud de los menores por parte de los actores (EAPB, Prestadores, población, ONG).

Se realizó con el Ministerio de la Protección Social [MPS] la suplementación con micronutrientes, con el fin de aportar una variedad de microelementos que le confieran mayores posibilidades y una mejor respuesta sistémica a las agresiones

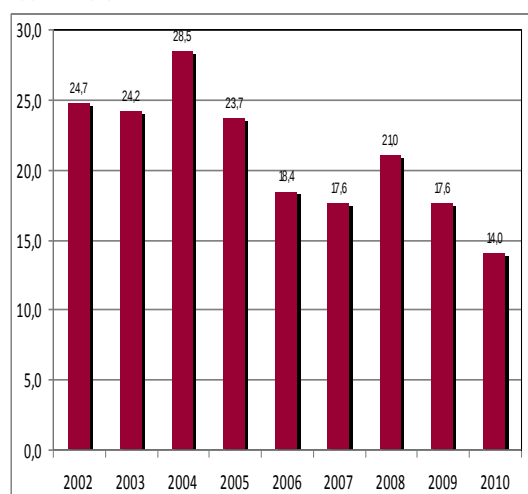
de vías digestivas y respiratorias en los menores durante su primera infancia, lo cual se constituye en una contribución importante a la salud y calidad de vida de los menores; En este marco se llevó a cabo una prueba piloto en la localidad de Usme donde se suplementaron con Sulfato ferroso, Acido fólico, Vitamina A, Vitamina C y Zinc en una preparación novedosa a 2.400 niños y niñas de 6 meses a 5 años, usuarios de jardines tanto del ICBF como de la Secretaría Distrital de Integración social [SDIS], este proceso se inicio en octubre y se termino en diciembre.

3.3.5 Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

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 respiratorias agudas [IRA] por lo cual internacionalmente se toma como indicador trazador.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años
2002 – 2010



FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	13,6	13,7	6,8	ND
Chapinero	15,9	16,1	32,5	ND
Santa Fe	21,8	44,2	22,4	ND
San Cristóbal	26,5	26,8	19,0	ND
Usme	20,3	14,1	16,4	ND
Tunjuelito	12,0	0,0	6,1	ND
Bosa	13,2	16,7	18,2	ND
Kennedy	25,2	16,0	10,4	ND
Fontibón	32,3	12,0		ND
Engativá	16,6	5,0	8,4	ND
Suba	15,0	19,8	17,2	ND
Barrios Unidos	0,0	7,5	7,5	ND
Teusaquillo	15,2	15,4		ND
Los Mártires	14,3	0,0		ND
Antonio Nariño	0,0	11,6		ND
Puente Aranda	5,7	0,0	5,8	ND
La Candelaria	0,0	0,0		ND
Rafael Uribe Uribe	33,6	24,7	15,6	ND
Ciudad Bolívar	25,2	23,4	21,6	ND
Sumapaz	0,0	0,0		ND
Sin Localidad	0,0		0,0	ND
Total Bogotá D.C.	21,0	17,6	14,0	ND

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares
FUENTE 2009 y 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Esta tasa ha tenido en general una tendencia a la disminución al pasar de 24.7 por 100.000 menores de 5 años en el año 2002 a 14 por 100.000 menores de 5 años

en el año 2010. Sin embargo, el aumento de la tasa [21 por 100.000 menores de cinco años] en el año 2008, se relacionó con el periodo de pico epidémico constante por prolongación de la temporada invernal y aumentó en casi el 30% [según los Boletines ERA] la circulación de virus respiratorios especialmente virus Sincitial respiratorio, lo cual puede ser un factor que explica el aumento en la mortalidad por neumonía durante ese año. En el año 2011, se presentaron 50 casos¹³ por neumonía en niños y niñas menores de cinco años, con una reducción del 39.7% comparado con el mismo período del año anterior [83 casos en 2010].

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Al observar el comportamiento por localidad durante 2008 y 2010, ha mostrado que en localidades como Santa fe, San Cristóbal, Rafael Uribe y ciudad Bolívar se han presentado tasas por encima del comportamiento Distrital, debido a factores relacionados con el período de picos epidemiológicos de la prolongación de la temporada invernal que afectan estas zonas donde su situación geográfica es más vulnerable a que el virus Sincitial respiratoria circule en más concentración causando más episodios de enfermedad respiratoria aguda.

En 2011 del total de casos [50], las localidades que presentaron el mayor número fueron Ciudad Bolívar y San Cristóbal [9 casos cada una], seguida de Suba [7 casos] y Kennedy y Engativa [5 casos cada una].

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

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.

El segundo proceso se refiere al acceso y utilización de los servicios de salud. Se continuó con la operación y ampliación en IPS públicas y privadas de la estrategia de Salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), "Salas ERA" en 115 IPS, de las cuales 32 son privadas y 83 públicas. En el curso del año, de 31.419 casos reportados como atendidos bajo la modalidad de salas ERA se han resuelto el 83.1% (n= 18.532), y adicionalmente, en observación de urgencias se han tratado 6.016 casos de enfermedad respiratoria en niños, de los cuales, cerca del 34% (n=2.044), se han resuelto.

¹³ Fuente 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminares

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la reducción del indicador de mortalidad por neumonía:

- ✓ En los meses de mayo y junio por motivo de la prolongación y recrudecimiento del pico invernal se intensificó el trabajo conformando un equipo denominado "Equipo Inter direcciones para la Respuesta a Emergencias Biológicas". En este sentido se programaron una serie de visitas que iniciaron en el mes de junio, con el fin de revisar los planes de contingencia tanto de EPS como de IPS y evaluar la oferta de servicios de Salas ERA.
- ✓ Desde el trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas se continuó fortaleciendo el desarrollo de la estrategia de Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], en sus componentes clínico y comunitario (enfaticando en la enseñanza a padres y cuidadores en la identificación temprana de señales de alarma, que permita acudir de manera oportuna a los servicios de salud y así disminuir el daño potencial a los infantes y minimizar el riesgo de morir, tendientes a lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las familias con niños en su primera infancia, especialmente de aquellas que habitan los sectores más deprimidos en lo social y económico).
- ✓ Se continuó con las visitas de seguimiento a las IPS, con 383 consultorios observados los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil. De igual forma se cuenta con 248 médicos, 193 enfermeras 193 técnicos de Enfermería y Salud Oral, 15 Nutricionistas 28 terapeutas y 17 Odontólogos, con capacitación para la aplicación de las estrategias IAFI, IAMI, AIEPI, adicionalmente se han capacitado 4.440 personas de la comunidad, usuarias.
- ✓ En las localidades se desarrollaron acciones orientadas 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., a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Durante el año realizaron visitas con agentes comunitarios en las cuales se abordaron 38.120 niños/niñas, 3.538 madres gestantes y 5861 lactantes, estos dos grupos directamente a través de las actividades de información y capacitación. Se encontraron 31.886 niños y niñas con esquema adecuado de vacunación, 12.524 niños y niñas asistan a control de crecimiento y desarrollo. Se abordaron 1.174 Hogares comunitarios y 618 FAMIS (Familia, Mujer e infancia).

3.3.6 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de cinco años

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

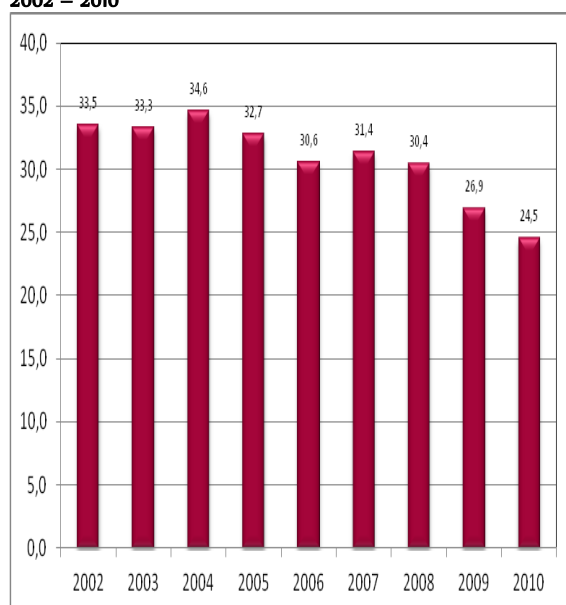
La mortalidad en menores de cinco años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas menores de cinco años de edad cumplidos y expresa el riesgo de morir de morir de niños y niñas menores de 5 años por cada 10.000 niños y niñas de este grupo de edad.

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.

Durante el período 2008, 2010 se observa una reducción de la mortalidad en menores de 5 años, pasando de 30.4 a 24.5 por 10.000 menores de cinco años. Para 2011 se presentaron 1.331 casos¹⁴ con una reducción en 125 casos frente al año anterior [1.456 casos].

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de cinco años. 2002 – 2010



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares

FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Cuadro XXX

Bogotá D.C., Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores de cinco años. 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	28,2	18,1	17,4	ND
Chapinero	23,9	41,8	17,9	ND
Santa Fe	38,2	34,3	28,0	ND
San Cristóbal	37,2	34,1	25,2	ND
Usme	27,9	30,7	20,7	ND
Tunjuelito	31,1	20,6	23,3	ND
Bosa	28,3	23,0	26,2	ND
Kennedy	26,9	20,2	21,3	ND
Fontibón	32,3	29,6	22,5	ND
Engativá	22,8	25,0	19,7	ND
Suba	27,4	25,0	23,7	ND
Barrios Unidos	18,5	23,1	23,2	ND
Teusaquillo	28,9	30,8	18,6	ND
Los Mártires	41,5	26,2	38,2	ND
Antonio Nariño	18,3	15,0	22,3	ND
Puente Aranda	33,5	21,9	22,1	ND
La Candelaria	60,6	30,4	30,6	ND
Rafael Uribe Uribe	34,2	29,4	27,8	ND
Ciudad Bolívar	28,8	30,9	23,0	ND
Sumapaz	0,0	17,2	17,3	ND
Sin Localidad	0,0	0,0	0,0	ND
Total Bogotá D.C.	30,4	26,9	24,5	ND

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares.

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

¹⁴ Fuente 2011: Bases preliminares SDS y RUAF.- Datos preliminares- La información de mortalidad de los meses de noviembre y diciembre son solo del aplicativo RUAF muy preliminares

El comportamiento de las localidades durante el período 2008 – 2010, debido a que consolida los diferentes factores que afectan en la tasa de mortalidad en menores de 5 años [muertes perinatales, infantiles y menores de 5 años], registra la tendencia de las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria, Rafael Uribe a presentar tasas por encima del comportamiento Distrital, lo anterior a la combinación de factores geográficos, sociales, económicos y culturales.

Del total de casos en 2011 [1.331] las localidades que reportaron el mayor número de caso fueron Kennedy [170 casos], Suba [165 casos], Ciudad Bolívar [137 casos], Bosa [125 casos] y Engativa [113 casos].

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

La principal causa de mortalidad en menores de 5 años es la mortalidad infantil y dentro de este grupo la mortalidad perinatal. Se pueden detectar dos noxas (causas) biológicas de este comportamiento, por un lado la mayor presencia de niños y niñas con mayor vulnerabilidad del sistema respiratorio (nacimientos prematuros, insuficiente maduración pulmonar entre otros) y por ende mayor riesgo de bronquiolitis y neumonía en especial en los primeros 2 años de vida.

La segunda noxa es la variabilidad climática y el patrón estacional de circulación viral en el Distrito Capital en especial por virus sincital respiratorio y adenovirus.

Los análisis del comportamiento de esta mortalidad, evidencian que aspectos relacionados con el acceso de la comunidad a saneamiento básico (recolección de basuras, vías no pavimentadas y con drenaje inadecuado] las condiciones de nutrición del binomio madre/hijo, prácticas de alimentación, nivel educativo de las madres, acceso a los servicios sociales incluyendo los servicios de salud y vacunación, la detección temprana de alarmas para enfermedades transmisibles como enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda contribuyen a la ocurrencia de este evento.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la reducción del indicador de mortalidad en menores de 5 años:

- ✓ 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.
- ✓ En los meses de mayo y junio por motivo de la prolongación y recrudecimiento del pico invernal se intensificó el trabajo conformando un equipo denominado "Equipo Inter direcciones para la Respuesta a Emergencias Biológicas". En este sentido se programaron una serie de visitas, con el fin de revisar los planes de contingencia tanto de EPS como de IPS y evaluar la oferta de servicios de Salas ERA.

- ✓ Desde el trabajo del Plan de Intervenciones Colectivas se continuó fortaleciendo el desarrollo de la estrategia de Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], en sus componentes clínico y comunitario (enfaticando en la enseñanza a padres y cuidadores en la identificación temprana de señales de alarma, que permita acudir de manera oportuna a los servicios de salud y así disminuir el daño potencial a los infantes y minimizar el riesgo de morir, tendientes a lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las familias con niños en su primera infancia, especialmente de aquellas que habitan los sectores más deprimidos en lo social y económico).
- ✓ Se continuó con la operación y ampliación en IPS públicas y privadas de la estrategia de Salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), "Salas ERA" en 115 IPS, de las cuales 32 son privadas y 83 públicas. En el curso del año, de 31.419 casos reportados como atendidos bajo la modalidad de salas ERA se resolvieron el 83.1% y adicionalmente, en observación de urgencias se han tratado 6.016 casos de enfermedad respiratoria en niños, de los cuales, cerca del 34% (n=2.044), se han resuelto.
- ✓ Se continuó con las visitas de seguimiento a las IPS, con 383 consultorios observados los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil. De igual forma se cuenta con 248 médicos, 193 enfermeras 193 técnicos de Enfermería y Salud Oral, 15 Nutricionistas 28 terapeutas y 17 Odontólogos, con capacitación para la aplicación de las estrategias IAFI, IAMI, AEIPI, adicionalmente se han capacitado 4.440 personas de la comunidad, usuarias.
- ✓ En las localidades se desarrollaron acciones orientadas 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., a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantiles AIEPI-Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Durante el año realizaron visitas con agentes comunitarios en las cuales se abordaron 38.120 niños/niñas, 3.538 madres gestantes y 5861 lactantes, estos dos grupos directamente a través de las actividades de información y capacitación. Se encontraron 31.886 niños y niñas con esquema adecuado de vacunación, 12.524 niños y niñas asistan a control de crecimiento y desarrollo. Se abordaron 1.174 Hogares comunitarios y 618 FAMIS (Familia, Mujer e infancia).
- ✓ Se continuó con los cursos de AIEPI virtuales beneficiando a los hospitales de la red adscrita.
- ✓ La línea 195 y la Central Única de Referencia y Contrarreferencia - CURYC, ha ofrecido un numero incrementado de llamadas (llamadas 24.154, ha contestado 15,777 y ha diferido el tramite de 8.310 llamadas) y la Central Única de Referencia y Contrarreferencia – CURYC, aportando en la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud.

- ✓ Se realizó la Unidad de Análisis de Infancia debido a la contingencia del segundo pico ERA y a la preparación para la realización de las Jornadas Epidemiológicas Distritales.

3.4 Fecundidad adolescente

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

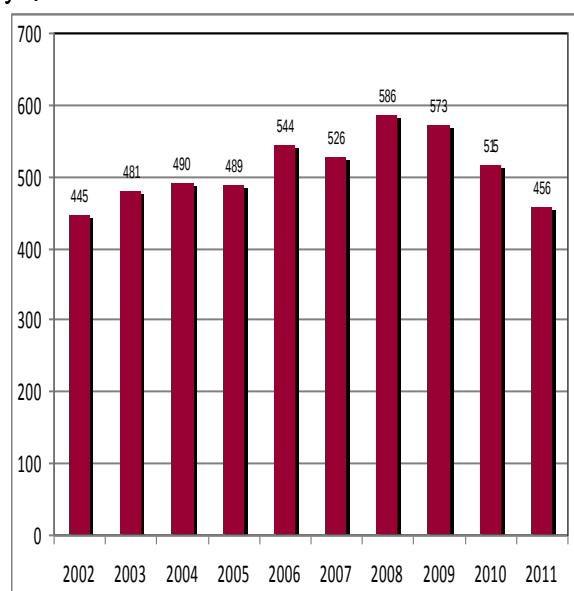
3.4.1 Número de nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Al revisar el comportamiento de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años, se identificó que han reducido en un 22.8% desde el año 2008 [n=586] a 2011 [n=456]¹⁵, gracias a los esfuerzos e intervenciones realizadas y dirigidas a este grupo específico.

Gráfica XXX

Bogotá D.C., Número de nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años. 2002 – 2011



Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. 2011: Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF_ND, datos preliminares última actualización 25/01/2012.

Cuadro XXX

Bogotá D.C., Número de nacimientos en adolescentes entre 10 y 14 años por localidad. 2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	16	20	22	11
Chapinero	3	1	3	6
Santa Fe	14	12	11	9
San Cristóbal	58	41	54	33
Usme	60	51	43	41
Tunjuelito	11	13	12	8
Bosa	67	76	52	55
Kennedy	78	78	69	68
Fontibón	12	18	15	10
Engativá	23	36	24	28
Suba	44	47	52	51
Barrios Unidos	4	4	5	5
Teusaquillo	0	2	2	2
Los Mártires	7	8	8	4
Antonio Nariño	4	1	1	5
Puente Aranda	10	8	2	10
La Candelaria	0	1	6	0
Rafael Uribe Uribe	65	34	39	32
Ciudad Bolívar	98	119	92	78
Sumapaz	2	0	0	0
Sin Localidad	10	3	3	0
Total Bogotá D.C.	586	573	515	456

Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. 2011: Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF_ND, datos preliminares

¹⁵ Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF-ND, datos preliminares

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

Durante el año 2011 se observó que las localidades que aportan el mayor número de nacimientos en adolescentes fueron: Ciudad Bolívar con el 17.1% (n=78), Kennedy con el 14.9%(n=68), Bosa 12.1% (n=55), le siguen en su orden Suba con el 11.2% (n=51), Usme 9% (n=41) y San Cristóbal con el 7.2%(n=33) [Tabla 11]. En estas localidades es donde se concentra la población más pobre de la ciudad, son consideradas localidades de emergencia social, no sólo porque albergan gran población en condiciones de vulnerabilidad, sino que además reciben el mayor número de población desplazada procedente de diferentes zonas del país; poblaciones con bajas condiciones socioeconómicas y culturales que unido al desconocimiento de sus derechos y deberes en salud, así como de los derechos sexuales y reproductivos, están incidiendo fuertemente en esta problemática.

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

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

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Según el análisis de la situación de salud de los adolescentes realizada por la SDS, a través de la Sala Situacional, evidencia que el embarazo en adolescentes convoca la complejidad de determinantes estructurales definidos en la gama de lo económico, social y cultural y sus causas están asociadas a:

- ✓ Inmadurez biológica de los adolescentes: La inmadurez cerebral específicamente de las áreas relacionadas con la planeación,

planificación, toma de decisiones entre otras, termina de madurar alrededor de los 18 años de edad, lo que podría estar directamente relacionado con la poca responsabilidad de los adultos frente a la vivencia de la sexualidad y a las consecuencias a largo plazo de sus decisiones.

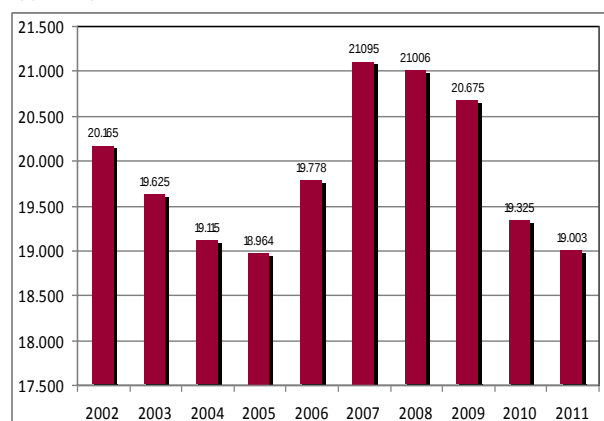
- ✓ Dificultades para lograr consolidar grupos de trabajo intersectorial con entidades y actores importantes de la formación: educación, monitoreo y evaluación de estrategias pedagógicas de prevención del embarazo en épocas tempranas de la vida.
- ✓ La mirada adulto-centrista, identifica el embarazo como un “problema social” derivado de una serie de situaciones emergentes de ámbitos sociales y económicos, en comunidades pobres y vulnerables, limitando la caracterización de este grupo poblacional y la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida.
- ✓ Socialmente, no se les permite a los o las adolescentes expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio de la sexualidad, sus imaginarios en torno a la paternidad y o maternidad, así como las representaciones sociales de este evento para este grupo poblacional.
- ✓ Los jóvenes construyen imaginarios sociales en torno de su proyecto de vida, en el marco de la experiencia en donde al interior de la familia se les asigna roles de pseudo-paternidad maternidad y se les coloca como cuidadores de sus hermanos.
- ✓ Dificultades para abordar de manera contundente la resignificación de imaginarios y construcciones morales de padres y madres adolescentes en torno de la sexualidad específicamente al conocimiento, uso y apropiación en la cotidianidad de métodos de regulación de la fecundidad.
- ✓ Dificultades para ampliar la oferta de métodos anticonceptivos modernos dentro de los planes de beneficio, abarcando al participante vinculado y a los o las aseguradas en el régimen subsidiado
- ✓ Fragilidades en la formación de profesionales que atienden a los adolescentes y jóvenes perdiendo oportunidades de encuentro y de legitimación de la voz del adolescente y su familia.
- ✓ Uno de los temas vitales para esta población es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus múltiples dimensiones [afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética] convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial.
- ✓ Determinación social de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes: incluye aspectos como los mensajes y modelos de comportamiento que proyectan los medios de comunicación frente a la sexualidad, las oportunidades de desarrollo humano, así como los significados y prácticas sociales con relación a la sexualidad, entre otros, los cuales son algunos de los elementos que inciden en el comportamiento adolescente frente a la maternidad y paternidad, ya sea como opción de vida o como consecuencia de un acumulado de la historia personal y familiar.

3.4.2 Número de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

Con relación a los nacimientos en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, se observa una tendencia a la reducción pasando de 21.095 en 2007 a 19.003 en 2011.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Número de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años
2002 – 2011



Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. 2011: Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF_ND, datos preliminares última actualización 25/01/2012.

Cuadro XXX
Bogotá D.C., Número de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años
2008 – 2011

Localidad	2008	2009	2010	2011
Usaquén	826	792	672	642
Chapinero	188	140	167	149
Santa Fe	471	407	378	354
San Cristóbal	1689	1786	1744	1.606
Usme	1661	1720	1529	1.590
Tunjuelito	681	684	618	556
Bosa	2419	2392	2282	2.266
Kennedy	2743	2620	2634	2.546
Fontibón	653	646	629	567
Engativá	1504	1394	1349	1.413
Suba	2223	2200	1975	1.951
Barrios Unidos	212	242	177	182
Teusaquillo	69	82	66	109
Los Mártires	214	244	217	250
Antonio Nariño	194	223	168	210
Puente Aranda	448	457	412	413
La Candelaria	65	55	57	69
Rafael Uribe Uribe	1476	1431	1220	1.236
Ciudad Bolívar	3113	3047	2838	2.862
Sumapaz	6	11	7	7
Sin Localidad	151	102	186	25
Total Bogotá D.C.	21.006	20.675	19.325	19.003

Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. 2011: Fuente: Certificado de Nacido Vivo y Base de Datos RUAF_ND, datos preliminares

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El comportamiento por localidades en el año 2011, evidencia que las localidades que aportaron el mayor número de nacimientos fueron Ciudad Bolívar con el 15.1% (n=2862), Kennedy con el 13.4%(n=2546), Bosa con el 11.9% (n=2266) y le siguen las localidades de Suba con el 10.3% (n=1951), San Cristóbal con el 8.5% (n=1606) y la localidad de Usme con el 8.4%(n=1590), lo que evidencia que son localidades que demandan gran atención por el número de nacimientos en este grupo poblacional y que están igualmente afectadas por condiciones sociales, culturales y económicas que poden en evidencia un “problema social” de la ciudad, derivado de una serie de situaciones emergentes en comunidades pobres y vulnerables y limitando la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida. Por otro lado las o los adolescentes

socialmente no se les permiten expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual, sus imaginarios en torno a la paternidad o maternidad, así como las representaciones sociales de este evento. De igual forma se observa que existen factores culturales que están incidiendo en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, así como en la demanda oportuna de los servicios de salud, lo que está generando embarazos no planeados y no deseados.

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

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Según el análisis de la situación de salud de los adolescentes realizada por la SDS, a través de la Sala Situacional, evidencia que el embarazo en adolescentes convoca la complejidad de determinantes estructurales definidos en la gama de lo económico, social y cultural y sus causas están asociadas a:

- ✓ Inmadurez biológica de los adolescentes: La inmadurez cerebral específicamente de las áreas relacionadas con la planeación, planificación, toma de decisiones entre otras, termina de madurar alrededor de los 18 años de edad, lo que podría estar directamente relacionado con la poca responsabilidad de los adultos frente a la vivencia de la sexualidad y a las consecuencias a largo plazo de sus decisiones.
- ✓ Dificultades para lograr consolidar grupos de trabajo intersectorial con entidades y actores importantes de la formación: educación, monitoreo y evaluación de estrategias pedagógicas de prevención del embarazo en épocas tempranas de la vida.
- ✓ La mirada adulto-centrista, identifica el embarazo como un “problema social” derivado de una serie de situaciones emergentes de ámbitos sociales y económicos, en comunidades pobres y vulnerables, limitando la caracterización de este grupo poblacional y la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida.
- ✓ Socialmente, no se les permite a los o las adolescentes expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio de la sexualidad, sus imaginarios en torno a la paternidad y o maternidad, así como las representaciones sociales de este evento para este grupo poblacional.
- ✓ Los jóvenes construyen imaginarios sociales en torno de su proyecto de vida, en el marco de la experiencia en donde al interior de la familia se les asigna roles de pseudo-paternidad maternidad y se les coloca como cuidadores de sus hermanos.

- ✓ Dificultades para abordar de manera contundente la resignificación de imaginarios y construcciones morales de padres y madres adolescentes en torno de la sexualidad específicamente al conocimiento, uso y apropiación en la cotidianidad de métodos de regulación de la fecundidad.
- ✓ Dificultades para ampliar la oferta de métodos anticonceptivos modernos dentro de los planes de beneficio, abarcando al participante vinculado y a los o las aseguradas en el régimen subsidiado
- ✓ Fragilidades en la formación de profesionales que atienden a los adolescentes y jóvenes perdiendo oportunidades de encuentro y de legitimación de la voz del adolescente y su familia.
- ✓ Uno de los temas vitales para esta población es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus múltiples dimensiones [afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética] convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial.
- ✓ Determinación social de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes: incluye aspectos como los mensajes y modelos de comportamiento que proyectan los medios de comunicación frente a la sexualidad, las oportunidades de desarrollo humano, así como los significados y prácticas sociales con relación a la sexualidad, entre otros, los cuales son algunos de los elementos que inciden en el comportamiento adolescente frente a la maternidad y paternidad, ya sea como opción de vida o como consecuencia de un acumulado de la historia personal y familiar.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la reducción del número de nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años:

- ✓ Fortalecimiento de los Servicios amigables para los jóvenes y adolescentes con la ejecución de actividades de capacitación a los profesionales en salud que prestan atención en los centros de atención primaria en salud escolar (CAPSE), en temas como derechos sexuales y reproductivos, sentencia C355 y asesoría en VIH.
- ✓ Socialización de la Ruta Institucional de Atención en regulación de la fecundidad.
- ✓ Desde el ámbito escolar se realizaron acciones pedagógicas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo en adolescentes beneficiando a 79.125 niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años y 60.537 adolescentes [15-19 años].
- ✓ Se conformaron 1.727 grupos gestores con énfasis en Salud sexual y Reproductiva, con participación de 24.869 adolescentes de 15 a 19 años y 30.544 niños, niñas y adolescentes [10 a 14 años].

- ✓ Se realizaron 368 jornadas lúdicas, pedagógicas y temáticas con 66.207 participantes, así mismo 2.380 docentes abordados a través de los grupos gestores.
- ✓ Captación y seguimiento a las gestantes, así como la retroalimentación de las rutas implementadas en las 546 sedes de las instituciones educativas intervenidas, de acuerdo con las acciones frente al Inicio de métodos de regulación de la fecundidad en el pos-parto y la canalización a los servicios de salud a partir de los seguimientos realizados en las sedes de las Instituciones Educativas [758 casos de gestantes notificados, 1.441 seguimientos a gestantes en la Institución Educativa, 1.199 casos de gestantes con actividades de retroalimentación y 399 adolescentes en condición de post parto recibieron asesoría en regulación de la fecundidad y mantienen el método de planificación familiar].
- ✓ 45 grupos, organizaciones y/o redes de adolescentes y jóvenes fortalecidos en las temáticas de empoderamiento juvenil, exigibilidad de derechos en salud, derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Se realizaron sesiones grupales en los 15 grupos de líderes y/o semilleros del proceso estratégico constructores de sociedad e inclusión social posicionando temáticas de salud sexual y reproductiva y fortalecimiento como sujetos de derechos.
- ✓ Se realizaron en las localidades el Proceso Estratégico de empoderamiento comunitario para la inclusión social en salud [Centros de escucha], donde intercambian conocimientos sobre los derechos Sexuales y reproductivos, los riesgos que se presentan en la etapa de adolescencia y juventud, como evaluarlos y controlarlos.
- ✓ Se realizaron 62.297 actividades de Información-Educación-Consejería a familias para la prevención del Embarazo en Adolescentes en los territorios de Salud a Su casa; el abordaje domiciliario de estas familias fue realizada por médicos, enfermeras y gestores de salud.

3.5 Donación de órganos, tejidos y sangre

La medicina ha avanzado en Colombia y los tratamientos que usan la sangre, los tejidos, las células y los órganos humanos son cada vez más comunes para salvar vidas y mejorar su calidad; no obstante, los pacientes no tienen acceso suficiente y oportuno a estas soluciones cuando las necesitan. Las enfermedades crónico-degenerativas y una esperanza de vida cada vez mayor en la población dan como resultado deficiencias en órganos y tejidos como en el caso del riñón, córnea, corazón, pulmón, hígado, páncreas, hueso, entre otros.

Los productos sanguíneos, órganos, células madre y tejidos humanos, también son esenciales para el uso terapéutico en los pacientes que lo requieren, ya sea porque carecen de uno o varios constituyentes de la sangre por pérdida o enfermedad y en otros casos, por padecer patologías donde su vida y mejoramiento de la salud dependen de un trasplante de órganos vitales o de

implante de tejidos. Las transfusiones y los trasplantes salvan vidas, mejoran la salud e impactan los indicadores de vida y salud en una población.

Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud realiza acciones de rectoría con enfoque de suficiencia, calidad, oportunidad, equidad, solidaridad, seguridad y universalidad, acorde con las políticas y normas Distritales, Regionales, Nacionales e Internacionales en salud, propendiendo por el mejor estado de salud de la población y para el desarrollo de la hemoterapia, medicina transfusional y el proceso de donación y trasplantes.

En el Distrito Capital, la situación que se presenta respecto al tema de la sangre, componentes sanguíneos, células, órganos y tejidos aunque ha venido mejorado constantemente, aún no satisface plenamente la demanda y necesidades de mejoramiento de la red, en lo referente a la donación y gestión de sangre, órganos, tejidos y células madre de cordón umbilical.

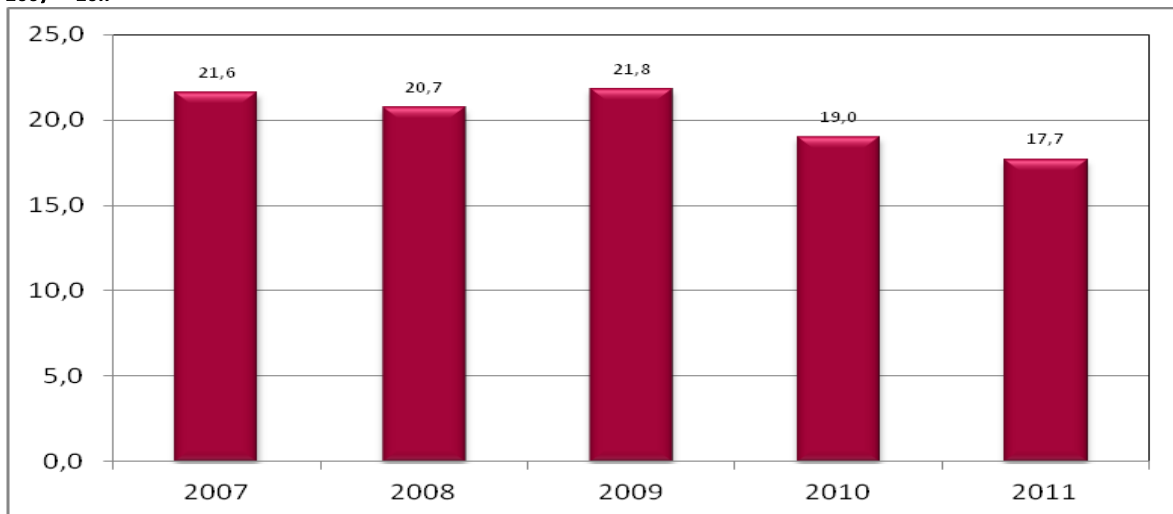
En el tema de suficiencia de sangre, la Secretaria Distrital de Salud teniendo en cuenta que la sangre es un bien público, contribuye a garantizar una disponibilidad de hemocomponentes importante para la ciudad a través del Hemocentro Distrital ya que en la ciudad y el país las necesidades de sangre y componentes sanguíneos son crecientes.

3.5.1 Tasa de donación de órganos y tejidos por 1.000.000 habitantes

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

La donación de órganos y tejidos es un tema complejo determinado por múltiples causas que marcan diferencias importantes en el mundo, en el Distrito Capital, el resultado histórico de tasa de donación nos dice que en el 2007 se logro 21.6, en el 2008 el 20.7, en el 2009 de 21.8 en el 2010 19.0 y en el 2011 se alcanzó una tasa de 17,7 donantes por millón de habitante, cada día fortaleciendo las acciones de la Coordinación de la Regional No.1 Red de trasplante para las futuras vigencias.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de donación de órganos y tejidos
2007 – 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Hemocentro distrital

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El indicador de tasa de donación de órganos y tejidos no se discrimina por localidad, debido a que su medición se realiza a nivel distrital.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

La insuficiencia en los recursos económicos, físicos, logísticos y humanos en la Coordinación Regional No 1 Red de Donación y Trasplantes para realizar las estrategias de educación, comunicación e información sobre donación órganos y tejidos y seguimiento psicosocial en pacientes trasplantados.

Ausencia de continuidad en los procesos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para generar un impacto social por ausencia de recurso humano referente en este proceso.

Adicionalmente se observa en la población un baja cultura de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes de la población apta para ser donante, posiblemente ocasionada por la Influencia negativa de mensajes en televisión sobre el proceso donación trasplante e Imaginarios negativos en la población con relación al tema de Donación – Trasplante que trae como consecuencia alta Negativa familiar al proceso, Promoción de la donación.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la tasa de donación de órganos y tejidos:

- ✓ Se realizó 176 jornadas de información; el número de personas informadas fueron 8.562 personas; se realizaron 60 asesorías y asistencia técnica a IPS, fundaciones y/o Asociaciones; se realizó 2 jornadas de capacitación para multiplicadores voluntarios y se carnetizaron 6.268 personas.
- ✓ En el marco de la intervención territorial, se elaboró conjuntamente con el SENA y los diferentes actores vinculados al proceso Donación – Trasplante, la Norma Técnica de Competencia Laboral, la cual entrará en operación para el próximo cuatrienio en la certificación del recurso humano que realice actividades de promoción así como en el diseño y ejecución de carrera técnica para la promoción a la donación de órganos y tejidos.
- ✓ Se realizó acercamiento importante con la Secretarías Departamentales de Casanare, Meta, Boyacá y Tolima en aras a la celebración de convenios que permitan aumentar la notificación de potenciales donantes y fortalecer la cultura ciudadana alrededor del tema en el futuro inmediato.
- ✓ En este marco, la coordinación de la red de donación y trasplantes ha intervenido y regulado la gestión de la donación y los trasplantes en la región de cobertura, lográndose beneficiar a diferentes individuos permitiendo no sólo rescatar su vida, sino incorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo. Durante el 2011 se benefició a 332 personas, de las cuales, 240 pacientes se les realizó trasplante de riñón. Así mismo, se beneficiaron 19 pacientes con trasplante de corazón, 73 pacientes con trasplante de hígado.

3.5.2 Tasa de donación de sangre por 1.000 habitantes

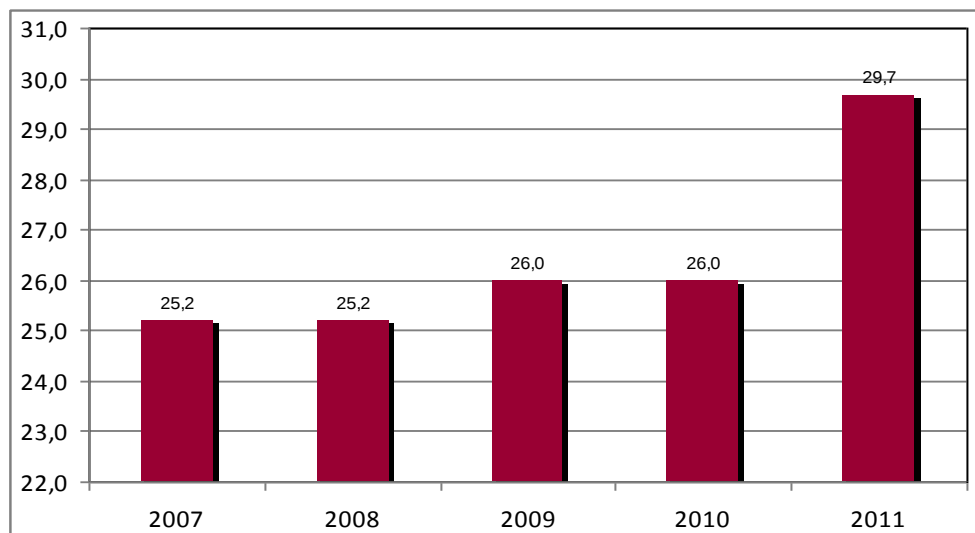
Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

En el Distrito Capital, aunque la situación que se presenta respecto al tema de la sangre, componentes sanguíneos, células, órganos y tejidos, ha mejorado, aún no satisface plenamente la demanda en lo referente a la donación de sangre, órganos, y tejidos.

Existen necesidades crecientes de utilización de componentes sanguíneos; se estima que por cada evento relacionado con la violencia y agresiones varias, primera causa de muerte en Bogotá en el grupo de hombres entre los 15 y los 44 años, se están afectando entre 8 y 10 personas, lo cual aumenta la demanda en los servicios de urgencias y por ende el consumo de sangre y componentes sanguíneos. Se estima que una 1 de cada seis 6 personas que ingresan a los servicios de urgencias de la red hospitalaria de la ciudad por trauma, requiere transfusiones de sangre y el 10% de estos pacientes, requerirá el reemplazo de una a dos volemias de sangre es decir, entre 5 y 10 litros, lo que equivale a 10 a 20 unidades de sangre. Alrededor del 50% de la sangre que se capta en la ciudad está destinado a los servicios de trauma o urgencias, lo cual deja desprotegidos otros servicios que requieren de sangre o sus componentes para las cirugías programadas, trasplantes, cirugía cardiovascular, quemados, maternas y otras patologías.

Durante las vigencias 2008 a 2010 se presentó la reducción de recursos, inestabilidad del personal y falta de fortalecimiento del programa de Promoción de la donación de sangre por parte de los 16 bancos de sangre de la ciudad, quienes son los actores fundamentales para cumplimiento de la meta de donación de sangre.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tasa de donación de sangre
2007 – 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Hemocentro distrital

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El indicador de tasa de donación de órganos y tejidos no se discrimina por localidad, debido a que su medición se realiza a nivel distrital.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en la tasa de donación de sangre:

- ✓ Se realizó la coordinación de la red de sangre, la aplicación de estrategias y desarrollo de diferentes actividades por parte de la Secretaría Distrital de Salud a través de la Red Distrital de Sangre y los actores que la conforman, permitió el cumplimiento de las metas del programa de garantía de calidad y el plan de capacitación para los integrantes de la Red Distrital de sangre.
- ✓ para el año 2011 se cumplió, siendo el esperado 29 y el obtenido de 29,7 con la colecta para este año de 221.526 unidades de sangre.

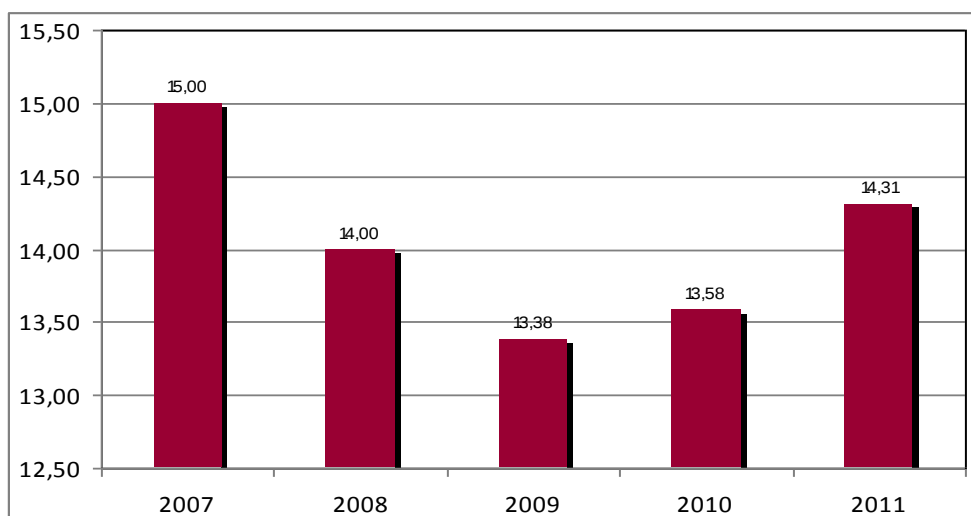
- ✓ Se realizaron 4.214 jornadas de donación de sangre en puntos móviles y atención permanente de donantes de sangre en 21 puntos fijos de la ciudad. La gestión realizada en la sensibilización a la comunidad potencialmente donante permitió aumento en 5% de donantes de primera vez en comparación con el año 2010 (54% y 59%, respectivamente); de igual manera se redujo el número de donantes por reposición (14.4% a 8.6%), indicando que muchos familiares de pacientes y los mismos pacientes que requirieron transfusión sanguínea para su atención no estuvieron presionados para conseguir sangre, lo cual redundó en la calidad de la atención hospitalaria y bienestar del ciudadano.
- ✓ Por su parte, el Hemocentro Distrital, en el 2011 recolectó 37.044 unidades de sangre, de estas, el 94% fueron donantes voluntarios. La reactividad en el 2011 fue de 4,8 en promedio mostrando mejores condiciones de calidad y seguridad para los receptores de productos sanguíneos.

3.6 Tiempo de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria

Análisis descriptivo del indicador Total Bogotá – vigencia 2011

El tiempo de respuesta del mes de enero - diciembre medido en mediana es de 14 minutos 31 segundos para los casos clasificados como triage rojo, con un incremento de 33 segundos comparado con el mismo periodo de 2010 donde se presentó un tiempo de respuesta acumulado de 13 minutos 58 segundos.

Gráfica XXX
Bogotá D.C., Tiempos de respuesta a los requerimientos de la atención pre-hospitalaria
2002 – 2011



Fuente: Base de datos de hospitales de la red pública y privada convenios APH-PROCAD-NUSE 123

Análisis descriptivo del indicador por Localidad – vigencia 2011

El indicador de tasa de donación de órganos y tejidos no se discrimina por localidad, debido a que su medición se realiza a nivel distrital.

Análisis de contexto: Principales factores tanto internos como externos que influyeron en su comportamiento – vigencia 2011

Dentro de las dificultades para el cumplimiento de la meta se encuentran:

- a. Factores externos como la baja velocidad de desplazamiento en la ciudad de Bogotá durante las horas pico
- b. El crecimiento del parque automotor que circula por la ciudad que según datos de movilidad se ha aumentado aproximadamente en 200.000 vehículos ya sea matriculado o no en Bogotá
- c. La ciudad tiene alrededor de 200 sitios en obras en las vías.
- d. El crecimiento de los despachos de vehículos de emergencias entre 2008 y 2010 fue del 49.86% lo que significó haber atendido a 96.174 pacientes más que en 2008, pasando de 192.855 en el 2008 a 289.029 en el 2010.

Antes que entrara en vigencia el Número Único de Servicio de Emergencia 123 [NUSE] en junio de 2007, las llamadas llegaban directamente al Centro Regulador de Urgencias [CRU], por lo cual los tiempos de respuesta eran menores, actualmente desde que un ciudadano marca la línea de emergencias 123, el tiempo promedio de captura de información en el [NUSE] es cercano a un (1) minuto y una vez transferida esta información al [CRUE] se requiere de 1 a 1:30 minutos adicionales para recibirla, analizarla, complementarla y tomar la decisión de envío o no de vehículo de emergencia necesario para la demanda del ciudadano, es decir en este proceso se requiere invertir un promedio de tiempo de dos a tres minutos más.

Incremento de la retención de camillas en los servicios de urgencias, generando la no disponibilidad de recursos en el Programa APH,- Entre enero a septiembre de 2011, de las 793.416 horas contratadas 123.070 horas fueron retenidas por camilla en los servicios de urgencias esto corresponde al 15.5% de las horas contratadas y si se observa este valor frente a las horas efectivas (723.482 horas), corresponde al 17.0%. En el mismo periodo (enero a septiembre) del año 2010, el promedio de horas de retención de camilla estuvo en 77.785 horas, situación que indica que en el año 2011, incremento que se ve reflejado por la ausencia del programa suministro de camillas para liberación de las mismas en los servicios de urgencias.

Se continúan con las dificultades para garantizar la prestación adecuada del sistema de radiocomunicaciones de la SDS, encontrándose fallas en el sistema por saturación de los canales, debido a un daño en un PAD de uno de los repetidores, generando problemas de comunicaciones con las ambulancias del programa APH.

Acciones realizadas para la vigencia 2011 que incidieron en el tiempo de

respuesta a los requerimientos de atención pre hospitalaria:

- ✓ Con relación a los despacho de vehículos de emergencia en el año 2011 se realizó 306.490 despachos de vehículos de emergencia de los cuales el 61% corresponde a Transporte Ambulatorio Básico y el 16% de Transporte Ambulatorio Medicalizado con un crecimiento del 5% (289.029) comparado con los despachos realizados en el año 2010,
- ✓ Con relación a la referencia de pacientes se logró un cumplimiento de la oportunidad del 99% de las solicitudes de ubicación de maternas en los servicios de urgencias en traslados secundarios equivalente a 266 pacientes, y un 95% en la ubicación de pacientes críticos de 1.234 solicitudes que ingresaron al Centro Operativo durante la vigencia.
- ✓ Respuesta al 100% de las emergencias en salud presentadas en el distrito capital, con 629 emergencias, atención de 4.538 pacientes durante el año 2011, el 52% de las emergencias corresponden a accidentes de tránsito con múltiples víctimas (mas de tres).
- ✓ Con el fin conocer la el grado de satisfacción del usuario del programa atención pre hospitalaria se aplicó la encuesta de satisfacción a una muestra de 100 usuarios vía telefónica con un resultado de satisfacción de excelente y buena en un 93.75%. Los mayores ítems calificados fueron: el respeto que se le brinda y la amabilidad con un 97% y la presentación personal con un 98%. El 100% consideran que hacen buen uso de la línea, lo que nos demuestra que no hay claridad en cuales casos se debe llamar a la línea.
- ✓ Aumento de la cobertura poblacional y geográfica del programa de atención Pre hospitalaria con el fortalecimiento del parque automotor y la implementación del Programa de Respuesta Rural Equina que permite la atención en áreas de difícil acceso geográfico en la localidad 20 de Supamaz.
- ✓ Mantenimiento del parque automotor del programa Atención Pre hospitalaria en la ciudad.
- ✓ Inclusión de nuevos programas para mejorar la cobertura del servicio de Atención pre hospitalario como son: Respuesta Rural Equina, - Vehículo de Apoyo en Psicología, con el propósito de articular las acciones intersectoriales en situaciones de maltrato y abuso en población vulnerable.

