# ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN BOGOTÁ POSITIVA

## *Informe de cumplimiento 2011*

La Administración Distrital en cumplimiento de la Constitución Política Nacional, del Código de Infancia y Adolescencia - Ley 1098 de 2006, de lo establecido en el artículo 34 del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva, y de lo aprobado por el Concejo de Bogotá mediante Acuerdo 340 de 2008 presenta en este informe el estado de avance en el cumplimiento de los compromisos definidos en la promoción, defensa, garantía y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en Bogotá, correspondiente al cuarto trimestre de 2011 del Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor".

La ciudad cuenta desde el año 2004 con la Política por la Calidad de Vida de Niñas, Niños y Adolescentes de Bogotá. En ella se identifican las situaciones adversas que afectan a la infancia y adolescencia, y se hace un planteamiento inicial de los retos, en términos de lineamientos de acción, que se considera estratégico abordar a fin de transformar la calidad de vida de esta población en función de la promoción, defensa, garantía y restablecimiento de sus derechos.

Esta política es la síntesis de una lectura minuciosa de la realidad que vive la población infante y adolescente en la ciudad, así como de la obligación del Distrito, bajo un Estado Social de Derecho y a la luz de un enfoque de derechos, de proponer un entramado coherente de estrategias que posibiliten materializar escenarios óptimos de desarrollo para las niñas, niños y adolescentes que se constituye en el marco de referencia principal de los programas y proyectos que diseña el gobierno distrital con destino a esta población, y en el horizonte de llegada que se espera alcanzar.

Partiendo así del reconocimiento de la importancia de las niñas, niños y adolescentes como sujetos activos y políticamente relevantes para una sociedad, la política por la calidad de vida se estructura en torno de tres ejes principales: Protección de la vida, Generación de escenarios propicios para el desarrollo, y Condiciones para el ejercicio de la ciudadanía.

Estos ejes están desagregados en siete estrategias, a saber: acciones para el inicio de una vida digna, acciones para la construcción de una ciudad segura, acciones para una seguridad alimentaria; construcción de escenarios de relaciones propicias para el desarrollo, construcción de un ambiente amigo, promoción de acceso a la escuela e inaceptabilidad de la explotación laboral; y acciones que promuevan el ejercicio de la ciudadanía mediante modelos de participación en los procesos de toma de decisión a nivel familiar, comunitario y en la ciudad.

Los desafíos y estrategias identificadas son el insumo para la definición de los ejes estructurantes y programáticos de los compromisos y apuestas distritales frente a la población infantil y adolescente para el presente cuatrienio, reunidas en la matriz del artículo 34 del Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor".

Cuatro objetivos de política son precisados en la matriz: Existencia, Desarrollo, Ciudadanía y Protección[1]. Alrededor de éstos se identifican unas situaciones consideradas como intolerables que afectan el ejercicio y garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes y que constituyen la línea de base para la formulación de las metas que esta administración ha asumido como el propósito de su gestión.

[1] Clasificación resultado de una adaptación de la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" y de la "Convención Internacional de los Derechos del Niño". En: Guía para alcaldes: Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de la Protección Social .p. 20.

De igual manera, se plantean las acciones a través de las cuales se pretende superar dichos escenarios y lograr el ejercicio de derechos de esta población conforme a los principios de universalidad, exigibilidad, indivisibilidad, progresividad y diversidad[2]; de acuerdo a la función constitucional y jurídica del Alcalde como garante de los derechos fundamentales en el territorio.

Bajo este marco el presente informe da cuenta del avance realizado el cuarto trimestre de 2010 en cada uno de los objetivos de política señalados en dos sentidos: el primero, centrado en el análisis de la gestión institucional de los proyectos; y el segundo, en el ejercicio presupuestal y de asignación de recursos. Constituye así una apuesta inicial que se irá cualificando en la medida que se logre una retroalimentación más efectiva entre las diferentes instancias que en la ciudad conocen y actúan sobre la población infantil y adolescente; lo que implica que el gobierno distrital continuará trabajando en este aspecto a fin de comprender de manera más integral la situación de las niñas, niños y adolescentes en la ciudad, y de garantizar plenamente el ejercicio de derechos de esta población.

Por lo anterior, se destaca la labor de coordinación que las entidades del Distrito realizan diariamente para proveer de forma simultánea y coordinada los servicios con que se interviene y atiende esta población en los diferentes escenarios locales, comunitarios y familiares, afirmando así la indivisibilidad en la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Igualmente, se llama la atención sobre el hecho de que los objetivos políticos definidos en la matriz del artículo 34 son un "mapa de ruta" que define un destino al que esta administración pretende llegar a través de etapas intermedias, en razón de la progresividad inherente al proceso de restablecimiento y ejercicio de derechos.

Así, para los efectos pertinentes se precisa que los resultados de gestión aquí incorporados se inscriben dentro de una lógica de planeación de mediano plazo, acorde con lo establecido en la normatividad y jurisprudencia reguladora de dicho proceso, dentro de la cual se destaca lo estipulado en la Constitución Política en el título XII; en la Ley 152 de 1994; en el Decreto ley 1421 de 1993 [Artículo 14]; y, en el Acuerdo 12 de 2000, Estatuto de Planeación del Distrito Capital.

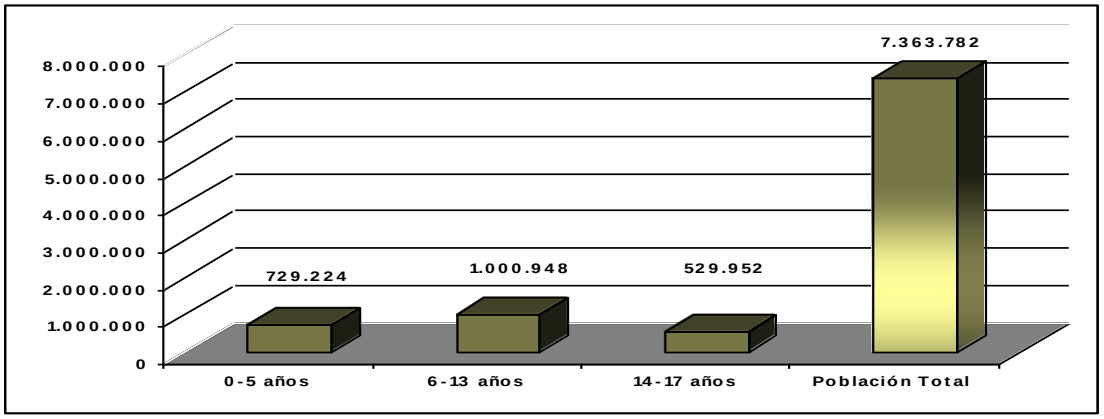
De esta manera, el análisis aquí presentado busca explorar la consecución de logros en términos de la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes a partir de las acciones institucionales desarrolladas bajo la presente administración distrital, y plantea la necesidad de evaluar en un corto plazo los retos y dificultades acaecidos a lo largo del proceso de implementación, así como las modificaciones surgidas en los programas y proyectos, a la luz del carácter dinámico y de permanente construcción que supone la ejecución de políticas públicas.

[2] Universalidad: garantizar a todos cada derecho bajo el mismo mecanismo; Exigibilidad: reconocer que los derechos no pueden ser quitados o condicionados y que el acceso a los mismos debe ser automático y sin condiciones; Indivisibilidad: que no pueden separarse porque el ejercicio de cada derecho implica a los demás; Progresividad: asumir que los recursos disponibles se reparten entre todos y que en la medida en que haya más recursos se aumenta el beneficio que todos reciben y Diversidad: que en su provisión se tienen en cuenta diferencias por sexo, edad, etnia, condición socioeconómica, capacidades y discapacidades personales.

## Caracterización

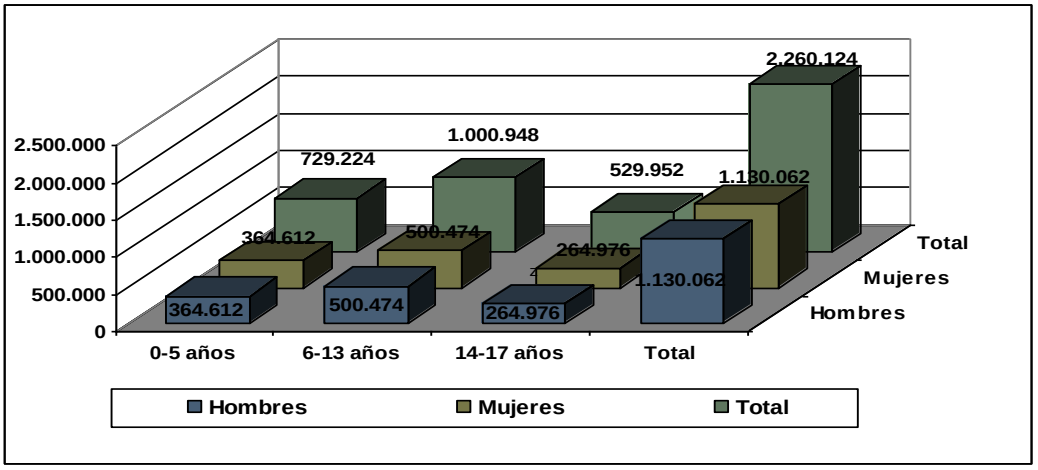
La ciudad cuenta actualmente con cerca de 7.363.782 habitantes de los cuales el 31% son niñas, niños y adolescentes, es decir, 2.260.124 personas. De este total, el 32% son infantes entre 0 y 5 años de edad, el 44% son niñas y niños entre 6 y 13 años y finalmente, el 24% restante corresponde a las y los adolescentes que tienen entre 14 y 17 años de edad. Por su parte, la distribución por sexo muestra la misma participación tanto para mujeres como para hombres.[3]

**Gráfica 1. Población de niñas, niños y adolescentes por grupos de edad respecto del total de la población bogotana**




**Fuente:** Secretaría Distrital de Planeación – Cartografía con base en datos DANE. *Proyecciones de población para Bogotá D.C., por localidades, desagregadas por sexo y edades simples y grupos quinquenales de edad*, 2010.

**Gráfica 2. Población de niñas, niños y adolescentes desagregadas por sexo y edades simples**




**Fuente:** Secretaría Distrital de Planeación – Cartografía con base en datos DANE. *Proyecciones de población para Bogotá D.C., por localidades, desagregadas por sexo y edades simples y grupos quinquenales de edad*, 2010.

Con relación a la distribución de la población infante y adolescente por localidades, aquellas que concentran la mayor proporción con respecto al total de niñas, niños y adolescentes del Distrito

[3] Proyecciones de población para Bogotá D.C., por localidades, desagregadas por sexo y edades simples y grupos quinquenales de edad, 2009. DANE – SDP.

Capital son en su orden Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y Engativá. Así mismo las que cuentan con la menor presencia de niñas, niños y adolescentes son Sumapaz, Candelaria, Chapinero y Mártires como lo muestra la siguiente gráfica.

## I. Análisis de Gestión

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, viene adelantado un trabajo a nivel sectorial que le permite contar con unos macroindicadores de salud a través de los cuales se hace seguimiento y monitoreo a las posibles causas que generan los mayores problemas de interés en salud pública en niños, niñas y adolescentes y así impedir que esta población enferme y muera por causas potencialmente evitables.

Bajo esta premisa durante la vigencia 2011 se han llevado a cabo intervenciones de promoción de calidad de vida y salud y de vigilancia sanitaria en los ámbitos en dónde ocurre la vida y la cotidianidad de los niños, niñas y de los adolescentes en la ciudad[4]acordes con las transversalidades en discapacidades, trabajo infantil, adicciones, nutrición y ambiente, bajo la orientación de los proyectos de inversión. En este sentido es importante rescatar que el patrón bogotano presenta una tendencia de mejoramiento, si se tiene en cuenta la evolución de algunos macroindicadores de salud como la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y la reducción en la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas entre otras. Sin embargo, prevalece una carga de enfermedad que no solo genera un problema social por su tamaño, sino, además, por la inequidad de su distribución[5].

Para la presentación de este informe la Secretaría Distrital de Salud ha definido unos macroindicadores tomando como marco los objetivos de la Política Pública por la Calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, que evidencian la situación de salud de los mismos en el Distrito Capital, a través de los cuales se da cuenta sobre el cumplimiento de las metas de ciudad que corresponden al Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para Vivir Mejor durante sus vigencias y con corte a diciembre 31 de 2011.
Para dar cuenta de la gestión que desarrolla la entidad, este informe presenta cada uno de los objetivos de la Política de Infancia y Adolescencia y los intolerables [Artículo 34 del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para vivir mejor] y su generalidad[6]. Es importante precisar que las acciones y resultados que se presentarán a continuación se corresponden con las inversiones realizadas desde el sector a través de los proyectos de inversión 618: Promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo, 620: Atención de Población Vinculada, 623: Salud a su Casa, 624: Salud al Colegio 625: Vigilancia en Salud Pública, 626: Instituciones Amigables y Saludables, 627: Comunidades Saludables, 628: Niñez Bienvenida y Protegida, 629: Fortalecimiento de la Gestión Distrital en la Salud Pública y 630: Salud al Trabajo y finalmente se presenta un capítulo relacionado con la gestión implementada para los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento.

[4] En su conjunto, las intervenciones en los ámbitos de vida cotidiana, se enmarcan conceptualmente dentro de los planteamientos de las estrategias de Atención Primaria en Salud [APS] y Promocional de Calidad de Vida y Salud [PCVS], en las cuales se ubica al individuo, a la familia y a la comunidad como el actor principal para las transformaciones estructurales de condiciones de vida y salud, a través de respuestas integrales en territorios sociales, definidos estos como construcciones históricas resultantes de la interacción cotidiana de las personas y de las relaciones culturales, históricas, económicas y sociales que se establecen.
[5] Tomado de los lineamientos Plan de atención Básica, Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud
6 Hace referencia a los aspectos en los que está dividido el intolerable y a los que se realiza seguimiento.

## Objetivo de Política:
## Existencia

### 1. Intolerable: Todos vivos

*Es intolerable para el Estado y para la sociedad que niñas, niños y adolescentes enfermen y mueran por causas potencialmente evitables.*

### 1.2 Proyectos de Inversión

### Salud a su Casa

Se constituye en el espacio de vida cotidiana en donde, a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica del individuo, la familia y la comunidad, se construyen respuestas integrales encaminadas a garantizar, promover y restituir la autonomía individual, familiar y comunitaria, mediante un proceso organizado y sistemático cuyo punto de partida se instituye a partir de una lectura integral de necesidades con participación de la comunidad, las familias y los jóvenes; para organizar respuestas Estatales más integrales en las cuales, no sólo, tiene cabida el sector salud, a través del ejercicio de competencias delegadas en la normatividad y en la Ley para el Ente Territorial, si no que, a la vez, intervienen otros sectores como producto del despliegue de acciones de abogacía de gestión ante los mismos, complementadas con participación de la comunidad en la ejecución y seguimiento de agendas sociales estratégicas encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias y de la comunidad. Las intervenciones se complementan con el ejercicio de seguimiento y monitoreo permanente de la evolución de dichas respuestas en la población [Gráfico 4].

Gráfico 4. Gestión Integral Ámbito Familiar "Salud a su Casa"

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública

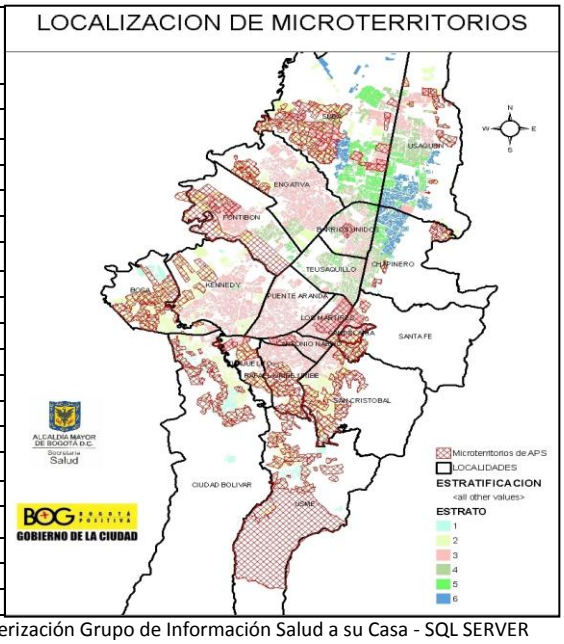
En 2011 se cubrieron en el ámbito familiar, 708.175 menores de 18 años en las veinte localidades del Distrito Capital [Gráfico 5], de los cuales, 593.940 se canalizaron a servicios del sector salud y a otros servicios, como integración social, educación, recreación y deporte, entre otros. Con la cobertura alcanzada se beneficia al 21.00% de la población total de Bogotá D.C., a través de intervenciones integrales llevadas a cabo por 82 equipos integradores de soporte, los cuales recogen a los equipos básicos de salud familiar y comunitaria a través de puntos de atención de las 14 Empresas Sociales del Estado [ESE] en las cuales operan la estrategia en 19 localidades de las 20 del Distrito Capital. [Últimas cifras preliminares disponibles en la Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008con corte a 31 diciembre de 2011].

Para esta población se mantuvieron y afianzaron intervenciones promocionales de calidad de vida y salud, siendo prioritarias las acciones de seguimiento permanente en mujeres gestantes; menores de cinco años; niños atendidos en Salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA]; hospitalizados por ERA; niños, niñas y adolescentes con atención domiciliaria por enfermedad respiratoria aguda [ERA]; niños con desnutrición; personas en condición de discapacidad y familias con riesgo psicosocial [por maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar], con intentos de suicidio y con problemas de vivienda. En total, se llevaron a cabo 4.351.886 actividades de seguimiento integral, beneficiando a 708.175 niños y niñas menores de 18 años; de los cuales 1.543721 intervenciones cubrieron a 255.422 niños y niñas entre los 0 y 5 años; 1.931.514 favorecieron a 305.027 niños y niñas entre los 6 y 13 años y 874.824 cubrieron a 147.726 adolescentes entre los 14 y 18 años [últimas cifras preliminares disponibles en la Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011].

En su orden, las localidades de Bogotá D.C. con mayor cobertura de atención a infantes y adolescentes en el Ámbito Familiar, son las siguientes, las cuales su vez se encuentran en relación con el número de micro territorios: Suba 104.607, 14.77%; Ciudad Bolívar 91.489 niños-as y adolescentes, 12,92% Bosa 86.316, 12,19%; Rafael Uribe, 59.780, 8,44 %; San Cristóbal, 64.402, 9,09%; Usme, 63.383, 8,95 %; Kennedy, 63.727; 9,00%; Engativá, 42.860; 6,05%; Fontibón, 30.432, 4,30%; Usaquén, 27.741, 3,83%; Tunjuelito, 24.692, 3,49%; Santa Fe, 19.365,2.73% y Mártires, 8.5021, 1,13%. En las demás localidades se registraron coberturas, respecto del total de la población cubierta, no superiores al 1% en Chapinero, 5.853, 0,83%; Puente Aranda, 4.465, 0,63%; Candelaria, 3.659, 0,52%; Antonio Nariño, 5.270, 0,74%; Barrios Unidos, 1.531, 0,22% y Sumapaz, 1.178, 0,17% [Gráfico 5].

**Gráfico 5. Población Menor de 18 Años Cubierta en el Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

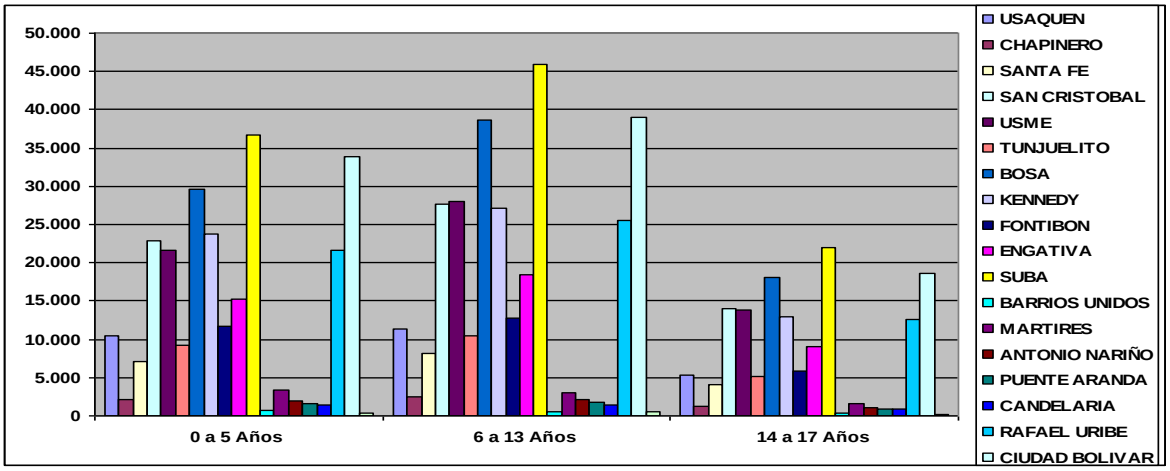
| | Localidad | Menores de 18 Años Cubiertos | Menores de 18 Años con Seguimiento | Microterri Torios |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Usaquén | 27.141 | 22.692 | 11 |
| 2 | Chapinero | 5.853 | 5.562 | 2 |
| 3 | Santa Fe | 19.365 | 16.235 | 11 |
| 4 | San Cristóbal | 64.402 | 61.801 | 31 |
| 5 | Usme | 63.383 | 53.404 | 30 |
| 6 | Tunjuelito | 24.696 | 23.695 | 12 |
| 7 | Bosa | 86.316 | 48.065 | 50 |
| 8 | Kennedy | 63.727 | 44.238 | 32 |
| 9 | Fontibón | 30.432 | 25.124 | 14 |
| 10 | Engativá | 42.860 | 38.867 | 25 |
| 11 | Suba | 104.607 | 97.207 | 70 |
| 12 | Barrios Unidos | 1.531 | 1.540 | 1 |
| 14 | Mártires | 8.021 | 7.227 | 5 |
| 15 | Antonio Nariño | 5.270 | 5.404 | 2 |
| 16 | Puente Aranda | 4.465 | 3.600 | 3 |
| 17 | Candelaria | 3.659 | 3.353 | 2 |
| 18 | Rafael Uribe | 59.780 | 58.645 | 34 |
| 19 | Ciudad Bolívar | 91.489 | 75.577 | 36 |
| 20 | Sumapaz | 1.178 | 704 | 4 |
| | Total | 708.175 | 593.940 | 375 |




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Al interior de todos y cada uno de los subgrupos correspondientes a las edades de 0 a 5 años, 6 a 13 años y de 14 a 17 años, se tiene mayor cobertura en el grupo poblacional de 6 a 13 años, en la Localidades de Suba, Ciudad Bolívar y Bosa; seguido del grupo de 14 a 17 en estas mimas Localidades y del de 0 a 5 años en las Localidades de Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, Kennedy, San Cristóbal y Mártires [Gráfico 6].

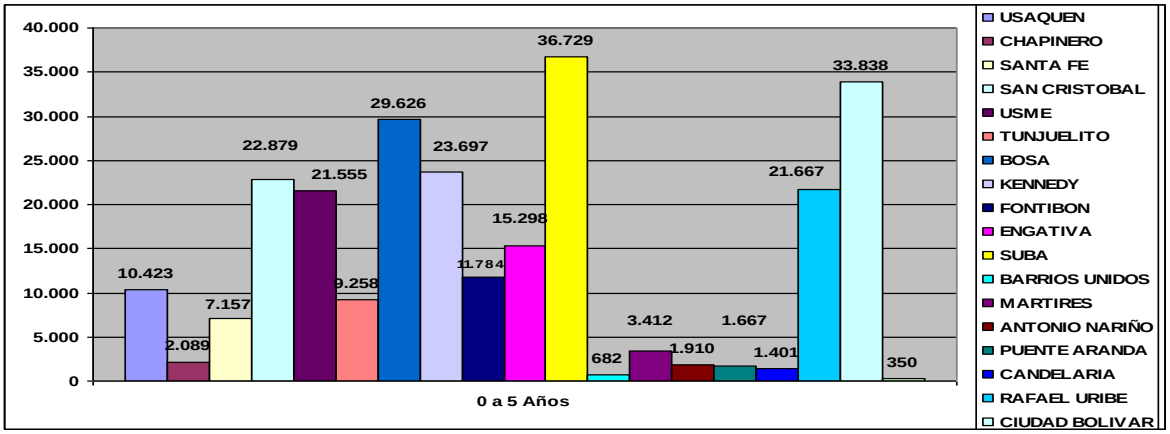
**Gráfico 6. Menores de 18 años por Localidad y Grupo Etáreo Cubiertos en "salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

El grupo poblacional de menores de cinco años ha sido priorizado a través de intervenciones con padres y cuidadores orientadas a generar competencias y condiciones en las familias que permitan estilos de vida y patrones de consumo saludables que favorezcan prácticas cotidianas que incidan en un mejor nivel de calidad de vida para llegar a la adultez en mejores condiciones. Las Localidades de Suba y Ciudad Bolívar se destacan por ser aquellas donde más actividades de seguimiento permanente a población menor de 5 años se han registrado. Para el caso de aquellas localidades en donde menos actividades de seguimiento permanente se anotan, se corresponden con aquellas en las cuales hay menos población para este rango de edad susceptible de ser incorporada dentro de la cobertura de atención de la estrategia de APS [Gráfico 7].

**Gráfico 7. Menores de 5 Años por Localidad Cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Las intervenciones dirigidas al grupo poblacional de menores de 5 años, contempla aspectos centrales como importancia de adherencia a programas y sobre alcances que para este grupo poblacional tienen los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]; vacunación, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, y prevención accidentes; información sobre educación en salud oral en la cual se destaca la importancia del cepillado e higiene bucal; la información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita y en general sobre los servicios prestados por las empresas sociales del Estado [ESE] y como acceder a ellos y las de educación y atención en enfermedades prevalentes de la infancia [AIEPI]. [Cuadro1]. La actividad de verificación de asistencia al control de crecimiento y desarrollo es de vital importancia en la medida en que fortalece el vínculo de la población con las instituciones y la corresponsabilidad de los padres en el cuidado de sus hijos, permitiendo la detección temprana de problemas como la desnutrición, anemia y enfermedades generales que llegan afectar el normal crecimiento de niños y niñas.

**Cuadro 1. Intervenciones Integrales Menores de Cinco Años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Educación en salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal) | 20.045 | 74.797 |
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 19.094 | 74.308 |
| Educar en AIEPI [vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención accidentes] | 17.945 | 68.123 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 16.319 | 69.390 |
| Verificar control de Crecimiento y Desarrollo | 15.119 | 56.280 |
| Canalizar a programa de salud oral | 14.815 | 60.877 |
| Verificar esquema adecuado de vacunación | 12.813 | 48.776 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 9.105 | 39.500 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 8.603 | 34.468 |
| Canalizar a consulta médica general | 7.455 | 32.679 |
| Canalizar a Urgencias | 5.744 | 23.022 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 5.724 | 22.888 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - Comedor Comunitario | 5.715 | 22.871 |
| Canalizar a Vacunación. | 4.370 | 19.397 |

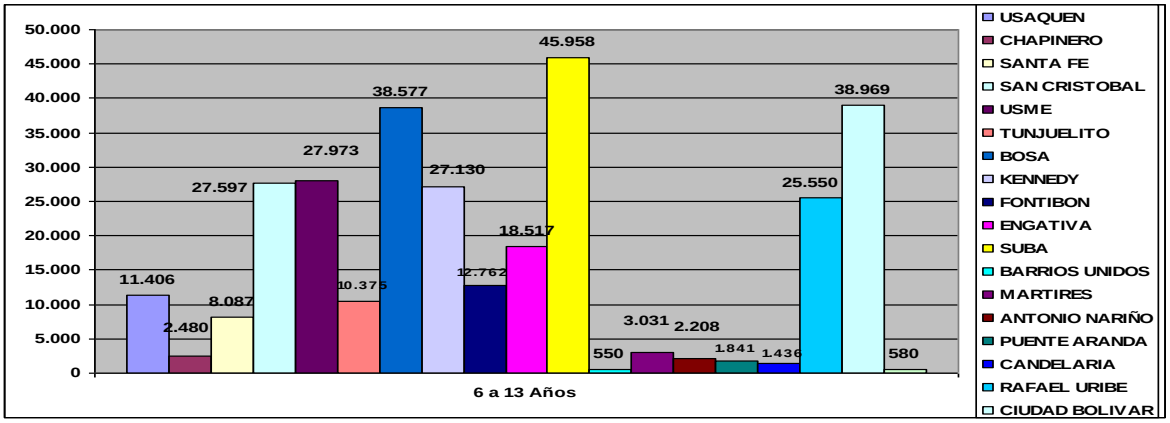
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Para el grupo de 6 a 13 años, como en los demás, las acciones se ejecutan con cuidadores, siendo la educación, la verificación y la canalización a programas, las que garantizan la continuación de su desarrollo y la preparación para la adolescencia intermedia. Por ejemplo, la canalización al programa de control para la regulación de la fecundidad que durante el año se caracterizó por ser una actividad de consejería y educación preventiva que busca brindar elementos y valores para el cuidado de si mismos y así disminuir cada vez más la presentación de embarazos en este ciclo de vida. En esta actividad se hace especial énfasis teniendo en cuenta que las estadísticas reflejan que la presentación de este evento en este grupo de edad tiene una tendencia al aumento.

Durante el 2011, con base en el [Gráfico 8], las localidades donde se llevaron a cabo más actividades de seguimiento y acompañamiento a las familias que tienen niños y niñas de 6 a 13 años fueron en Suba, Ciudad Bolívar y Bosa, seguidos de Usme y San Cristobal. En las localidades

de Barrios unidos, Sumapaz y Candelaria es donde se llevan a cabo el menor numero de actividades de seguimiento permanente y corresponden a aquellas en las cuales hay menos población para este rango de edad susceptible de ser incorporada dentro de la cobertura de atención de la estrategia de APS.

**Gráfico 8. Menores de 6 a 13 Años por Localidad Cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Como parte de las intervenciones están, información sobre la importancia de la adherencia a los programas, las de educación en salud oral [importancia del cepillado e higiene bucal], la información sobre deberes y derechos en el SGSSS; Información-Educación-Consejería Prevención Embarazo Adolescente la información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos y la educación en "Vivienda Saludable" [manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia].

La educación en Salud Oral se hace en este grupo etáreo para reforzar hábitos que favorezcan la no aparición de caries ni enfermedad periodontal, que desde hace muchos años son la primera causa de morbilidad en consulta. Estas intervenciones se complementaron con acciones de canalización a través de la Secretaría de Integración Social, al programa de Comedor Comunitario y a otros proyectos, canalización a servicios de urgencias, consulta médica general y control de regulación de la fecundidad [Cuadro 2].

**Cuadro 2. Intervenciones Integrales Menores de 6 a 13 Años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 17.772 | 66.086 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 15.108 | 61.191 |
| Canalizar a programa de salud oral | 13.804 | 54.247 |
| Información-Educación-Consejeria Prevención Embarazo Adolescente | 11.909 | 44.412 |
| Educación en salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal) | 10.264 | 36.524 |
| Canalizar a consulta médica general | 7.986 | 33.229 |

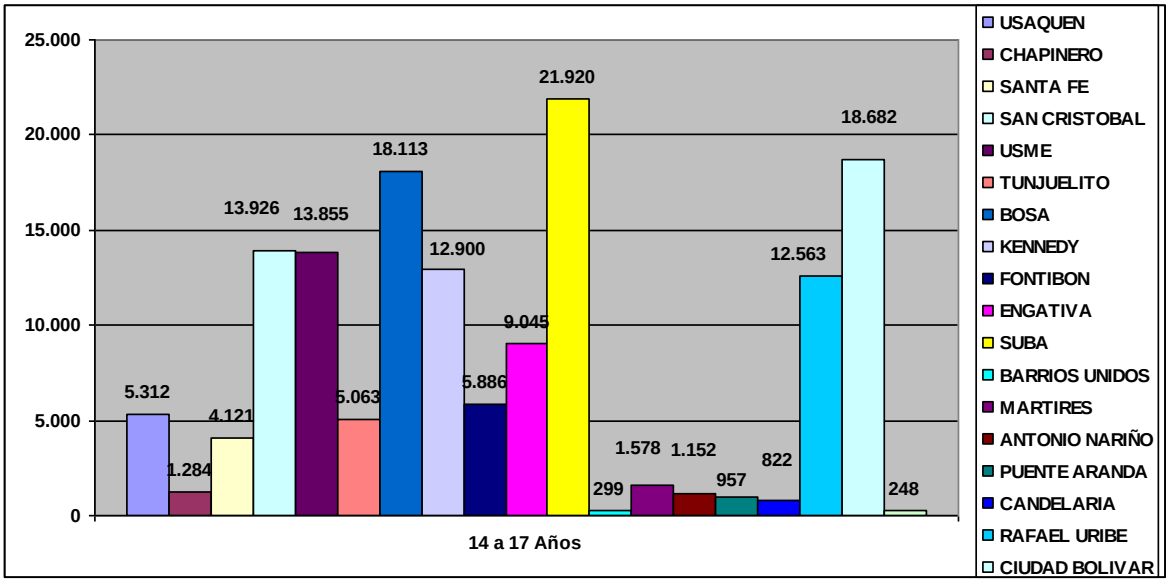
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 8.116 | 32799 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 7.920 | 31.830 |
| Canalizar a Urgencias | 4.899 | 18.592 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 4.898 | 18.577 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - Comedor Comunitario | 4.891 | 18.563 |
| Visita de médico | 1.059 | 12.297 |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Para el grupo poblacional de 14 a 17 años se realizaron intervenciones específicas, dentro de las cuales están verificación o comprobación de que se ha realizado la toma de citología vaginal y la respectiva canalización al programa en el caso de no habérsela practicado. Durante este trimestre las localidades con mayores coberturas en actividades de seguimiento a esta población son Suba, Rafael Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar [Gráfico 9].

**Gráfico 9. Menores de 14 a 17 años por Localidad Cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Al igual que en los grupos anteriores, las acciones desarrolladas se llevan a cabo con cuidadores, con la claridad de que la ejecución beneficia a los niños y las niñas incluidos en el programa a partir de la caracterización del núcleo familiar. Para este grupo poblacional, se destacan las acciones de información sobre la importancia de la adherencia a los programas, en segundo lugar la información sobre deberes y derechos en el SGSSS, canalización a programas y servicios de salud oral, así como educación en "Vivienda Saludable" [manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia]; verificación de la toma de citología vaginal en

las niñas de este subgrupo, canalización para control de regulación de la fecundidad [Planificación Familiar], para la toma de citología vaginal y para la atención de urgencias y a la consulta médica general, canalización a otras entidades como la Secretaría de Integración Social, al Programa de Comedores Comunitarios [Cuadro 3].

**Cuadro 3. Intervenciones Integrales Menores de 14 a 18 Años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 9.329 | 34.750 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 7.923 | 32.310 |
| Canalizar a programa de salud oral | 6.435 | 25.838 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 4.549 | 18.902 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 4.288 | 17.853 |
| Canalizar a consulta médica general | 4.257 | 17.658 |
| Información-Educación-Consejeria Prevención Embarazo Adolescente | 3.380 | 13.673 |
| Canalizar a toma de citología vaginal | 2.814 | 11.419 |
| Canalizar para control de regulación de la fecundidad (Planificación Familiar) | 2.928 | 11.371 |
| Canalizar a Urgencias | 2.650 | 10.634 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 2.652 | 10.621 |
| Educación en salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad) | 3.008 | 10.571 |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

## Salud al Colegio

Las intervenciones en el ámbito escolar son el resultado de una alianza intersectorial liderada por las Secretarías de Salud y de Educación de Bogotá D.C., con el propósito de implementar al interior de las instituciones educativas del Distrito, procesos de salud escolar que promuevan la participación de las comunidades educativas, potenciando el papel de la escuela como espacio de producción de una cultura de la salud, la convivencia, el autocuidado y el afecto, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. El objetivo general es afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población, desde un enfoque promocional de calidad de vida.

En este ámbito se cuenta hoy con un grupo interdisciplinario que desarrolla acciones conjuntas entre sectores salud y educación para la promoción de la salud, el cual estructura sus intervenciones atendiendo a las temáticas de salud sexual y reproductiva; salud mental, salud oral, discapacidad, ambientes saludables, salud visual y auditiva, nutrición y discapacidad. El trabajo interdisciplinario viene incidiendo en prácticas, hábitos y relaciones favorables a la salud y la calidad de vida y se viene desarrollando a través del apoyo a los proyectos pedagógicos de 546 sedes de colegios distritales, 240 jardines infantiles de la Secretaría de Integración Social y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] y 12 instituciones de educación superior. Allí, se realizan labores pedagógicas y de abogacía para la exigibilidad, hacia las empresas promotoras de

salud, responsables de los planes obligatorios de salud de los niños, niñas y adolescentes. A continuación se presenta un cuadro resumen de las acciones más importantes de restitución del derecho a la salud desarrolladas allí:

**Cuadro 4. Acciones de Restitución de Derechos en el Ámbito Escolar**

| | |
|---|---|
| Identificación, atención y seguimiento de alertas en salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad. | Gestación en adolescencia: que incluye el seguimiento a casos de gestantes, adolescentes en posparto y lactantes. |
| | Prevención e identificación de violencias [Intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual] incluye la promoción del uso de la línea 106, el seguimiento de casos y la gestión de las rutas de acción de violencias. |
| | Discapacidad: que incluye el acompañamiento docentes para identificación de necesidades educativas especiales, el apoyo al proceso de inclusión escolar en colegios integradores y el seguimiento casos de escolares con necesidades educativas especiales. |
| Seguridad alimentaria y nutricional | Desarrollo de prácticas de alimentación sana con docentes, padres de familia y estudiantes y suplementación con micronutrientes a población escolar hasta los siete años de edad. |
| Prácticas cotidianas | Contiene los procesos para la Promoción de prácticas higiene oral y canalización a los servicios de salud oral. |
| Acceso a servicios de salud | Se incluyen procesos para la gestión del aseguramiento: identificación del estado de aseguramiento y para orientar el uso de servicios preventivos y resolutivos. La promoción y seguimiento convenio de atención de urgencias escolares y de la ruta de accidentalidad y la gestión de la atención preventiva. |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Grupo de Información Salud al Colegio con corte a 31 diciembre de 2011.

**Salud Sexual y Reproductiva**

Específicamente, para este intolerable, en torno a la salud sexual y reproductiva, intervienen miembros de la comunidad educativa, estudiantes, docentes y padres-madres de familia, en procesos de formación en sexualidad, con énfasis en prevención del embarazo adolescentes, vivencia del afecto y derechos sexuales y reproductivos en sedes de colegios distritales, con cobertura para 580.851.

Durante la vigencia 2011, el distrito evidencia sus logros, a través de las respuestas integradoras: Rta1 Políticas saludables: Trabajo articulado con docentes, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada IED. Rta 2 Entorno Social: Resignificación de conceptos para una sexualidad sana, responsable, placentera y segura, apropiación del rol de los padres en la formación de sus hijos. Rta 3Entorno Físico: Fortalecimiento de herramientas para el mejoramiento del entorno. Rta 4 Acceso a servicios: Mayor apropiación de docentes en la mejor y mayor identificación y remisión de casos de ideación suicida y casos de gestantes.

De tal forma que es importante destacar la conformación de grupos lideres Gestores en cada Institución Educativa Distrital IED 1.727 grupos gestores con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva [SSR], que dinamiza y moviliza diferentes propuestas metodológicas que surjan de manera participativa bajo la orientación de las pedagogías críticas, co-construyendo además nuevos conceptos e imaginarios en torno a las vivencias en sexualidad propios de cada comunidad educativa, pero fácilmente generalizados en los entornos escolares. El desarrollo de la estrategia promocional de salud y calidad de vida con enfoque de derechos y bajo las cuatro respuestas integradoras, a partir del trabajo focalizado con grupos priorizados por la institución teniendo en

cuenta su alto nivel de vulnerabilidad y la acogida del componente SSR en las IED generado por el compromiso de los profesionales y el cumplimiento de las acciones propuestas.

La participación de niñas niños y adolescentes en las acciones pedagógicas desarrolladas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo a aumentado, tal y como se muestra en la matriz de gestión en cada uno de los trimestres.

## Instituciones Saludables y Amigables

La intervención en Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada en Modalidad Internado de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en la modalidad de internado y bajo la rectoría del ICBF, se suscribe en el Eje Estructural de Salud Pública – Plan de Intervenciones Colectivas, y cuya función básica es: "Contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de la calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de la salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito Capital". Y dentro del Proyecto de Inversión 626 que contempla en una de sus metas: al 2012, Cubrir 68 instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública.

La Intervención es un proceso que está encaminado a la articulación de acciones integrales con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá, Cuyo Objetivo principal apunta al fortalecimiento a las instituciones de protección y atención especializada está encaminada a potencializar las respuestas integrales, mediante la implementación de las Estregáis Maternos Infantiles y la estrategia en Rehabilitación Basada en Comunidad y demás Proyectos de Autonomía y Transversalidades con el fin propender por la promoción de la calidad de vida y el ejercicio de los derechos de las personas institucionalizadas.

Como proceso de fortalecimiento intersectorial promueve la garantía de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes en situación de amenaza o vulneración beneficiarios de programas de atención especializada y cuidados sustitutivos de la vida familiar, implementados en instituciones en la modalidad de internado bajo la rectoría del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá. La actividad incluye los procesos de promoción de la salud y prevención de situaciones adversas para la salud, e incluye líneas de acción determinada por los Proyectos de Autonomía y Transversalidades.

Es importante señalar que durante 2011 se cubrieron 60 instituciones de protección y centros de atención especializada de niños, niñas, adolescentes que están bajo la rectoría del ICBF, cumpliendo la meta programada para esta vigencia. Estas instituciones se encuentran georreferenciadas del Distrito Capital que a continuación se describen.

**Cuadro 5. Instituciones por Localidad**

| Localidad | No. Instituciones |
|---|---|
| BARRIOS UNIDOS | 3 |
| TEUSAQUILLO | 4 |

| Localidad | No. Instituciones |
|---|---|
| ENGATIVA | 14 |
| CHAPINERO | 1 |
| SUBA | 13 |
| USAQUEN | 4 |
| KENNEDY | 1 |
| SAN CRISTOBAL | 2 |
| RAFAEL URIBE URIBE | 3 |
| MARTIRES | 4 |
| PUENTE ARANDA | 2 |
| TUNJUELITO | 5 |
| ANTONIO NARIÑO | 1 |
| SANTA FE | 1 |
| FONTIBON | 2 |
| TOTAL | 60 |

Fuente: Informe a Diciembre 31 de 2011 – ESE Chapinero / IPCAE

Desde cada una de las transversalidades, estrategias y PDA se desarrollaron acciones promocionales de asesoría y fortalecimiento en temas prioritarios en salud [salud oral, Salud Sexual y Reproductiva [SSR], salud Mental, Discapacidad (RBC), entornos Saludables, estrategias AIEPI – IAMI – IAFI – y la Línea de ERA y Ciclo Vital de infancia y adolescencia]. Se incluyeron 3 nuevas instituciones con las que se hizo acercamiento e inicio de lectura de necesidades con una cobertura poblacional de 3.054 niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con la siguiente tabla:

**Cuadro No. 6 Instituciones por modalidad del servicio y población beneficiaria**

| MODALIDAD DE SERVICIO | INSTITUCIONES | POBLACION BENEFICIADA |
|---|---|---|
| Atención en medio institucional - Centros de Protección Internado por condiciones de amenaza o vulneración | 36 | 1966 |
| Atención en medio institucional - Centros de Protección Internado con discapacidad o enfermedad de cuidado especial | 12 | 560 |
| Atención en medio institucional centros para adolescentes en conflicto con la ley sistema de responsabilidad penal -centro de atención especializada (privación de la libertad) | 6 | 513 |
| Atención en medio institucional centros de protección internado con consumo de sustancias psicoactivas | 5 | 296 |
| Atención en medio institucional centros para adolescentes desvinculados de grupos armados centros de atención especializada cae | 1 | 31 |
| Instituciones de protección internado en condición de explotación sexual | 3 | 39 |
| **TOTAL** | 60 | 3.405 |

Fuente: Informe a diciembre 31 de 2011 – ESE Chapinero / IPCAE
Matriz de Contratación ICBF Regional Bogotá

De 3.405 niños, niñas y adolescentes beneficiados Entre los resultados destacados para la vigencia de la intervención del año 2011, para la línea se destacan:

Logros: Las acciones que se han venido implementando, desde el 2008 en las instituciones de protección y atención especializada de niños, niñas y adolescentes en la modalidad de internado, son las siguientes:

- ✓ Articulación de acciones intersectoriales que propendan por la calidad de vida y salud de niños, niñas y adolescentes en protección y medida de atención especializada, garantizando condiciones que posibiliten su desarrollo humano integral.
- ✓ Identificación de las necesidades de la población de niños y niñas y adolescentes en las Instituciones de protección y preeducación contratadas por el ICBF en el D.C, con el fin de definir e implementar respuestas transversales por PDA y etapa de ciclo vital.
- ✓ Promoción de espacios intersectoriales con el fin de conocer las necesidades en salud de niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad y restitución de derechos y construir participativamente el plan de acción para responder a sus necesidades posibilitando la recuperación de las condiciones biopsicosociales esenciales para su desarrollo humano integral.
- ✓ Fortalecimiento a la atención primaria en salud a través de acciones de promoción y prevención con participación de las instituciones, niños, niñas y adolescentes para mejorar su calidad de vida y salud.
- ✓ Generación de espacios de sana convivencia entre la comunidad institucional a partir del reconocimiento de las diversidades culturales, étnicas, de género, de orientación sexual y otras condiciones individuales que promuevan el ejercicio de la autonomía.

Resultados: Al 2011, El cumplimiento es del 88%, al 2012 su cumplimiento será del 100% de la meta propuesta en el Ámbito Institucional, con actividades de Salud Pública han sido los siguientes:

- ✓ Aportar al desarrollo del Convenio Inter administrativo de Cooperación Técnica suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud con el fin de garantizar el derecho a la salud, a la protección, a la identidad y al desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes del Distrito Capital de Bogotá, en condiciones de extrema vulnerabilidad beneficiarios de programas de restitución de derechos.

- ✓ Articulación y fortalecimiento de las acciones intersectoriales que propenden por la calidad de vida y salud de niños, niñas y adolescentes en protección y medida de restablecimiento de derechos, ubicados en medio institucional bajo rectoría del ICBF Regional Bogotá, garantizando condiciones que posibiliten su desarrollo humano integral.
- ✓ Generación de espacios de sana convivencia entre la comunidad institucional a partir del reconocimiento de las diversidades culturales, étnicas, de género, de orientación sexual y otras condiciones individuales que promuevan el ejercicio de la autonomía.
- ✓ Implementación de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad con el fin de vincular a las instituciones de protección, centros de atención especializada y las instituciones que ofertan servicios de protección y de salud a las personas mayores al "Programa de Instituciones Amigas de la Discapacidad de las niñas, niños, adolescentes y personas mayores en condición de discapacidad como de sus familias y cuidadores".
- ✓ Conformación de la Red Institucional tanto local como distrital.
- ✓ Implementación de las Estrategias materno infantiles y su fortalecimiento en las instituciones de protección y centros de atención especializada de los niños, niñas, adolescentes que están bajo la rectoría del ICBF.

- ✓ Divulgación de la línea 106 la "Línea Amiga de los Niños, Niñas, Adolescentes" en las 60 instituciones de protección y centros de atención especializadas, modalidad internado de los niños, niñas, adolescentes que están bajo la rectoría del ICBF.

**Ámbito IPS**

Durante el año 2011 se lograron mantener y realizar todas las acciones programadas a fin de impactar en las condiciones de calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital a través del desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital, con la participación de todos los sectores tanto públicos como privados. Dichas acciones se llevan a acabo de manera articulada desde el nivel central de la Secretaría Distrital de Salud y el nivel local con las Empresas Sociales del Estado [ESE], con las diferentes Entidades Promotoras de Salud [EPS] subsidiadas, Contributivas, ICBF, Secretaría de Integración Social, el INPEC, entre otras, realizando acciones de promoción y prevención en aras de mejorar las condiciones de vida de la población Bogotana.

Se hizo énfasis en la promoción de la gestión en salud pública en 144 Instituciones prestadoras de servicio [IPS] de la red pública y privada, permitiendo el posicionamiento y fortalecimiento de los procesos, estrategias, planes, programas y proyectos, haciendo participe a los prestadores, la comunidad, las ESE y otros sectores, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y salud de los ciudadanos y ciudadanas en general, a través de los proyectos de autonomía y transversalidades que operan a lo largo del proyecto de inversión como son: salud oral, salud mental, trasmisibles, discapacidad, crónicas, estrategias materno infantiles, salud sexual y reproductiva, cáncer de cuello uterino y la gestión directa del ámbito.

En ese sentido el posicionar los programas de Salud Pública es una necesidad de primer orden tanto para las Instituciones Saludables y Amigables como para la Secretaria Distrital de Salud. Por consiguiente, la eficiencia, calidad y equidad constituyen objetivos primordiales que justifican la formulación de programas y proyectos que viabilicen la implementación de políticas que permitan a las poblaciones principalmente las más vulnerables mejorar las condiciones de salud y calidad de vida. Con relación a las acciones que se desarrollan desde el sector salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud [IPS], se ha trabajado de manera articulada todos los procesos encaminados al desarrollo de los servicios, aseguramiento y de la salud publica en todas las ESE Distritales.

Con el apoyo de la comunidad, se adelantaron varias intervenciones en población gestante, infante y adolescente, en las veinte localidades del Distrito capital: promoción de la demanda inducida de controles prenatales desde el primer trimestre de gestación; desarrollo de una estrategia de comunicación sobre reconocimiento y re significación 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; desarrollo de una estrategia de educación, información y comunicación dirigida a actores institucionales y comunitarios para la transformación de prácticas saludables en alimentación y nutrición de la familia gestante; creación de una estrategia de prevención de accidentes domésticos que involucren niñas, niños y mujeres gestantes y 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. Como resultados se tienen los siguientes:

- ✓ Caracterización de 144 IPS públicas para la atención en salud maternoperinatal en los cuales se formularon planes de acción tendientes al mejoramiento de la calidad de la atención en gineco- obstétrica en los hospitales públicos.
- ✓ Bajo el proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Sexual y Reproductiva del Plan de Intervenciones Colectivas se promovió e incentivó la asesoría en enfermedades de transmisión sexual y se realizó tamizaje en VIH a mujeres gestantes no aseguradas.
- ✓ Asesoría a 144 IPS públicas en atención materna perinatal, salud pública y salud sexual y reproductiva.
- ✓ Firma de convenios con el ICBF para el trabajo y atención integral de la población infantil en programas de prevención y protección y capacitación.
- ✓ Creación de la estrategia integral de atención materno infantil AIEPI, IAMI, IAFI7.
- ✓ Fortalecimiento de las redes de atención a la familia mediante la estrategia IAMI, AIEPI, IAFI.
- ✓ Contratación con los hospitales de la red pública el implante subdérmico, la anticoncepción de emergencia y el condón8, para la oferta de estos métodos y su suministro a mujeres y parejas desde los 10 años en adelante identificados como población pobre no asegurada.
- ✓ Seguimiento y vinculación de adolescentes gestantes y en postparto de 15 a 17 años en programas de regulación de la fecundidad y asesoría para prevenir un segundo embarazo.
- ✓ Promoción de alimentación saludable y modificación de hábitos alimenticios de la familia gestante y de la mujer durante la lactancia a través de los programas de acompañamiento de las IAMI e IAFI9 distritales.
- ✓ Acciones de fomento a la regulación de la fecundidad entre niñas y adolescentes en asocio con el UNFPA mediante la promoción de la anticoncepción temprana, y sensibilización sobre la ampliación de los períodos ínter genésicos (tiempo entre parto y parto) a fin de disminuir el número de embarazos de riesgo dado el bajo nivel nutricional de la madre.
- ✓ Garantía de inclusión y seguimiento a menores con índice de bajo peso al nacer a los programas bebé canguro y crecimiento y desarrollo.

## 1.3 Gestación sana y mortalidad perinatal- Indicadores de Impacto.

## Mortalidad Materna

### Razón de Mortalidad Materna

Esta razón expresa el riesgo de morir de una mujer en embarazo, parto o puerperio por cada 100.000 nacidos vivos. Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes

[7] AIEPI – Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
IAMI – Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
IAPI – Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia

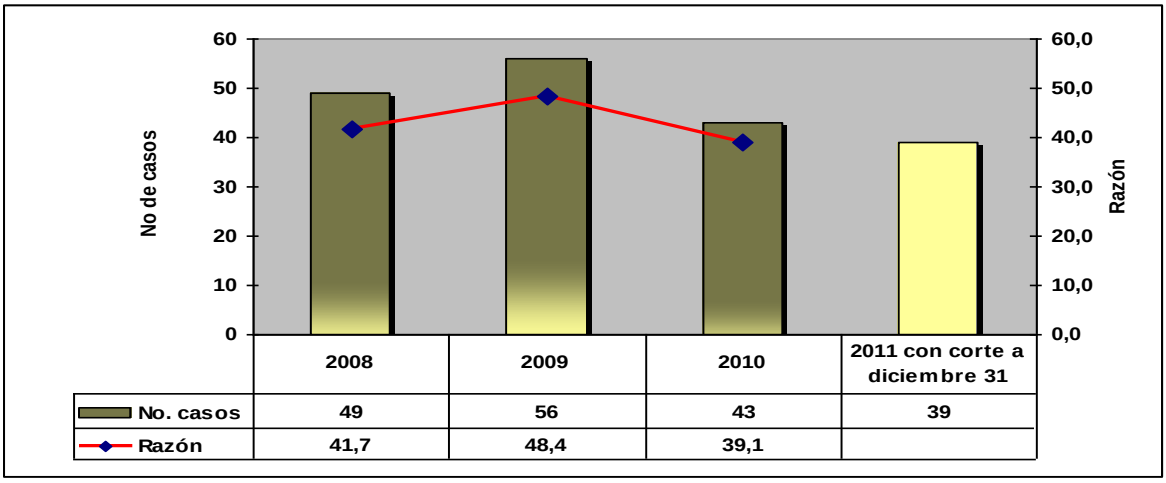
[8] Implante subdérmico de levonorgestrel 75 mg. y anticoncepción de emergencia así como una modalidad de implante subdérmico con molécula de tercera generación etonogestrel [NO POS].

[9] AIEPI– Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, IAMI– Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, IAFI– Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia.

que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva. Dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta Estatal [entre los que se destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud y la normatividad vigente] que son inherentes a su estado de salud. La razón de mortalidad materna es un indicador que permite medir la calidad de vida[10] y la salud, el bienestar social y la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud de las mujeres gestantes. [Gráfico 16].

En el Distrito Capital, entre los años 2008 – 2010 la mortalidad materna muestra una tendencia a la disminución, durante el 2008 se presentaron 49 casos con una razón de 41.7 X 100.000 N.V y para el 2010 se presentan 43 casos con una razón de 39.1 X 100.000 N.V. Para 2011 se presentaron 39 casos con una disminución de 4 casos comparada con el año anterior [43 casos].

**Gráfico 16. Razón de mortalidad matera 2008-2010 [casos a diciembre de 2011]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre 31 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 49 | 56 | 43 | 39 |
| Razón | 41,7 | 48,4 | 39,1 | |

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 preliminares
Fuente 2009 y 20101 Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

Es importante señalar, que la variabilidad del indicador durante el periodo analizado se debe a que para el 2009 se presentaron 56 casos con una razón de 48.4 por 100.000 nacidos vivos; directamente relacionados con 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].

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

[10] 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".

edades de 20 a 34 años y para 2010, el mayor número de casos 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. [Fuente Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica SDS].

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

Aunque este indicador se comportó positivamente en el Distrito capital durante el periodo analizado, en los análisis de mortalidad materna de los últimos cinco años,[11] se evidencian los siguientes factores y hallazgos como determinantes en la primera[12] y segunda demoras[13] 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, puesto que la información brindada por parte del equipo de salud no es coherente con la estrategia IEC [Información, educación y comunicación] lo que impide el entendimiento entre la gestante, su familia y los servicios de salud.

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 demora,[14] 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 georreferenciaciòn, delegando los trámites 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, multiafiliación, problemas de identificación, entre otros]. El desconocimiento por parte de los

[11] Balance social salud materna año 2010 / Dirección de salud publica/ SPRL
[12] Reconocimiento del Problema
[13] Toma de decisión de la familia gestante
[14] Accesibilidad a los servicios de salud.

funcionarios operativos sobre los contenidos de los contratos, cambio en la condición del aseguramiento.

Dentro de los hallazgos evidenciados en la cuarta demora[15],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 técnico científica, e interdependencia de servicios especializados como producto de la dinámica de operación del Sistema General Seguridad Social en Salud [SGSSS] y los diferentes actores se convierte en una barrera más para la garantí del Derecho a la Salud.

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

- ✓ La implementación de la Política Pública de Reducción de la Mortalidad Materna perinatal, que tiene como principios: la identificación de necesidades sociales, el acceso, y la igualdad con equidad y universalidad, posicionando la salud materna en la Agenda Publica para el cuatrienio 2008 -2012 el slogan que se maneja es "Bogotá de puertas abiertas a las familias gestantes," que tiene como líneas estratégicas, la promoción de la salud y la calidad de vida de las mujeres gestantes, niños y niñas, con un fuerte componente en promoción de la salud, movilización social y activación de redes sociales que visibilicen a la mujer gestante como sujeto de derechos, en segundo lugar el fortalecimiento de la accesibilidad al sistema, eliminado barreras de acceso e integrando el trabajo que se realiza en los ámbitos de vida cotidiana de las mujeres gestantes, para hacer la captación temprana, la detección de mujeres gestantes en riesgo y su adherencia a los servicios de salud, y como tercera línea estratégica el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- ✓ Fortalecimiento en el ejercicio de la rectoría en salud materna perinatal mediante: Asesoría y asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB], acompañamiento y asesoría a las Empresas Sociales de Estado [ESE] en los procesos de atención de control prenatal, trabajo de parto y parto, seguimiento a los indicadores trazadores de salud materna en espacios directivos de las ESE, exigencia del cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud para la atención materno perinatal [adherencia a guías materno perinatales].
- ✓ Los convenios de cooperación para el desarrollo de estrategias con organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud [OPS], Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], y el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], son implementadas en el nivel distrital y pueden ser reproducibles a otras partes del país. Es importante destacar, que la SDS como centro asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología [CLAP], implementó el Sistema Informático Perinatal en las 21 ESE de la red pública y las tecnologías maternas perinatales que favorecen la toma de decisiones administrativas, de contratación, para el trabajo coordinado en red, en la calidad de la atención. En los últimos dos años el sistema ha logrado captar en promedio 35.000 datos de mujeres gestantes que han sido atendidas en la Red Adscrita de Hospitales, por eventos obstétricos, en los 21 hospitales de la red adscrita.
- ✓ Participación desde el año 2008 con el proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna con base web, buscando que la información sobre muertes maternas

15 Calidad de la atención del servicio

sea activa, prospectiva y en tiempo real. Para contribuir a mejorar la capacidad en la identificación de nuevos factores de riesgo y determinantes y a las oportunidades para una rápida toma de decisiones.

- ✓ Desde la prestación de servicios de salud se ha trascendido de la "consulta" hacia la integralidad de la atención, para mejorar la calidad de la atención a las mujeres gestantes se revisaron y publicaron guías de atención materna y perinatal.
- ✓ A través de la subredes de servicios materno perinatales se ha fortalecido las capacidades y competencias de los equipos de salud para la atención integral involucrando aspectos novedosos como la consulta preconcepcional y el manejo en las guías materna perinatales, además se ha realizado difusión y capacitación permanente a las ESE y EPS, vale la pena mencionar el trabajo de cualificación en el "curso de preparación para la maternidad y paternidad"
- ✓ En el trabajo de las red se despliegan acciones de movilización social para convocar voluntades y responsabilidades conjuntas en la salud materna perinatal en el Distrito Capital a través de la modalidad de jornadas, semanas o ferias de servicios para la familia gestante, en la línea de acceso se realizan circuitos de reconocimiento para favorecen la disminución de barreras de acceso geográficas, culturales y del aseguramiento, captación temprana de mujeres gestante para ser derivada hacia los servicios sociales y de salud, así mismo se desarrollan grupos focales para identificar necesidades y subjetividades de la mujer gestante para el cuidado de su salud y procesos educativos para formarlas en compromisos del cuidado de su salud, en derechos, en señales de alarma, paternidad y maternidad responsables y en el reconocimiento de la oferta institucional.
- ✓ Desarrollo permanente de Comités de Vigilancia de la Mortalidad Evitable. Análisis del 100% de los casos de mortalidad materna presentados en el Distrito capital, donde se involucra a todos los prestadores de salud del sector público y privado, y el grupo funcional de la red materno-perinatal de la SDS.
- ✓ Implementación de la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema en el que Bogotá durante los años 2009 y 2010 realizó la recolección, seguimiento y análisis de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos en el protocolo de vigilancia para eventos relacionados con [Trastornos Hipertensivos, sepsis y hemorragias de origen obstétrico, este documento fue socializado y aplicado en 40 Instituciones de Bogotá]
- ✓ En el plan de intervenciones colectivas se desarrollan diferentes acciones para el fortalecimiento de la captación temprana, canalización y caracterización de las mujeres y hombres en edad fértil, mujeres gestantes y niños a través de los ámbitos de vida cotidiana y de los programas bandera de la administración, [Salud a su Casa, Salud al Colegio].
- ✓ Desde el ámbito familiar se realizó acompañamiento y seguimiento por parte de profesional de la salud a mujeres gestantes identificadas como alto riesgo biopsicosocial para favorecer la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o síntoma de alarma, fortalecer los vínculos familiares, de tal forma que se consolide un entorno favorable para su salud, así como la adherencia al paquete de integral servicios de salud a los que tiene derecho independientemente de su afiliación y de la georreferenciación de los micro territorios de salud a su hogar.
- ✓ En el ámbito escolar, acompañamiento a los proyectos educativos sexuales, en unidades de trabajo, Seguimiento a vulnerabilidades psicosociales y de salud para seguir a gestantes adolescentes, en este proceso se brinda orientación sobre la importancia de la

asistencia a los controles prenatales, asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad, entre otros.

- ✓ En el ámbito IPS, asistencia técnica a las 144 IPS públicas en los planes, proyectos y programas en Salud Sexual y Reproductiva., con especial énfasis en los indicadores del sistema informático perinatal.
- ✓ Acciones distritales sostenidas como son el Seguimiento al 100% de las gestantes con diagnóstico de VIH, Sífilis gestacional y congénita e Hipotiroidismo congénito. Se tamizaron 14.088 gestantes de las cuales se diagnosticaron 15 casos VIH.

**Principales estrategias y programas que se desarrollaron**

- ✓ La Secretaría Distrital de Salud, a través de la implementación de los proyectos: -618: Afiliación al Régimen Subsidiado, 620: Atención a la población vinculada, 623: Salud a su casa, 624: Salud al colegio, 625: Vigilancia en salud pública, 626: Instituciones saludables y amigables, 627: Comunidades Saludables, 628: Niñez Bienvenida y Protegida y 629: Fortalecimiento a la gestión en salud pública, 630: Salud al trabajo y 632: Redes Sociales y de servicios- contribuye a la mejoría de calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el distrito Capital en materia de salud.
- ✓ Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación [IEC], a través de piezas audiovisuales sobre señales de alarma, cinco mini documentales [los caminos de la vida, nacer con derechos, diario de la familia gestante, tiempo de vivir y el cuerpo te habla]; así mismo se publicaron materiales impresos, [“Diario para la mujer gestantes familia” decálogo de derechos, decálogo de compromisos y señales de alarma] este material se realizó con el concurso de las mujeres gestantes y sus familias a través de las acciones de la red social materna infantil [grupos focales, circuitos de reconocimiento de la oferta institucional]; se socializó y distribuyó a las 21 ESE de la red pública y se dio a conocer a los aseguradores del régimen contributivo y subsidiado.
- ✓ Desarrollo de las Red de servicios materno perinatales en las 20 localidades del Distrito Capital, como un modelo de atención que debe centrarse en el trabajo conjunto permitiendo conformar un todo organizado de instituciones prestadoras, con portafolios de servicios flexibles y unificados por red, estructurado en niveles de complejidad baja y alta, explícitamente definidos por la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de garantizar la atención integral, suficiente, pertinente y oportuna a la comunidad, optimizando la utilización de los recursos disponibles para tal fin.
- ✓ Desarrollo y puesta en marcha de 20 Redes Sociales en salud Materna Infantil que se están fortaleciendo mediante procesos de coordinación y articulación de planes programas y proyectos institucionales, sectoriales y del orden social para garantizar los derechos de las mujeres gestantes.
- ✓ Desarrollo de alianzas estratégicas: Con el Ministerio de Protección Social se ha trabajo articuladamente para socializar la experiencia del Distrito capital como pionera en el trabajo en red social y red de servicios, de este organismo se ha recibido el apoyo en el proyecto mediante capacitación en temas como Morbilidad Materna Extrema, y se distribuyo a 15 Empresas Sociales del estado el suministro de Kits y Doppler para emergencia Obstétrica, haciendo seguimiento de su utilización, Con el Instituto Nacional de salud se ha trabajo en coordinación para la vigilancia del evento.

- ✓ Firma del pacto por la salud con los aseguradores del régimen subsidiado y contributivo y los prestadores de la red pública en donde se incluyeron los indicadores y metas definidas para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Bogotá. Implementación de la Central Única de referencia y Contra referencia [CURYC], para garantizar a la población y especialmente a las gestantes y sus recién nacidos la atención integral sin barreras de acceso.
- ✓ Movilización de la "ruta para la prevención y atención integral de la gestación en adolescentes", como una herramienta útil para facilitar el acceso a servicios y derechos, en tal sentido busca fortalecer la respuesta social de las instituciones del eje social [Salud, Bienestar Social y Educación]

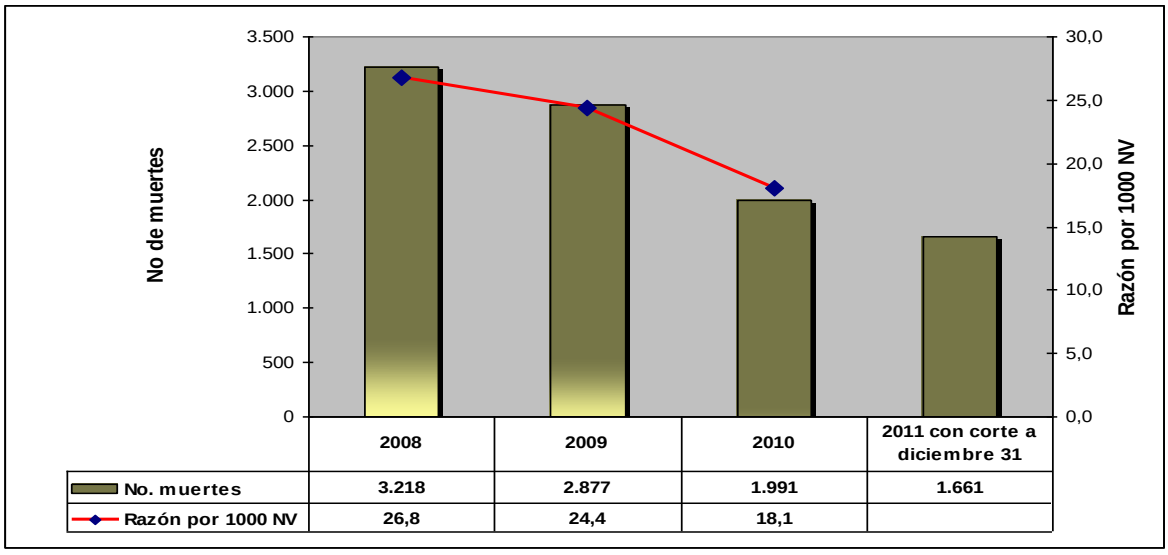
## Tasa de Mortalidad Perinatal

Esta tasa expresa el número de defunciones entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de nacido por cada 1000 nacidos vivos. Existe una dificultad estructural a nivel nacional para la construcción de esta tasa, debido a que este indicador incluye la mortalidad fetal tardía es decir productos de embarazo que mueren antes de nacer [óbitos fetales] estas bases de datos deben ser depuradas y corregidas por parte del DANE por tanto los datos de los años 2007 y 2008 son preliminares. [Gráfico 14]

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, según datos oficiales del DANE. Particularmente en su comportamiento a nivel Distrital, a partir de 2008 hasta 2010 se cuenta con datos preliminares según bases de datos de Estadísticas Vitales de la Secretaría Distrital de Salud y se observa una disminución de la mortalidad perinatal a partir del año 2008 con una tasa de 26.8 x 1.000 n.v. con tendencia a la reducción reportándose para el año 2010 una tasa de 18.1 x 1.000 n.v y una disminución en el número de casos reportados en la vigencia 2011 [1.991] respecto al 2010 [1.991]. 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 como 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. [Gráfico 14]

**Gráfico 14. Tasa de Mortalidad Perinatal Bogotá D.C. 2008-2010 [casos a diciembre de 2011][16]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre 31 |
|---|---|---|---|---|
| No. muertes | 3.218 | 2.877 | 1.991 | 1.661 |
| Razón por 1000 NV | 26,8 | 24,4 | 18,1 | |

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 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

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 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.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

El mayor componente de la mortalidad perinatal está dado por las muertes fetales, donde las causas, en una proporción muy significante, es desconocida, sin embargo al realizar los análisis individuales de caso, que para Bogotá corresponde al 5% del total de las muertes, se ha podido establecer que hay 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 prematurez y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. Dentro

[16] Los datos tienen como fuente las Estadísticas vitales del DANE, las cuales se actualizan permanentemente durante un periodo que puede ser entre dos y tres años. Por lo tanto los datos son dinámicos, varían continuamente en el tiempo y son preliminares hasta que el DANE publique las cifras oficiales.

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 periodo perinatal, incluyendo las anomalías congénitas.

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

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

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

- ✓ 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.
- ✓ Se han programado 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.

- ✓ La realización de la jornada distrital de "La Salud Materna Perinatal. Un compromiso de Todos", desarrollada en el marco del programa "Amor por Bogotá" y el evento "Bogotá de puertas abiertas a la familia gestante", junto con la movilización de la "Ruta para la Prevención y Atención Integral de la Gestación en Adolescentes", se constituyen en herramientas de acceso a los servicios, que han buscado el fortalecimiento de la respuesta estatal en el Distrito Capital, junto con la adopción del Sistema Informático Perinatal [SIP], la cual es una herramienta para obtener información relacionada con la atención materna y perinatal para la población que no se encuentra afiliada al sistema de salud y conocida como "Participantes Vinculados.

**Principales estrategias y programas que se desarrollaron**

Debido a la estrecha relación existente entre el binomio madre e hijo, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal implican que los programas y estrategias se trabajen de manera conjunta.

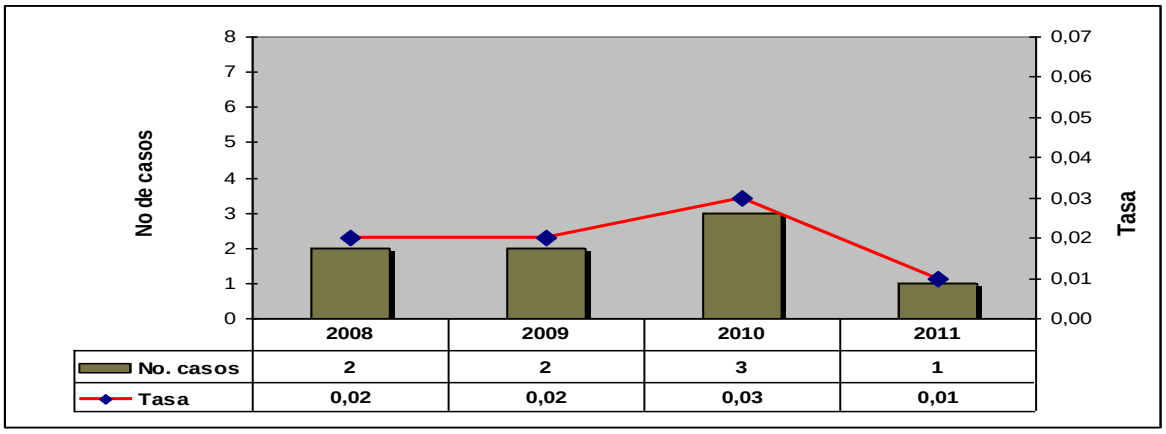
## Tasa de notificación de casos VIH positivos por transmisión perinatal

La transmisión vertical o perinatal del VIH se define como la infección transmitida por la madre a su hijo-a durante la gestación, el parto o la lactancia. Esta situación puede ser prevenible si la gestante es diagnosticada a tiempo, si recibe el tratamiento antirretroviral completo y profiláctico antirretroviral indicado junto con el recién nacido y además del suministro de fórmula láctea.

La siguiente grafica muestra el comportamiento de la transmisión materno infantil del VIH, se observa como a excepción del pico presentado en 2006 año en el cual se implementa la estrategia de reducción de la transmisión madre hijo, aumentando así la identificación de casos de los años anteriores. Se observa una tendencia de aumento leve del indicador para el periodo posterior al inicio de la estrategia hasta 2010 y para 2.011 se observa una disminución en la tendencia del indicador relacionada con la ocurrencia de un (1) único caso de este evento durante el año.

La ocurrencia de casos tiene como principales causas el inicio tardío o inexistente de controles prenatales, las barreras administrativas causadas por la fragmentación del sistema de salud que limitan el acceso oportuno a pruebas rápidas así como a los esquemas profilácticos requeridos y en menor cuantía por el desconocimiento o no adherencia a los protocolos y guías de manejo. [Gráfico 10]

**Grafico 10. Proporción de incidencia de casos VIH positivos por transmisión perinatal por 1.000 nacidos vivos en población general. Bogota D.C. 2008 a 2011***

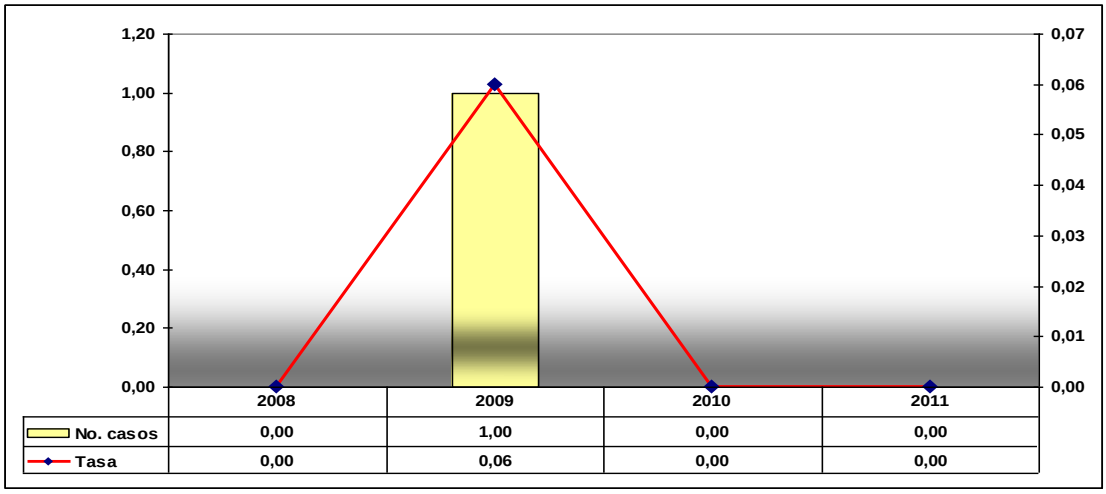



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Tasa | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,01 |

Fuente: SIVIGILA Estadísticas vitales SDS 2005 2011 dato preliminar

En lo que refiere a casos en población pobre no asegurada [vinculadas] para 2011 no se presentaron casos. [Gráfico 11]

**Grafico 11. Proporción de incidencia de casos VIH positivos por transmisión perinatal X 1.000 nacidos vivos en población pobre no asegurada. Bogota D.C. 2008 a 2011**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 0,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tasa | 0,00 | 0,06 | 0,00 | 0,00 |

Fuente: SIVIGILA Estadísticas vitales SDS 2005 2011 dato preliminar

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

La mayor tasa de VIH de casos con mecanismo de transmisión vertical se debe a condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo como bajo nivel educativo, inestabilidad laboral y económica, así como pobre percepción del riesgo; estos aspectos muchas veces cohabitan en estas poblaciones, provocando desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, escaso acceso a servicios de salud sexual y adquisición de preservativos y retrazo en el inicio de controles prenatales y continuidad de los mismos. Estos aspectos se ven reforzados por la inequidad de género que ha impactado la salud de las mujeres, lo cual se refleja en la disminución permanente

de la razón de infección por VIH la cual nos indica por cada nuevo hombre infectado cuantas mujeres se diagnostican como positivas.

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

Se continuó el fortalecimiento de la estrategia distrital para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH para garantizar la atención integral a la población pobre no asegurada que es la más vulnerable, lo cual incluye el acceso temprano a los controles prenatales, el tamizaje para VIH en el primer y ultimo trimestre del embarazo o cuantas veces se requiera y la administración de antirretrovirales y formula láctea a las mujeres gestantes identificadas como VIH positivas, así como el seguimiento a niños y niñas producto de estas gestaciones. En 2.011 se fortaleció dicha estrategia mediante la alianza realizada con el Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud buscando mejorar las acciones incluidas en la estrategia y el cumplimiento por parte de las IPS de las guías de atención.

Se continua implementando la estrategia distrital denominada Laboratorio Centralizado de VIH, a través de la cual se unifica el proceso de las pruebas de tamizaje, confirmatorias y de seguimiento de la infección por el VIH, así como la entrega de antirretrovirales y formulas lacteas, garantizando estándares de calidad, costo eficiencia, cobertura mejor información en la ciudad sobre la epidemia, ha consolidado la atención de la población no asegurada en Bogotá a través de toda la red pública de Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital garantizando la atención a 15.485 mujeres gestantes en 2011, eliminando barreras de acceso administrativas, geográficas entre otras.

Lo anterior, ha permitido realizar el seguimiento a cada una de las gestantes no aseguradas habitantes en el Distrito Capital como parte fundamental de la estrategia nacional y distrital de la reducción con tendencia a cero de la transmisión materno infantil del VIH; por ultimo ha garantizado la existencia de insumos necesarios para el manejo de la gestante VIH positiva y de su recién nacido en el momento del parto, para ello en cada punto de atención existe un Kit de antirretrovirales para profilaxis de la madre y del recién nacido, así como la fórmula láctea para que el recién nacido inicie su alimentación, ya que la lactancia materna se debe suspender porque constituye un mecanismo de transmisión importante.

## Razón de Prevalencia de Sífilis Gestacional[17]

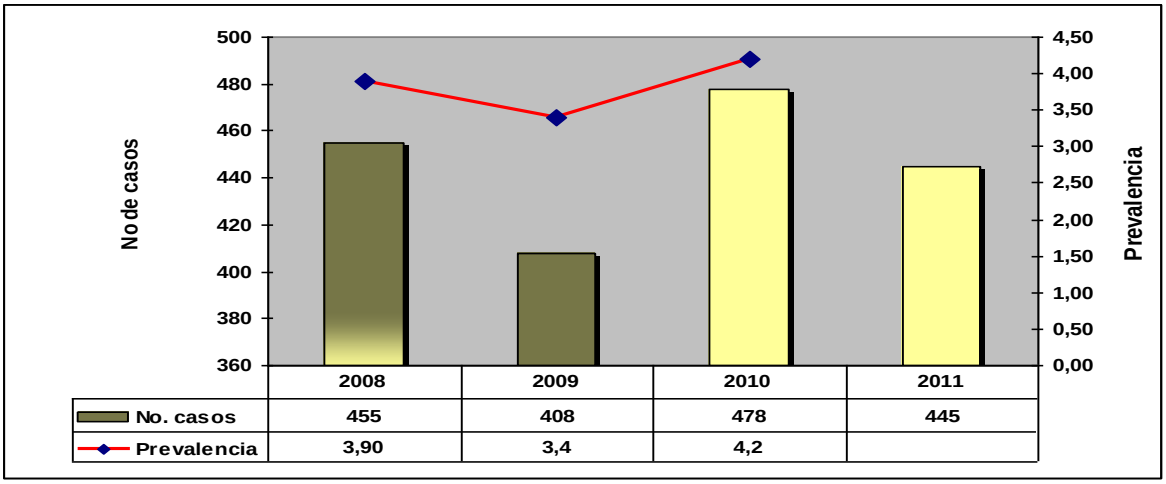
La sífilis puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto [sífilis gestacional y sífilis congénita]; se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnología básica y de bajo costo. La sífilis tiene un impacto negativo en la salud materna. El principio fundamental de la prevención y eliminación de la sífilis congénita [SC] consiste en detectar y tratar la infección en la gestante para prevenir la transmisión vertical. Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal. Las complicaciones incluyen aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del

[17] Este indicador cambia su denominación teniendo en cuenta lo siguiente: Indicador :Razón de prevalencia de sífilis gestacional: Número de casos de sífilis gestacional / Nacidos vivos x 1000- según Ministerio de la Protección Social

crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y serias secuelas en los que sobreviven. Puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, muerte neonatal en 10% y trastorno neonatal en 40%[18]. Por todo lo anterior la sífilis se define como un evento de interés en salud pública y es por ello que se deben dirigir los esfuerzos a prevenir la Sífilis congénita en la etapa prenatal, dadas las complicaciones antes mencionadas.

Al revisar el comportamiento de la sífilis gestacional en el Distrito Capital en el año 2011 se observa una disminución del 7% en la notificación de casos (445 casos notificados) con relación al año 2010(478 casos notificados); de igual forma se observa una disminución en la prevalencia comparada con el nivel nacional, ya que fue de 4.2 x 1000 nacidos vivos para el Distrito y de 5.6 x 1000 nacidos vivos en el país para este año. Lo anterior, muestra mejor calidad del dato en la notificación porque cumplen con los criterios de la definición de caso de la guía y el protocolo. Este comportamiento, obedece al fortalecimiento de la vigilancia en cada una de las Unidades Primarias Generadoras de Datos del Distrito Capital, a través de las visitas de asesoría, asistencia técnica, a la sensibilización y capacitación sobre sífilis gestacional y congénita que ha realizado el grupo técnico de la Secretaria Distrital de Salud dirigida al personal del área asistencial de las Empresas y de las Administradoras de Planes de Beneficio y a las Empresas Sociales del Estado, con el fin de garantizar la captación temprana de la gestante, el diagnóstico y notificación oportuna de los casos [Gráfico 12]

**Gráfico 12. Prevalencia de sífilis gestacional 2008-2011**




Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud año 2008 -2011 con corte a 01/01/2012
SDS Base Estadísticas Vitales – RUAF Certificados de Nacidos Vivos. DANE Preliminares Corte Diciembre 2011.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

El comportamiento histórico y actual de la sífilis congénita en el Distrito Capital y el país, nos indica que la problemática está fuertemente ligada a la estructura fragmentada del sistema de salud, problemas de aseguramiento que limitan entre otras acciones el tratamiento integral y continuo a la mujer gestante y su pareja sexual, generando mayor riesgo de transmisión vertical[19] por reinfección. Así mismo, la falta de seguimiento de la gestante y/o del recién nacido para

[18] Protocolo de Vigilancia de Sífilis- Instituto Nacional de Salud. Agosto 2010.
[19] Se define como la infección transmitida por la madre a su hijo-a durante la gestación, el parto o la lactancia.

garantizar la administración oportuna y completa del tratamiento inciden en la presentación del evento. Adicionalmente se encuentran otros elementos relacionados, tales como la inequidad de género, la dificultad del diálogo entre las parejas sobre salud sexual y reproductiva, por ejemplo en el uso del preservativo y cuando se trata de Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] que socialmente están fuertemente estigmatizadas, adicionalmente, los bajos niveles educativos y las dificultades económicas en la población más afectada por esta enfermedad.

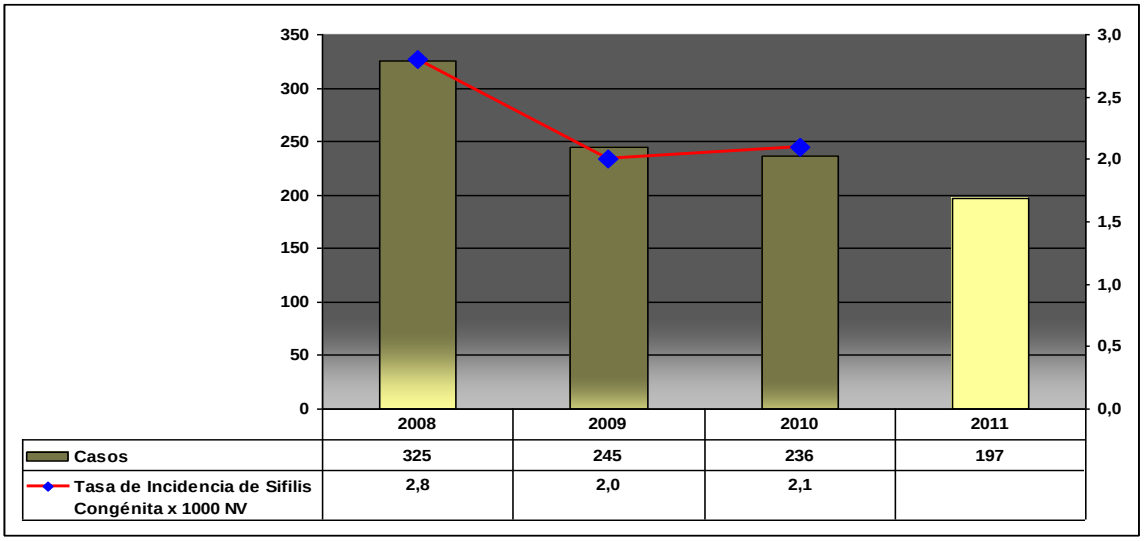
En el grupo etáreo de 10 a 14 años, se observa en este indicador un comportamiento ascendente en el año 2009 [razón de prevalencia de sífilis gestacional de 15.8 x1000 nacidos vivos] con relación al año 2008 [razón de prevalencia de 10.3 x 1000 nacidos vivos], mientras que en el año 2010 se observa una tendencia marcada a la disminución con una razón de prevalencia de 2.0 x 1000 nacidos vivos, al igual que en el 2011 en el se notifica un caso de sífilis gestacional. Este comportamiento indica la efectividad de las acciones implementadas desde la Secretaría Distrital de Salud, para este grupo poblacional en especial para la prevención del maltrato y abuso sexual , por otro lado se fortalecen las acciones educativas dirigidas a los adolescentes para promover los derechos sexuales y reproductivos, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH, así como la prevención de violencia, abuso sexual y embarazo en adolescentes.

En el grupo de 15 a 19 años se observa una disminución del 16,25% (67 casos) con relación al año 2010 (80 casos). La razón de prevalencia de sífilis gestacional en el año 2009 con relación al año 2008 muestra disminución de 0,2 x 1000 nacidos vivos, mientras que para el año 2010 se observa un aumento en la razón de prevalencia de sífilis gestacional [4.1 x 1000 nacidos vivos]. Con el comportamiento de la notificación para el año 2011, se espera una reducción en el indicador. Con relación a los casos de sífilis gestacional que se diagnosticaron y recibieron tratamiento antes de la semana 17 se observa un comportamiento similar en el año 2009 con el 78% [132 casos], en el año 2010 con el 90.1% [118 casos] y en el año 2011 reciben tratamiento el 92,5%.

## Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita

Al revisar el comportamiento de la sífilis congénita en el Distrito Capital tomando como línea de base el año 2008 [tasa de 2.8 x 1000 nacidos vivos], se observa en el año 2009 una marcada disminución [tasa de 2.0 x 1000 nacidos vivos], en el año 2010 un comportamiento similar con una tasa de 2.1 x 1000 nacidos vivos y para el año 2011 se notificaron 197 casos. Sin embargo este indicador no cumple con la meta establecida en el Plan Nacional de Eliminación de la Sífilis Congénita 2009-2015, que es de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. Lo anterior obedece a todas las acciones de la Dirección de Salud Pública de conformidad con el Plan Estratégico para la Eliminación de la sífilis congénita y para la reducción y control de la transmisión materno infantil del VIH Colombia, 2009-2015 [Ministerio de la Protección Social –INS-OPS-Secretaría Distrital de Salud].

**Grafica 13 Tasa de notificación de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos Bogota D.C. 2005 a 2011**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| Casos | 325 | 245 | 236 | 197 |
| Tasa de Incidencia de Sifilis Congénita x 1000 NV | 2,8 | 2,0 | 2,1 | |

Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud Año 2005-2010
SDS Base PAI- Estadísticas Vitales - Certificados de Nacidos Vivos. DANE- Preliminares

Es importante mencionar que las localidades de Bosa, Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Suba son localidades que concentran la población más pobre de la ciudad y población por debajo de la línea de indigencia, razón por la cual son consideradas zonas donde las condiciones de vida y salud están afectadas por determinantes sociales como: alta concentración de población desplazada, multiculturalidad, condiciones socioeconómicas desfavorables y barreras de acceso al SGSSS en términos del aseguramiento, que constituyen limitantes de acceso al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno; trayendo como consecuencia reinfecciones en la gestante y transmisión vertical madre –hijo.

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

La Secretaria Distrital de Salud teniendo en cuenta la situación actual de la sífilis gestacional y congénita en el Distrito Capital ha implementado acciones conjuntas entre los actores del Sistema General de Salud (SGSSS), para incluir un fuerte enfoque de género desde una visión integral de la salud sexual y reproductiva y garantizar la atención integral a la gestante y sus contactos.

El Ministerio de la Protección Social implementó la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH, sífilis gestacional y congénita mediante la Directiva 001 del año 2009,que establece las competencias y responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS en lo referente a la generación y entrega de información indicadores y procedimiento para el seguimiento individual de los casos de sífilis gestacional y congénita acompañada esta directiva con un Manual de Referencia con las fichas técnicas e indicadores referidos .

Por otro lado, el cumplimiento del Plan Estratégico para la Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y Sífilis Congénita 2009-2015 estableció cuatro líneas estratégicas y actividades generales dentro de las cuales la SDS ha realizado las siguientes acciones:

En coordinación con las direcciones de desarrollo de servicios y salud pública se afianzan acciones según las siguientes líneas, incluidas en el Plan estratégico de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis:

1. Promoción y fomento de la salud en la comunidad: Sensibilización a tomadores de decisión, para la inclusión de esta temática en los diferentes aspectos relacionadas con la agenda pública y sensibilización a los profesionales de ámbitos y transversalidades para aunar esfuerzos tendientes a la captación temprana de la gestante para asegurar su canalización para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

2. En la Secretaría Distrital de Salud se conforma un equipo Inter-direcciones con los profesionales de las Dirección de desarrollo de servicios y salud pública, a fin de consolidar las acciones establecidas en Plan Estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Lo anterior, incluye: Socialización de la guía de atención de embarazo y sífilis y el protocolo de vigilancia en sífilis gestacional y sífilis congénita en espacios de capacitación como los Comités de Vigilancia Epidemiológica Distritales (COVES), locales y de EAPB; en reuniones con las diferentes redes de participación social, programas de inducción y re-inducción de las instituciones al personal de salud.

   - ✓ Asistencia técnica, revisión de las historias clínicas de los casos de sífilis congénita para identificar las fallas en el proceso de atención y seguimiento a planes de mejoramiento de las Empresas Sociales del Estado y las Unidades Primarias Generadoras de datos (UPGD).
   - ✓ Establecimiento de la Alianza entre OPS, MPS, INS, Secretaría Distrital de Salud con el fin de coordinar acciones tendientes a dar cumplimiento con las líneas estratégicas del plan a fin de cumplir con la meta de eliminación de menos de 0,5 x 1000 nacidos vivos en el año 2015. Para esto se realizan capacitaciones con las empresas administradoras de planes de beneficio y con las Empresas Sociales del Estado con relación a la situación actual de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita y de cada una de las líneas establecidas en el Plan Estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

3. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y la investigación operativa:

   - ✓ Fortalecimiento del proceso de notificación: Se realizaron acciones de sensibilización en las instituciones para garantizar la Notificación individual y semanal de los casos de sífilis gestacional y congénita, en la ficha única de Notificación individual y de datos complementarios a partir del caso confirmado por laboratorio y por nexo epidemiológico Decreto 3518/2006. Así mismo, se enfatizó en el control de calidad de las fichas de notificación, para el seguimiento a la calidad de dato y el ingreso de reporte de laboratorios a la base de SIVIGILA
   - ✓ Fortalecimiento de otras estrategias de vigilancia: Se realizó sensibilización en las Unidades Primarias Generadoras de Datos, sobre la importancia de fortalecer el proceso de búsqueda activa institucional, en el registro individual de prestación de servicios (RIPS) para la búsqueda del diagnóstico específico de sífilis gestacional y congénita y de resultados de laboratorio y o en certificados de defunción.

- ✓ Fortalecimiento de la investigación epidemiológica de campo: Se aseguró que las investigaciones epidemiológicas de campo del 100% de los casos de sífilis gestacional y congénita, y de las muertes atribuibles a sífilis congénita se realizaran dentro de las primeras 48 horas después de realizada la notificación "LA BUSQUEDA SISTEMATICA EN TODA GESTANTE ES LA PRIORIDAD".
- ✓ Fortalecimiento de los comités de vigilancia epidemiológica**:** Se está consolidando un grupo funcional en las ESEs e IPS con el fin de asegurar la notificación de los casos y el análisis de todos los casos de morbilidad y de mortalidad por sífilis congénita. Así mismo se fortalecen los comités de vigilancia en salud pública (COVE) a nivel distrital, convocando a los profesionales encargados de la vigilancia, EPS, ARS, IPS, coordinadores de promoción y prevención, coordinador de la política de la salud sexual y reproductiva y demás profesionales de la salud que tienen relación con el diagnóstico, Notificación, tratamiento y seguimiento de los casos.
- ✓ Monitoreo de indicadores sífilis gestacional y sífilis congénita: Se realizó monitoreo de los indicadores de los eventos a nivel distrital y local y se socializó el comportamiento de los eventos con los actores del SGSSS.
- ✓ Realización de las unidades de análisis de mortalidad: Se realizaron el 100% de unidades de análisis para los casos de sífilis congénita, en donde además de analizar el comportamiento en la notificación de los casos, se identificaron fallas en la detección precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de los casos y del contacto sexual, por otro lado, se identificaron las situaciones de vulnerabilidad y barreras de acceso, así como las necesidades en apoyo diagnóstico.

## Porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer[20] [peso menor a 2.500 gramos]

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.

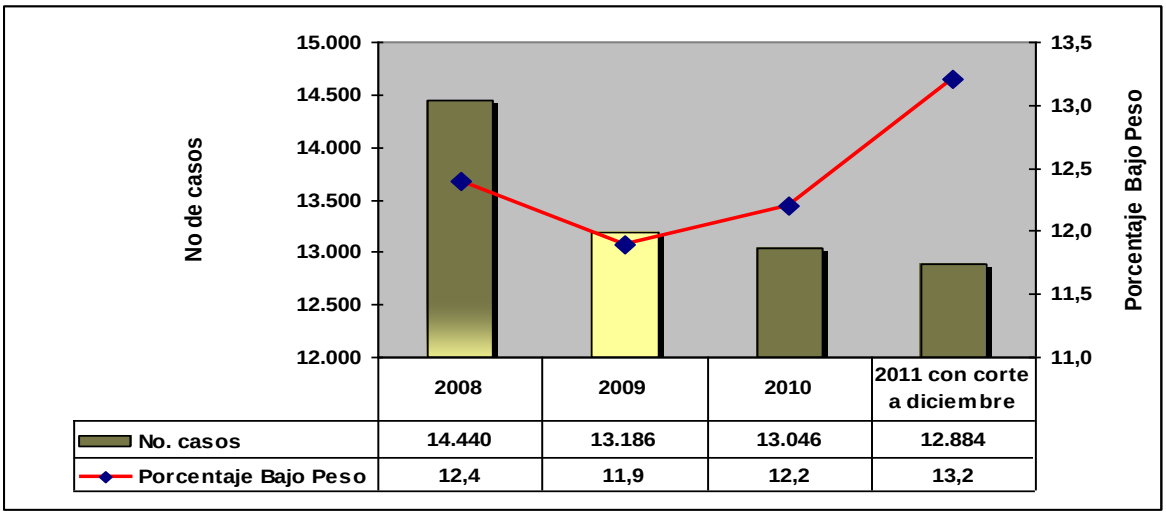
Para la ciudad de Bogotá, los nacimientos con bajo peso, cobijan a cerca del 12% del total de nacidos vivos anualmente. Durante el periodo analizado se presentó una tendencia hacia el aumento, que desde la revisión basada en la evidencia y desde la aproximación de las investigaciones epidemiológicas de campo del SISVAN;[21] 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 intergénesico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo no planeado.

[20] Expresa el porcentaje de nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2500 grm sin tener en cuenta edad gestacional.

[21] Las Investigaciones epidemiológicas de campo al recién nacido a término con bajo peso se definen como un conjunto de acciones tendientes a evaluar la situación de salud y nutrición del recién nacido en el hogar, realizar recomendaciones específicas a la familia y/o cuidadores que contribuyan a desarrollar habilidades y competencias en la familia para el cuidado del recién nacido durante el primer año de vida.

La prevalencia de bajo peso al nacer total Bogotá es de: 13,2% con 12.884 casos sobre un total de 96.989 nacidos vivos [información preliminar, los datos deben ser validados por el DANE]. Según las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas durante el último trimestre del año, el porcentaje de recuperación medida a través del indicador ganancia de peso es del 91.8%. [Gráfico 15]

**Gráfico 15. Porcentaje de niños y niñas con Bajo peso al nacer en Bogotá 2008-2010[22] [con corte a diciembre 31 de 2011]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 14.440 | 13.186 | 13.046 | 12.884 |
| Porcentaje Bajo Peso | 12,4 | 11,9 | 12,2 | 13,2 |

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 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

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.

No se logró el cumplimiento de este indicador debido a que para reducir el porcentaje de bajo peso al nacer es indispensable fortalecer acciones integrales e interinstitucionales que contribuyan a: Disminuir las enfermedades propias de la gestación (ruptura prematura de membranas, pre-eclampsia, infección urinaria, vaginosis, entre otras). Así como acciones para promover la asistencia al control prenatal, al curso de preparación de maternidad y paternidad, la atención de riesgos psicosociales (embarazos no planeados, madres soltera y madre adolescente). Lo anterior evidencia que este indicador no depende únicamente de acciones de tipo alimentario y nutricional sino de intervenciones colectivas.

[22] IDEM.

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

- ✓ Notificación de los casos de bajo peso al nacer por parte del 100% (75 UPGD) Unidades primarias generadoras de dato públicas y privadas. Se desarrollaron 2.238 investigaciones epidemiológicas de campo (corte a noviembre acumulado año), a los recién nacidos a término con bajo peso y socialización de resultados de la vigilancia de este evento y monitoreo del indicador por localidad de residencia y aseguradora para el seguimiento individual de acuerdo a la normatividad vigente.
- ✓ Inducción y entrega de guía de campo a cada gestor nuevo en SASC-Salud a su Casa.
- ✓ Motivación e interés de las familias por la visita domiciliaria del programa SASC; reconociendo su valor para mejorar las condicionas nutricionales y de calidad de vida de cada miembro de la familia.
- ✓ Construcción de estrategias para garantizar la demanda inducida (canalización a los servicios) de mujeres gestantes desde el primer trimestre del embarazo a través de los ámbitos escolar, comunitario y familiar.
- ✓ Implementación y desarrollo de acciones de información, educación y comunicación en prácticas saludables en la alimentación de la familia gestante.
- ✓ Fortalecimiento de las acciones de identificación, información y educación a las mujeres gestantes y sus familias de los microterritorios caracterizados en el programa SASC.
- ✓ Implementación de las Estrategias AIEPI, IAMI, IAFI, con el propósito de avanzar en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud materna e infantil.
- ✓ Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en población materna e infantil a través de la suplementación con vitamina A [cubrimiento anual promedio de 77.538 menores de 5 años], suplementación a gestantes y mujeres en periodo de lactancia con hierro, calcio y fólico [150.720 anualmente]. Complementario a esta estrategia se desarrollan acciones de vigilancia y control de la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B y de la sal con yodo y flúor en los establecimientos que comercializan y distribuyen este tipo de alimentos.

## 1.3 Mortalidad por Rangos etáreos

### Tasa de Mortalidad Infantil en niños y niñas menores de un año

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.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

Los análisis del comportamiento de esta mortalidad, evidencian que aspectos relacionados con el acceso de la comunidad a agua potable, saneamiento básico, las condiciones de nutrición del binomio madre-hijo, las prácticas de alimentación, el nivel educativo de las madres, el acceso a los servicios sociales incluyendo los servicios de salud y vacunación, la calidad del control prenatal en la detección del riesgo obstétrico, calidad en la atención del parto y el periodo neonatal y la

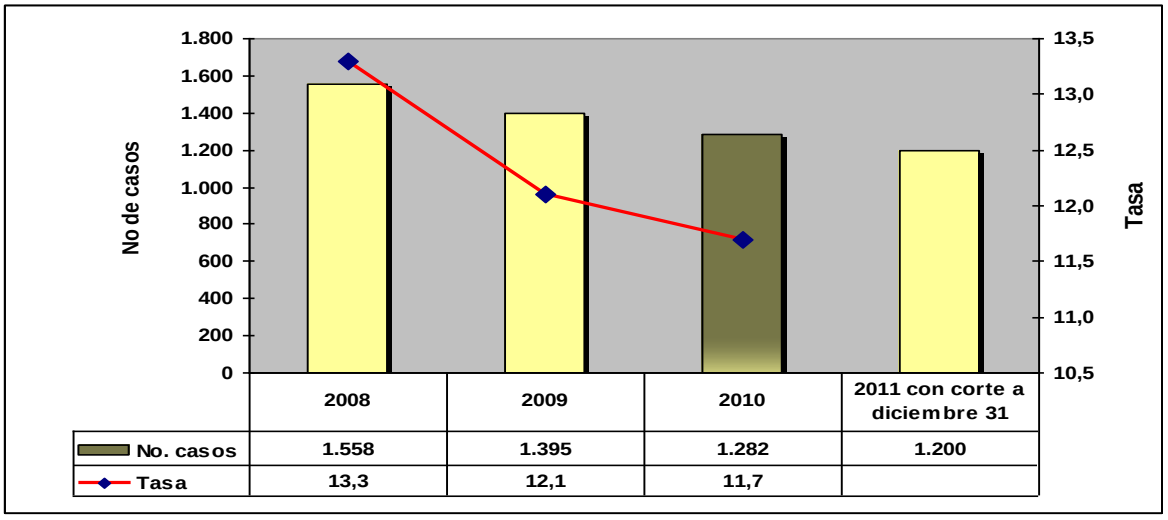
detección temprana de alarmas para enfermedades transmisibles como enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda contribuyen a la ocurrencia de estos eventos.

De acuerdo con estos factores, la SDS ha venido abordando las disparidades territoriales y poblacionales de las condiciones de vida de los niños, niñas y sus familias a través de la interacción directa con las familias en su lugar de residencia en donde de manera personalizada un equipo multidisciplinario identifica factores de riesgo específicos [saneamiento básico, acceso de agua potable, hábitos saludables, habilidades para el manejo de riesgo e identificación de alertas], en segundo lugar en consenso con las familias se elaboran propuestas para solucionar los problemas identificados, a través de la información y canalización para que estas familias hagan uso y exigibilidad de su derecho a salud, alimentación, hábitat y educación de manera oportuna.

Con el propósito de garantizar el derecho a la salud, la SDS ha incorporado a las EAPB en las orientaciones y políticas que desde el sector se han diseñado para brindar a la población servicios de salud, en el marco del derecho, reduciendo barreras de acceso, mejorando la oportunidad, brindando capacitación al personal de salud sobre los cuidados a los menores de un año, el acceso a la vacunación con nuevos biológicos que han sido un factor determinante para la garantía al derecho a la salud de todos los niños y niñas del Distrito Capital.

La tasa de mortalidad infantil en menores de un año, ha venido disminuyendo a nivel Distrital al pasar de 1.558 casos x 1.000 n.v en el año 2008 a 1.200 casos x 1.000 n.v en el 2011. La frecuencia más alta se presenta en el periodo neonatal temprano [0 a 7 días de nacido] que ha osciló entre 2008 y 2010 entre 46,3% y 42,3%, este periodo esta asociado a causas perinatales[23].

**Gráfico 17. Tasa de mortalidad Infantil 2008-2010 [casos a diciembre de 2011]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre 31 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 1.558 | 1.395 | 1.282 | 1.200 |
| Tasa | 13,3 | 12,1 | 11,7 | |

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

[23] Ver análisis del indicador mortalidad perinatal

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

- ✓ Avance en las gestiones internas de las ESE para la implementación del modelo de atención integrada en calidad y calidez para la población materna e infantil, capacitando a las 14 ESE, en la plataforma para el proceso de autoevaluación y así comprobar el desarrollo del plan de mejoramiento.
- ✓ Desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, y desde el ámbito comunitario y escolar intervenciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes, niños y niñas menores de 5 años. Así como la promoción de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el fortalecimiento de las estrategias de información y educación masiva.
- ✓ Para 2011 en el ámbito escolar continúa con la verificación de la implementación de las prácticas claves de cuidado desde la estrategia AIEPI, con 8.670 niños y niñas que cuentan con el carné de vacunas al día. Se han canalizado 214 niños y niñas identificados con problemas de enfermedades prevalentes de la infancia [Enfermedad diarreica Aguda, Enfermedad respiratoria Aguda, problemas de oído y garganta] y se han capacitado a la fecha 977 docentes y directivos de los jardines. De igual forma en el ámbito institucional se han verificado 287 consultorios que cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil, llegando a un porcentaje del 97% de cumplimiento de la norma. Igualmente se encuentra que 183 médicos, 100 enfermeras y 173 auxiliares de enfermería han venido siendo formados y aplican las estrategias.

**Programas y estrategias viene desarrollando**

- ✓ Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI]: En el Distrito, este programa es una de las prioridades de salud pública, dado su carácter universal, equitativo, costo-efectivo, y su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles por vacunación, a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y mortalidad de la población objeto. Las enfermedades objeto del programa son: Tuberculosis, Poliomielitis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Infecciones por Haemophilus Influenza tipo b, Sarampión, Paperas, Rubéola, Gastroenteritis por Rotavirus, Influenza y Enfermedades respiratorias por neumococo y la sostenibilidad de la introducción de otros biológicos como Hepatitis A y Neumo 23. A través de la inclusión de estos biológicos en el esquema permanente de vacunación, en la actualidad se previenen las 16 enfermedades objeto del PAI.
- ✓ Estrategias dirigidas al fortalecimiento institucional: las cuales aportan a la calidad de la atención, la humanización de los servicios, la cualificación del talento humano y de los procesos administrativos y gerenciales de cada una de ellas, convirtiéndolas en instituciones amigas de la familia, de la mujer y de los niños y niñas. Estas estrategias son: Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia [IAMI], Instituciones Amigas de la familia gestantes y la Infancia [IAFI] y Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI].

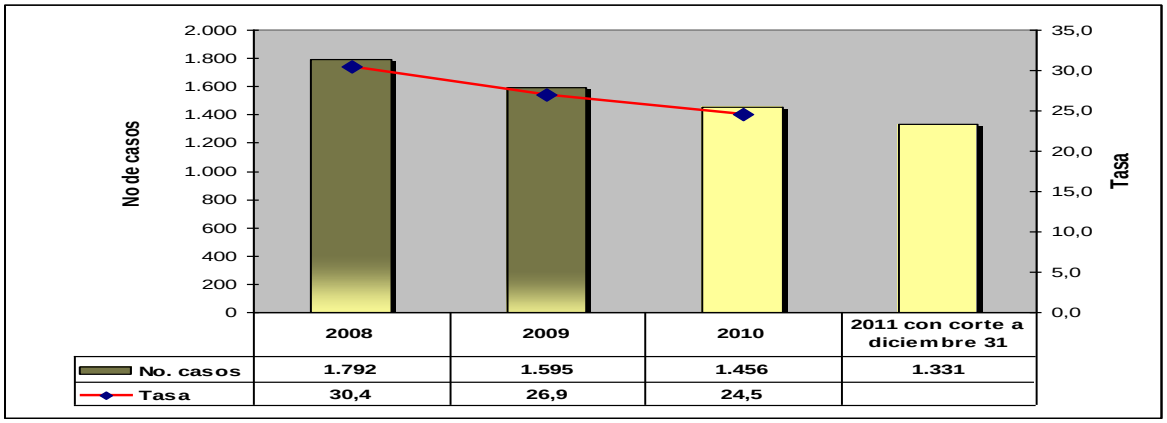
- ✓ Estas estrategias son implementadas a través del plan de intervenciones colectivas [PIC] en las 22 ESE del Distrito Capital en 5 ámbitos de vida cotidiana, trabajando alrededor de las siguientes temáticas: ERA, EDA, Fiebre, problemas de oído y garganta, DNT y fortalecimiento de las prácticas protectoras de la lactancia. También se trabaja en la suplementación, buen trato, prevención de accidentes, salud oral y estimulación adecuada y las 18 prácticas claves de AIEPI. En el ámbito Comunitario se adelantan actividades en formación de agentes comunitarios en AIEPI a FAMIS-HOBIS y equipo de salud a su casa, con actores sociales de la comunidad para el posicionamiento desde su quehacer de las 18 prácticas. Se ha buscado mantener las habilidades adquiridas por la comunidad a través de los diferentes cursos de formación; actividades educativas con la red social materno infantil y promoción en la práctica de la lactancia materna.
- ✓ En el ámbito de jardines infantiles el avance de las estrategias IAMI-AIEPI se ha encaminado en la gestión institucional con la articulación en el cumplimiento de los estándares de calidad requeridos por estos para su funcionamiento, reporte de enfermedades, formación de jardineras en AIEPI, posicionamiento de 18 prácticas claves y actividades como foros en alimentación sana. En el ámbito institucional se adelanta la formación en agentes comunitarios en AIEPI a la parte administrativa, implementación en las prácticas claves.

## Tasa de mortalidad en menores de 5 años [por 10.000 < de 5 años]

La mortalidad en menores de cinco años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas hasta los cinco años de edad cumplidos y expresa el riesgo de morir en menores de 5 años por cada 10.000 niños y niñas de este grupo de edad. La mortalidad en menores de 5 años se da principalmente en el período infantil es decir menores de 1 año, por lo tanto una disminución en la mortalidad infantil favorece la disminución de la tasa de mortalidad en menores de cinco años. [Gráfico 18]

Este indicador ha venido disminuyendo a nivel Distrital al pasar de una tasa de 30,4 x 10.000 < de 5 años, en el año 2008 a una de 24.5 x 10.000 < de 5 años en el 2010 y ha pasado de 1.792 casos a 1.331 respectivamente.

**Grafico 18. Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 10.000 menores de 5 años 2008-2010 [casos a diciembre de 2011]**




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 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

El comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ve afectado por la dificultad de disminuir la tasa de mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. Sin embargo, La principal causa de mortalidad en < 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 sincitial 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, las prácticas de alimentación, el nivel educativo de las madres, el 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.

De acuerdo con estos factores, la SDS ha venido abordando las disparidades territoriales y poblacionales de las condiciones de vida de los niños, niñas y sus familias a través de la interacción directa con las familias en su lugar de residencia en donde de manera personalizada un equipo multidisciplinario identifica factores de riesgo específicos [saneamiento básico, acceso de agua potable, hábitos saludables, habilidades para el manejo de riesgo e identificación de alertas], en segundo lugar en consenso con las familias se elaboran propuestas para solucionar los problemas identificados, a través de la información y canalización para que estas familias hagan uso y exigibilidad de su derecho a salud, alimentación, hábitat y educación de manera oportuna. Adicionalmente, se realizan intervenciones a través del ámbito escolar en los Jardines Infantiles de la SDIS y hogares infantiles y comunitarios del ICBF, con las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, suplementación con sulfato ferroso y vitamina A, fortalecimiento de habilidades en el cuidado de los niños y niñas con padres, madres, cuidadores y comunidad educativa a través de la implementación de la estrategia AIEPI, IAMI y IAFI.

Así mismo, con el propósito de garantizar el derecho a la salud y disminuir las barreras de acceso por la falta de recursos de las familias de los menores que se encuentra en la primera infancia, la SDS implementa a partir de octubre de 2009 el programa de gratuidad en salud, que garantiza este derecho a los niños y a las niñas, a través del cubrimiento total de las cuotas moderadoras o copagos. De igual manera, esta población se ha beneficiado con el acceso a nuevos biológicos adicionales a los del esquema nacional de vacunación, factor que ha contribuido a la disminución de la morbilidad y mortalidad en este grupo de edad.

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

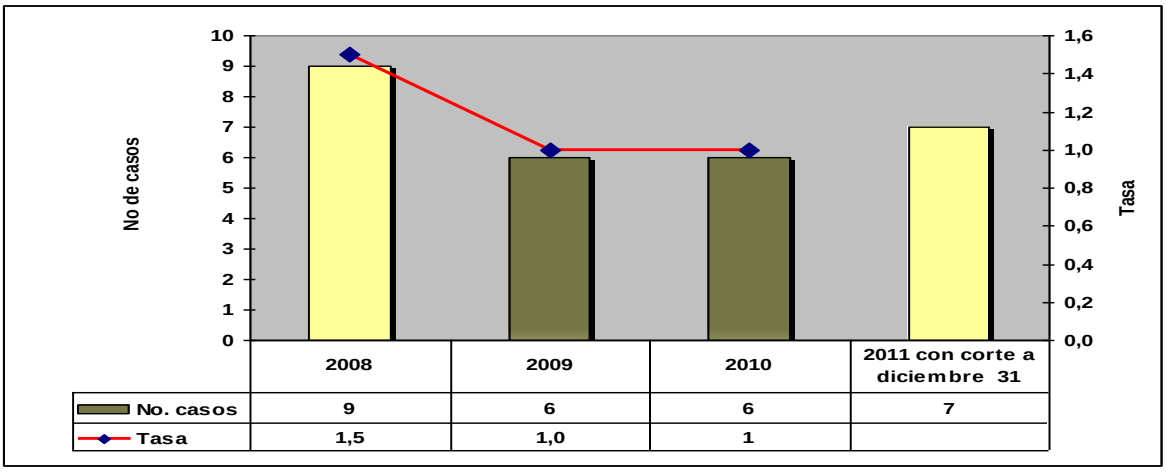
- ✓ Desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, y desde el ámbito comunitario y escolar intervenciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes, niños y niñas menores de 5 años. Así como la promoción de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el fortalecimiento de las estrategias de información y educación masiva.
- ✓ Se han capacitado: 2.186 agentes comunitarios, se abordaron 1.174 HOBIS y 618 FAMIS. Por medio de este proceso de formación, se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas, llegando a: 3.538 madres gestantes, 5.861 madres lactantes, 38.120 niños y niñas menores de cinco años.

## 1.7. Causas de mortalidad por Rangos Etáreos

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda [EDA] en niños y niñas menores de 5 años.

Esta tasa incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas < de cinco años de edad cumplidos y expresa el riesgo de morir de morir de niños y niñas < de 5 años por cada 10.000 niños y niñas de este grupo de edad. La mortalidad en menores de 5 años se da principalmente en el período infantil es decir menores de 1 año, por lo tanto una disminución en la mortalidad infantil favorece la disminución de la tasa de mortalidad en menores de cinco años. [Gráfico 19]

**Grafico 19 Tasa de Mortalidad por EDA [x 100.000 mil menores] Bogotá D.C. 2005–2010 [casos a diciembre de 2011]**




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 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

La tasa de mortalidad por EDA ha venido mostrando un descenso, entre los años 2008 a 2011 al pasar de 9 casos a 7 casos, lo que equivale a una disminución en la tasa al pasar de 1,5 a 1,0 en 2011 X 100.000 menores de 5 años; esta reducción ha sido más marcada en los menores de un año.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

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

Por último se observó dificultades en la atención integral de la patología, donde no se indago por antecedentes y consultas previas relacionadas que implicaran un aumento de riesgo para la complicación por la EDA, igualmente se observó demora en toma de decisión para la remisión y presencia de infecciones intrahospitalarias[24].

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

- ✓ Para la reducción de la mortalidad por EDA, los esfuerzos se han encaminado hacia el fortalecimiento de un proceso progresivo de trabajo en la implementación de las Estrategias Acciones Integrales para la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI), Instituciones Amigas de la Familia y de la Infancia (IAFI) en los diferentes ámbitos de vida cotidiana como son el familiar, escolar, IPS y comunitario. Así mismo, continuar o reforzar el trabajo con las aseguradoras contributivas, subsidiadas y las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] de la red adscrita y no adscrita quienes han venido incorporando varias estrategias diseñadas e implementadas para lograr la reducción de la mortalidad infantil en general.
- ✓ Se continuó con la vacunación contra Rotavirus, beneficiando a niños y niñas menores de seis meses, de igual forma, se encuentra en constante fortalecimiento la vigilancia epidemiológica tipo centinela de EDA.
- ✓ La Secretaría de Salud mantiene vigilancia frente a la calidad de agua de consumo humano en Instituciones públicas en general, así como garantiza la intervención en brotes por EDA, casos probables de cólera, fiebre tifoidea y paratifoidea en instituciones educativas, albergues, hogares y jardines infantiles como en vivienda según la necesidad de la comunidad.

[24] Fuente: Actas de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda

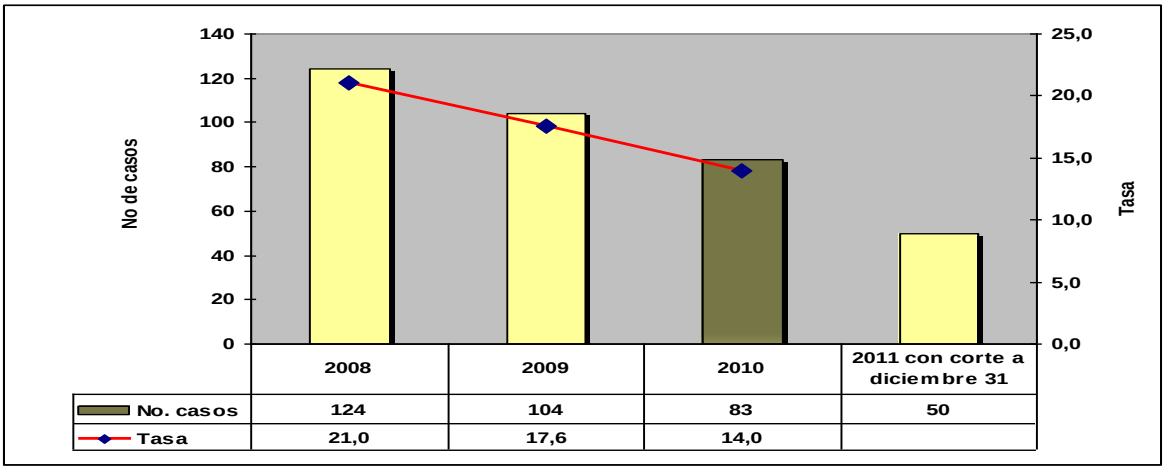
- ✓ Se brinda asesoría en el manejo y preparación de alimentos como en medidas preventivas para evitar la propagación de casos. Por último, los esfuerzos se han encaminado hacia el fortalecimiento de un proceso integral con las diferentes estrategias como son: Acciones Integrales para la Prevención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI) e Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia [IAMI]25,ámbitos de vida cotidiana, aseguradoras contributivas, subsidiadas y las instituciones prestadoras de servicios de salud [IPS] de la red adscrita y no adscrita. De acuerdo con lo anterior las acciones de capacitación e inducción al equipo interdisciplinario de las ESE son iguales para el manejo de este indicador ya que se enmarcan dentro de las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI.
- ✓ Teniendo en cuenta la alerta nacional por la presencia de casos de cólera en Haití, se intensifica la vigilancia por EDA y vigilancia de factores de riesgo ambiental [ETAS], con el fin de minimizar la presencia de casos o la transmisión.
- ✓ Implementación de la estrategia de atención de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI que incluye un componente critico de gestión y comunitario, así mismo, el AIEPI incluye 18 prácticas clave en salud, las cuales se han ido difundiendo en las 20 localidades y la EAPBS. Entre estas prácticas claves están; el lavado de manos, la adecuada manipulación de alimentos y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- ✓ Fortalecimiento de la Estrategia AIEPI a través del curso clínico (virtual) y comunitario en las ESE y en la red de prestadores de las EAPB.
- ✓ La Secretaría de Salud mantiene vigilancia 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.

## Tasa de Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA] en niños y niñas menores de 5 años.

La tasa de mortalidad por neumonía expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. La neumonía es quizás el evento más grave de las llamadas infecciones respiratoria agudas [IRA] por lo cual internacionalmente se toma como indicador trazador. Esta tasa ha tenido en general una tendencia a la disminución al pasar de 19.6 por 100.000 menores de 5 años en el año 2008 a 14.4 por 100.000 menores de 5 años en el año 2009.

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

**Gráfico 20. Tasa de Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Bogotá D.C. 2008–2010 [casos a diciembre de 2011]**




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 2011: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares

En Bogotá se observa un importante descenso en la tasa de mortalidad por neumonía entre los años 2008 y 2010 al pasar de una tasa de 21,0 a una tasa de 14,0; estas muertes corresponden aproximadamente al 90% de las muertes por Infección Respiratoria Aguda, que al compararse con la tasa de mortalidad por IRA a nivel nacional, refleja las mejores condiciones del Distrito Capital.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

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

El segundo proceso se refiere al acceso y utilización de los servicios de salud. Durante el año 2008 se atendieron 35.000 niños y niñas menores de 5 años en las Salas ERA y en de 2009 se atendieron en promedio 37.000 niños lo cual evito complicaciones y hospitalizaciones innecesarias en los niños. El porcentaje de resolutividad de las Salas ERA esta en promedio del 82% es decir de cada 100 casos de niños con bronquiolitis 82 continúan con tratamiento en la casa. El número de Salas ERA ha oscilado entre 90 y 110 de acuerdo con la contingencia de picos epidémicos, el comportamiento para el año 2010 se mantiene el promedio de salas ERA las cuales respondieron las acciones de vigilancia realizadas, las cuales contribuyeron a dar respuesta oportuna en los picos invernales que se han presentado.

En el año 2011, en los puntos de atención con modalidad de salas ERA son 102 IPS en las cuales se identifica, que cerca del 36,8 % de las consultas atendidas en urgencias, en menores de 5 años,

fueron debidas a enfermedad respiratoria, [69.349 consultas relacionadas con enfermedad respiratoria, de las cuales 25.499 fueron atendidas en Salas Era, lo que representa el 40% de resolutivida]; es de resaltar que se han obtenido la respuestas institucionales y acciones afirmativas que mejoren la calidad de vida de los niños y niñas en su primera infancia en la ciudad, tendientes a la disminución de la mortalidad infantil por ERA especialmente en la población de la primera infancia en la ciudad.

El tercer proceso es de calidad de los servicios de Salud en la estrategia, en el año 2011 se capacitaron a 4.440 personas de la comunidad, usuarias y usuarios de los servicios de salud, se fortaleció la capacitación al personal de salud de las instituciones en Estrategia AIEPI, formando en aplicación de estrategias a Médicos: 205; Enfermeras: 152; Técnicos de enfermería y Salud Oral: 193. De igual forma, se mantuvieron 383 consultorios adaptados para la atención infantil los cuales cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil en las guías y protocolos de manejo clínico.

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

- ✓ Toma de laboratorios virales en instituciones centinela de la SDS de Bogotá y en las diferentes instituciones de salud que cuentan con la infraestructura y talento humano requerido.
- ✓ Consolidación de la vigilancia centinela de virus respiratorios en el Distrito Capital.
- ✓ Definición y estructuración del proyecto de uso racional y adecuado de oxígeno domiciliario, ya en fase de implementación.
- ✓ Definición y estructuración del plan de preparación para una pandemia de Influenza por virus nuevo, ya en fase de implementación
- ✓ Definición y estructuración de la propuesta para atención al menor de un año con enfoque de riesgo, ya en fase de prueba piloto que será seguida de su inmediata implementación.
- ✓ En las 20 localidades y con las aseguradoras EPS se ha avanzado en el desarrollo de la estrategia AIEPI [Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia] en sus componentes clínico, comunitario [enfatizando en la identificación de alarmas tempranas para acudir de manera oportuna a los servicios de salud y minimizar el riesgo de morir] y de gestión.
- ✓ Las acciones desde el ámbito comunitario y Escolar es la formación de madres FAMI , HOBIS y docentes de jardines infantiles como agentes comunitarios en salud infantil con conocimientos y habilidades para la promoción de factores y conductas protectoras, de modalidad ICBF y SDIS y Jardines privados en habilidades para la prevención y manejo de enfermedades prevalentes en la infancia haciendo énfasis en la identificación oportuna de signos de alarma, promoción de la consulta oportuna y fortalecimientos de prácticas protectoras como la lactancia materna, vacunación, suplementación con micronutrientes y promoción del crecimiento y desarrollo saludables y el afecto.

Estas acciones han logrado disminuir las reconsultas de los niños y niñas a los servicios de urgencias, así como los días de estancia hospitalaria en caso de requerir manejo intramural, lo que ha aumentado un manejo ambulatorio disminuyendo el riesgo de adquirir infecciones

intrahospitaliarias y costos para la institución y familia. Igualmente la educación a la comunidad ha permitido empoderamiento en el uso adecuado de los servicios de salud.

**Programas y estrategias viene desarrollando**

- ✓ Se han mantenido funcionando 110 salas ERA institucionales y funcionales en Bogotá, como una estrategia que permitió atender a una población promedio al año de 40.000 niños y niñas menores de 5 años con bronquiolitis evitando que se presentara neumonía.
- ✓ Implementación en el Distrito Capital de las estrategias AIEPI, IAMI IAFI avaladas por la OPS y la OMS como medios efectivos para disminuir la presentación de este evento.
- ✓ La SDS cuenta con la Central Única de Referencia y Contra Referencia CURYC / Línea 195 prioriza los casos recepcionados en grupos poblacionales vulnerables y de mayor riesgo clínico en su evolución [menores de cinco años y adultos mayores], población clasificada especial [desplazados, reinsertados, indígenas, población ROM] y población pobre y vulnerable no afiliada a ningún régimen de protección en salud.
- ✓ Coordinación y cooperación intersectorial con Secretaría Integración Social: Resolución 325 de 2009 que reglamenta el funcionamiento de jardines infantiles públicos y privados, y con ICBF al la luz del Convenio
- ✓ Fortalecimiento del grupo Dinamizador de la Iniciativa Conjunta por la Salud Pública con 32 unidades académicas, y desarrollo de dos investigaciones, cuatro encuentros, firma de la declaratoria por la salud materna e infantil y organización de tres mesas temáticas: Docencia, investigación y extensión o proyección social.

## 2 Intolerable: Todos Saludables

*Es intolerable que niñas, niños y adolescentes se enfermen por causas identificables y prevenibles, no reciban atención oportuna, ni se priorice su atención en las instituciones de salud.*

### 2.1 Proyectos de Inversión

Así mismo se desarrollan acciones encaminadas al aseguramiento en salud de población gestante, infante y adolescente, en 2011 se llevaron a cabo acciones de identificación y selección de beneficiarios de subsidios del Estado clasificados con niveles SISBEN 1 y 2; revisión de la base de datos de sisbenizados; recepción y procesamiento de novedades de identificación remitidas por la Secretaría Distrital de Planeación; procesos de libre elección y de asignación directa de subsidios en salud para toda la población de la ciudad, incluída la población menor de 18 años en jornadas de afiliación convocadas en diferentes localidades; la afiliación mediante diferentes jornadas en las cuales los potenciales beneficiarios de subsidios en salud se afiliaron al Sistema general de Seguridad Social en Salud [SGSSS] eligiendo empresas promotoras de salud del Régimen Subsidiado [EPS-S], lo cual permitió la continuidad y ampliación de cobertura, por procesos de libre elección, con la consecuente adición de los contratos suscritos, la actualización de la base de datos de afiliación y la actualización de base de datos mediante huella digital.

De igual forma se adelantaron los procesos contractuales y de interventoría encaminados a garantizar la prestación de servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud y se continuaron adelantando acciones para permitir la realización de procesos de

aseguramiento en diferentes puntos de la ciudad, tanto de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado [EPS-S], como de las Empresas Sociales del Estado [ESE] y la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto de la meta del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, "A junio de 2012 afiliar a 892.415 nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado", en 2011 se logró el aseguramiento en el régimen subsidiado de salud de 28.984 nuevos niños niñas y adolescentes, de los cuales 20.484 son niños y niñas de 0-5 años; 5.482 son niños y niñas de 6-13 años y 3.018 adolescentes de 14 a17 años, para un total de afiliación. Se precisa que de estos niños, niñas y adolescentes 1.451 se encuentran en situación de desplazamiento. [Últimas cifras preliminares disponibles en el sistema de información de la entidad con corte a 31 de diciembre de 2011]

En relación con la meta de "Garantizar la continuidad de 1.708.670 afiliados al Régimen Subsidiado", en 2011 se garantizó la continuidad en la afiliación a 424.194 distribuido por población así: 95.564 niños y niñas de 0-5 años, 203.578 niños y niñas de 6-13 años y 124.052 adolescentes de 14 a 17 años para un total de niños niñas y adolescentes. La disminución respecto a la vigencia anterior se debe a depuraciones en la base de datos del régimen subsidiado y a la aplicación por parte del Ministerio de la Protección Social del Acuerdo 408 del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud [CNSSS] y la Resolución 3673 del Ministerio de la Protección Social. [Últimas cifras preliminares disponibles en el sistema de información de la entidad con corte a 31 de diciembre de 2011]

## Atención a la Población Vinculada

El objetivo de este proyecto es avanzar en la garantía del derecho a la salud en Bogotá, de la población que no se encuentra afiliada al SGSSS desde un modo promocional de la calidad de vida y la salud. A continuación se describen el tipo de atenciones a población infante, adolescente y adolescente gestante pobre no asegurada (vinculados) al sistema de salud[26] y atenciones clasificadas como No Pos-s.

A continuación se describen el tipo de atenciones a población infante, adolescente y adolescente gestante pobre no asegurada (vinculados) al sistema de salud[27] y atenciones clasificadas como No

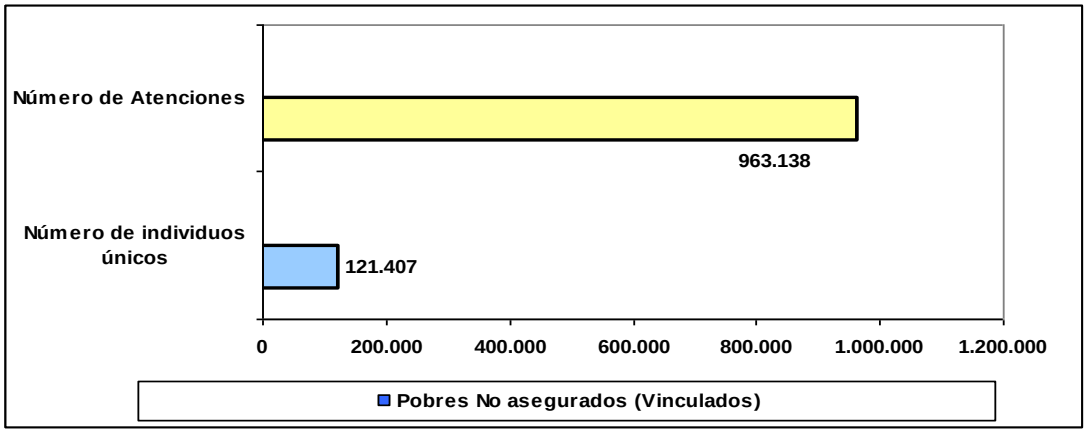
[26] La información sobre atenciones brindadas a población pobre no asegurada (vinculada) corresponde a los datos reportados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y procesados por la Secretaria Distrital de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000. Las cifras 2009, presentadas son de carácter preliminar con fecha a corte 30 de Noviembre de 2009.
* Para efectos de este capitulo y entendiendo los criterios de información de la Resolución 3374 de 2000, se denomina "individuo único", a la persona que durante el periodo, ingresó a los servicios de salud, por lo menos una única vez; sin tener en cuenta la causa que generó la atención, el tipo de atención recibida, el prestador que le atendió, o número de atenciones repetidas, reingresos o demás. Importante porque por lo general, la misma persona (usuario) pasa por más de un servicio durante una atención y para efectos de conteo, puede repetirse el mismo usuario

[27] La información sobre atenciones brindadas a población pobre no asegurada (vinculada) corresponde a los datos reportados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y procesados por la Secretaria Distrital de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3374 de 2000. Las cifras 2010, presentadas son de carácter preliminar con fecha a corte 31 de Diciembre de 2010. A la fecha de corte se cuenta con el 45% de la información.
* Para efectos de este capitulo y entendiendo los criterios de información de la Resolución 3374 de 2000, se denomina "individuo único", a la persona que durante el periodo, ingresó a los servicios de salud, por lo menos una única vez; sin tener en cuenta la causa que generó la atención, el tipo de atención recibida, el prestador que le atendió, o número de atenciones repetidas, reingresos o demás. Importante porque por lo general, la misma persona (usuario) pasa por más de un servicio durante una atención y para efectos de conteo, puede repetirse el mismo usuario

Pos-s.

Durante la vigencia 2011, tanto las veintidós [22] Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, como los prestadores de servicios de salud privados, reportaron un total de 963138 actividades, procedimientos e intervenciones brindadas a un total de 121.407 individuos únicos* pobres no asegurados [vinculados] menores de 18 años. [Gráfico 21]

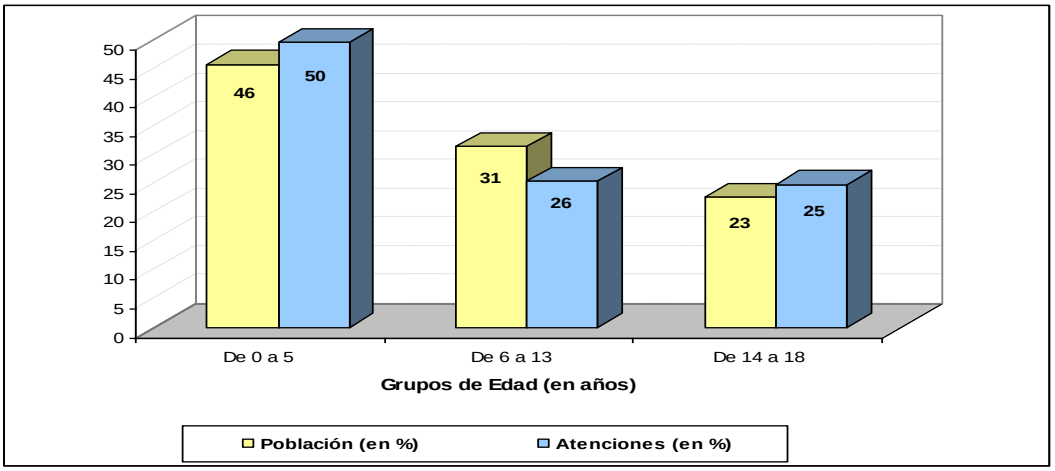
**Grafico 21. Individuos únicos y número total de atenciones.**
**Población pobre no asegurada [Año 2011]**




Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a noviembre 30 de 2011. SDS

En lo que a población infante, adolescente y adolescente gestante pobre no asegurada y las atenciones brindadas a esta se refiere , se observa que sobre la población reportada [121407 individuos únicos*, donde el 46% son niños y niñas entre los 0 y 5 años; el 31 %, corresponde a niños y niñas entre 6 y 13 años y el restante 23% a población entre 14 y 18 años] y el número de atenciones brindadas [963.138] el 50% de las atenciones, corresponde al grupo de edad comprendido entre los 0 y los 5 años, el 26% de las atenciones se sitúa en el grupo de entre 6 y 13 años de edad y el restante 25% de las atenciones al grupo entre 14 y 18 años. [Grafico 22].

**Grafico 22. Distribución porcentual de población y atenciones por Grupo de Edad**
**Población pobre no asegurada. [Año 2011]**




Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a Noviembre 30 2011.
Secretaria distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas.

Del total de atenciones prestadas [963.138] a la población pobre no asegurada (vinculados), durante el año 2011, observamos que el mayor número de atenciones tanto por consulta, por urgencias, por hospitalización y por número de procedimientos realizados se encuentra en el grupo de 0 a 5 años, con cerca del 50% del total de las atenciones. [Cuadro 7].

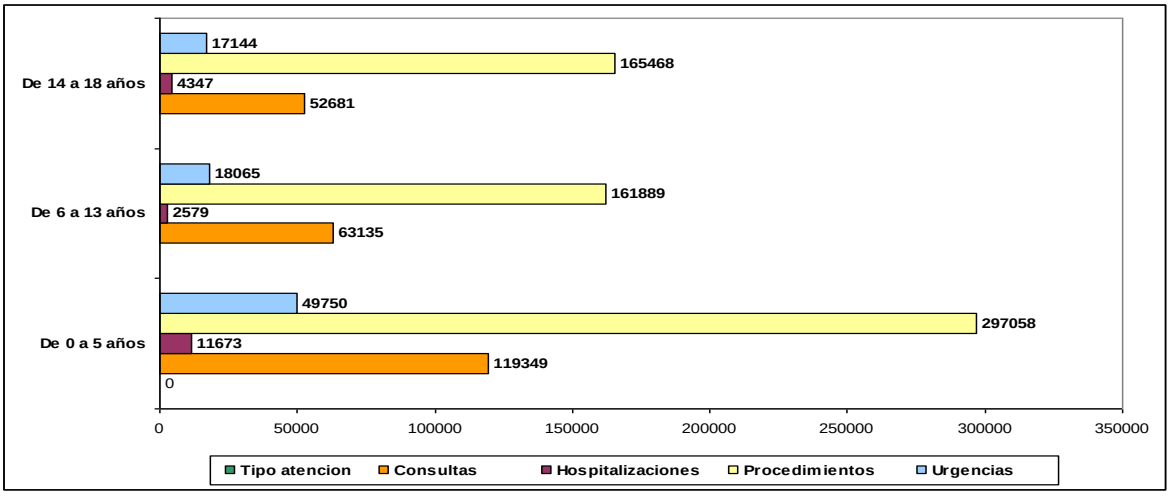
**Cuadro 7. Total de Atenciones en salud brindada a población pobre no asegurada. Infancia, adolescencia y gestante adolescente [2011]**

| Grupo de edad | De 0 a 5 años | De 6 a 13 años | De 14 a 18 años | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| Tipo Atención | No. de Atenciones | | | |
| Consultas | 119349 | 63135 | 52681 | 235.165 |
| Hospitalizaciones | 11673 | 2579 | 4347 | 18.599 |
| Procedimientos | 297058 | 161889 | 165468 | 624.415 |
| Urgencias | 49750 | 18065 | 17144 | 84.959 |
| Total general | 477830 | 245668 | 239640 | 963.138 |

Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a noviembre 30 2011.
Secretaria distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas.

Las atenciones en consulta, incluyen las consultas por medicina general, la consulta medica por urgencias y las consultas por medicina especializada, entre otras. Los picos epidemiológicos de asociados a la ola invernal del año 2011 se reflejan en el grupo de edad de 0 a 5 años que recibió cerca del 50% del total de atenciones por este tipo. Igual ocurre con los procedimientos, que para este grupo en particular, ocupa más del 70% del total de las atenciones [Grafico 23].

**Grafico 23. Distribución de atenciones por tipo de procedimiento y por grupo de edad Población pobre no asegurada [Año 2011]**




Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a Noviembre 30 2011.
Secretaria distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas.

En el caso de los procedimientos, cabe aclarar que el número de atenciones reportadas por las IPS para el año 2011 [14] [624.415] incluyen todas y cada una de las actividades en salud [distintas a la consulta] que se brindan a los usuarios y que incluyen no solo procedimientos de diagnostico, sino los terapéuticos quirúrgicos o no quirúrgicos así como todos los vinculados a detección temprana y protección específica de acuerdo al anexo técnico 1 del acuerdo 008 de 2009.

En cuanto al tema de gestantes adolescentes para el año 2011, [Cuadro 8] fue reportado un total de de 247.305 atenciones a mujeres con condición de salud asociada a estado de embarazo o a problemas relacionados con el mismo. Para este grupo en particular los registros reportaron 1.556 nacimientos en el 2011, de los cuales 61 de ellos registran edad de la madre dentro del grupo de 10 a 14 años y los restantes 1.495 para el grupo de 15 a 18 años.

**Cuadro 8. Total de Atenciones en salud brindada a población pobre no asegurada. Grupo Mujer gestante adolescente. [Año 2010]**

| Tipo Atención | De 10 a 14 años | De 15 a 18 años | Total |
|---|---|---|---|
| | Atenciones | Atenciones | |
| Consultas | 15649 | 39519 | 55168 |
| Hospitalizaciones | 703 | 3168 | 3871 |
| Procedimientos | 43712 | 126683 | 170395 |
| Reciennacido | 61 | 1495 | 1556 |
| Urgencias | 4200 | 11845 | 16045 |
| **Total general** | **64325** | **182710** | **247035** |

Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a Noviembre 30 2011.
Secretaria distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas.

En cuanto a la morbilidad general atendida, tenemos en cuenta los datos diagnósticos consolidados reportados por los prestadores a través de las distintas atenciones prestadas por los servicios de consulta, hospitalización y urgencias, donde observamos en el [Cuadro 9] que dentro

de los veinte [20] primeros códigos diagnósticos por frecuencia acumulada encontramos en los primeros lugares los asociados a la epilepsia y la migraña.

Por otra parte, encontramos la hipertensión primaria, que para el grupo poblacional en particular, representa un riesgo potencial, ya que esta enfermedad, que de no ser controlada a tiempo, se convierte en un desencadenante de múltiples complicaciones en la etapa adulta y en la adultez mayor.

Como cuadros diagnósticos comunes a este grupo de edad, también encontramos enfermedades de las vías respiratorias superiores como la bronquiolitis

Dentro de los veinte [20] primeros diagnósticos encontramos también la enfermedad por virus del VIH, y al realizar un análisis mas detallado de los datos encontramos que la frecuencia diagnostica se concentra en la población entre 15 a 18 años, situación que requiere una revisión mas profunda de los casos y de los registros.

**Cuadro 9. Morbilidad General en población infante, adolescente y adolescente gestante. Diez primero s diagnósticos por frecuencia acumulada. [Año 2011]**

| Código CIE-10 y Descripción del Diagnóstico | | No. Atenciones | | Total atenciones |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino | Masculino | |
| G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | 403 | 413 | 816 |
| G439 | MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA | 385 | 294 | 679 |
| G430 | MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN] | 279 | 118 | 397 |
| I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 150 | 68 | 218 |
| G448 | OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS | 107 | 81 | 188 |
| B24X | ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION | 74 | 98 | 172 |
| G442 | CEFALEA DEBIDA A TENSION | 109 | 40 | 149 |
| G402 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS | 68 | 70 | 138 |
| J219 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 50 | 79 | 129 |
| G408 | OTRAS EPILEPSIAS | 79 | 46 | 125 |
| R568 | OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS | 68 | 55 | 123 |
| G400 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) Y CON ATAQUES DE INICIO LOCALIZADO | 58 | 64 | 122 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 75 | 38 | 113 |
| G800 | PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA | 46 | 66 | 112 |
| R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 66 | 43 | 109 |
| R51X | CEFALEA | 56 | 43 | 99 |
| Z003 | EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE | 76 | 20 | 96 |
| G403 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS | 43 | 48 | 91 |
| G510 | PARALISIS DE BELL | 49 | 37 | 86 |
| B200 | ENFERMEDAD POR EL VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS | 30 | 43 | 73 |

Fuente de los datos: BD RIPS Cifras Preliminares con corte a Noviembre 30 2011.
Secretaria distrital de Salud, Dirección de Planeación y Sistemas.

## Gratuidad en Salud

"Gratuidad" es la prestación de servicios de salud (no cobro al usuario de cuotas de recuperación, ni copagos) a la población pobre y vulnerable de los servicios POS, eliminando las cuotas de recuperación para los medicamentos, actividades e intervenciones no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; los copagos para los medicamentos, actividades e intervenciones contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, donde el FFDS asume los Copagos y Cuotas de Recuperación que se generen en la prestación de servicios de salud a la población objeto [menores de 5 años, mayores de 65 años y personas en condición de discapacidad severa de los niveles I y II del SISBEN].

De esta forma la Secretaría Distrital de Salud asume los valores por concepto de las cuotas de recuperación o copago a los niños y niñas menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado con encuesta SISBEN I y II, por las atenciones en salud que requieran, lo que significa una reducción importante en las barreras de acceso económicas, a las familias vulnerables del D.C.

Con el propósito de dar continuidad a la estrategia de Gratuidad en Salud a la población pobre y vulnerable afiliada al régimen subsidiado clasificada en los niveles socioeconómicos I y II del SISBEN, en el 2011 se brindaron 68.820 atenciones de manera gratuita al 100% de los niños y niñas entre 1 y 5 años afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles I y II de SISBEN.

Para garantizar al atención gratuita se llevaron a cabo actividades como: 1.- Gestión del sistema de información [entre otros, bases de datos de la población beneficiaria], ante los aliados estratégicos responsables de llevar a cabo la prestación de los servicios de salud de manera gratuita. 2.- Divulgación y capacitación al personal responsable del proceso en las ESE, IPS y EPSS, como también a las Asociaciones de Usuarios y comunidad en general, sobre los alcances y beneficios del Proyecto Gratuidad en Salud. 3.- Realización de campañas masivas de comunicación, radiales, televisivas e impresas, dirigidas a la comunidad en general. 4.- Se gestionaron los procesos precontractual y contractual, incluidas el perfeccionamiento de contratos, la interventoría y el reconocimiento y pago a la red adscrita, a la red complementaria y a EPSS de manera que se garantizaran los servicios de salud que dicha población requirió. 5.- A través del área de Garantía de la Calidad de la Dirección de Aseguramiento, se realizó el proceso de revisión y auditoria de las cuentas que presentan las EPSS y ESE, garantizando que no se haya realizado ningún cobro de las cuotas de recuperación y copagos a la población de menores de 5 años.

## 2.2. Vacunación

Después de que Colombia adoptara la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000, tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM] se refieren explícitamente a temas de salud: "Reducir la mortalidad infantil," "Mejorar la salud materna" y "Combatir el VIH SIDA, el Paludismo y otras enfermedades", es necesario que para lograr cumplir estos objetivos la ciudad materialice el Programa Ampliado Inmunizaciones –PAI- a través de dos modalidades de atención:

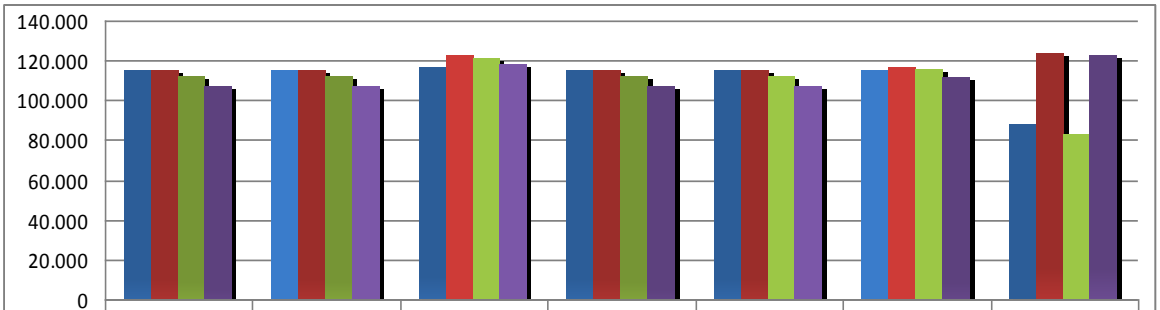
vacunación intramural28 y programa extramural29, a través de las cuales se lograrán y mantendrán las coberturas útiles de vacunación con todos los biológicos del PAI por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y de un año.

En concordancia, mediante la implementación del PAI se 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 mas amplias campañas de divulgación y mercadeo. [Gráfico 24]

**Gráfico 24. Cobertura de Vacunación PAI 2008 – 2011**

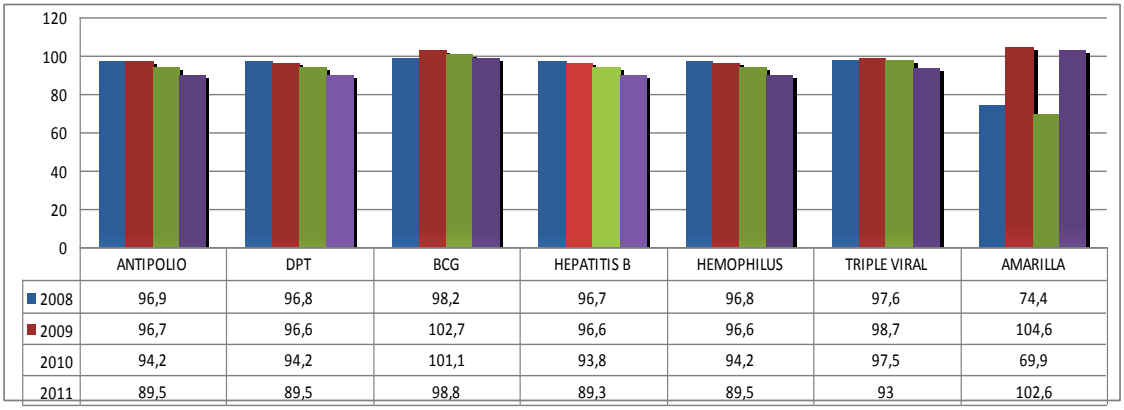



| | ANTIPOLIO | DPT | BCG | HEPATITIS B | HEMOPHILUS | TRIPLE VIRAL | AMARILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2008 | 115.036 | 114.885 | 116.566 | 114.819 | 114.885 | 115.284 | 87.877 |
| 2009 | 115.265 | 115.176 | 122.374 | 115.185 | 115.176 | 117.039 | 124.011 |
| 2010 | 112.379 | 112.395 | 120.686 | 112.091 | 112.395 | 115.816 | 83.114 |
| 2011 | 107.451 | 107.484 | 118.723 | 107.313 | 107.484 | 111.360 | 122.877 |

Fuente: SIS-151 Resumen Mensual de vacunación

[28] Hace referencia a los 340 puntos de vacunación públicos y privados disponibles en el Distrito Capital, distribuidos en las 20 localidades en los cuales se realiza la aplicación de los biológicos para los niños y niñas, gestantes y adultos mayores de la ciudad.
[29] Hace referencia a la estrategia de vacunación no institucional la cual se realiza por medio de las siguientes estrategias: Casa a casa, Jardines, Seguimiento, Jornadas y/o campañas de vacunación

**Cuadro 17. Cobertura Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI] 2008-2011 Bogotá D.C. [a diciembre 31 de 2011]**




| | ANTIPOLIO | DPT | BCG | HEPATITIS B | HEMOPHILUS | TRIPLE VIRAL | AMARILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2008 | 96,9 | 96,8 | 98,2 | 96,7 | 96,8 | 97,6 | 74,4 |
| 2009 | 96,7 | 96,6 | 102,7 | 96,6 | 96,6 | 98,7 | 104,6 |
| 2010 | 94,2 | 94,2 | 101,1 | 93,8 | 94,2 | 97,5 | 69,9 |
| 2011 | 89,5 | 89,5 | 98,8 | 89,3 | 89,5 | 93 | 102,6 |

Fuente: Resumen mensual de vacunación con corte a diciembre 31 de 2011.
Fuente población: Proyecciones DANE con base censo 2005 - 1985-2020

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

Para el Distrito, este programa es una de las prioridades de salud pública, dado su carácter universal, equitativo, costo-efectivo, y su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles por vacunación, a través de estrategias de erradicación, eliminación o control, con el objetivo final de disminuir la morbilidad y mortalidad de la población objeto. Las enfermedades objeto del programa son: Tuberculosis, Poliomielitis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Infecciones por Haemophilus Influenza tipo b, Sarampión, Paperas, Rubéola, Gastroenteritis por Rotavirus, Influenza y Enfermedades respiratorias por neumococo y la sostenibilidad de la introducción de otros biológicos como Hepatitis A y Neumo 23.

Consientes que a través de la vacunación se ofrece la posibilidad de salvar la vida de los niños y niñas, con una relación costo efectiva muy favorable puesto que al invertir en vacunas se obtiene como resultado: reducción de las tasas de hospitalización, se evitan costos de tratamientos con fármacos, complicaciones, discapacidades, brotes y epidemias; razones de peso suficientes para hacer del PAI un componente imprescindible de los proyectos y programas de Salud Pública en el Distrito garantizándoles el derecho a la vida y a la salud. Consecuente con lo anterior:

- ✓ Bogotá fue la primera ciudad en el país en incluir la vacuna contra la influenza estacional30 en el año 2005 para niños y niñas de 6 a 23 meses de edad y adultos de 60 y más años.
- ✓ Bogotá fue la primera ciudad en el país en incluir la vacuna contra la hepatitis A y el Rotavirus en el año 2008.
- ✓ Introdujo la vacuna contra el Neumococo para todos los niños y niñas residentes en el distrito y nacidos desde el 1 de octubre de 2008.
- ✓ En el año 2009 se introdujo la vacuna contra el Neumococo [Neumo 23] para adultos de 60 y más años.

[30] La influenza estacional hace referencia a la Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA], una de la causas morbi mortalidad en niños menores de 2 años y adultos mayores de 60 años.

- ✓ A través de la inclusión de estos biológicos en el esquema permanente de vacunación, en la actualidad se previenen las 16 enfermedades objeto del PAI.

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

Los resultados obtenidos son el producto de la implementación y sostenimiento de estrategias con trascendencia y alcance para la ciudad, incluidas en todas y cada una de las veinte localidades, con participación de actores y entidades del sector salud, de otros sectores y de la comunidad, dentro de las cuales cabe destacar:

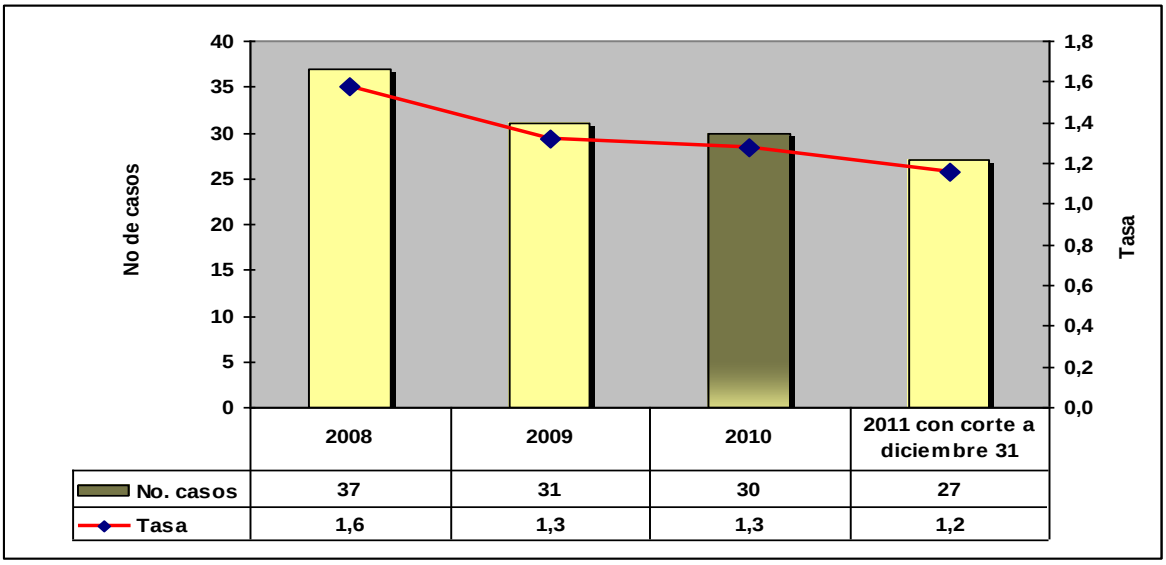
- ✓ Gestión y posicionamiento del programa con diferentes actores que tienen como población objeto los niños, niñas y adolescentes, logrando el trabajo articulado y continúo para favorecer a la población infantil (ICBF, Secretaria Distrital de Integración Social, Secretaria de Educación, Sociedades Científicas, líderes comunitarios, entre otros).
- ✓ Apoyo político y compromiso directivo y operativo del sector público y privado.
- ✓ Se ha garantizado la disponibilidad de insumos críticos del PAI en los 350 puntos de vacunación del distrito.
- ✓ Ampliación de la capacidad instalada de la red de frío en el nivel central y local y análisis de capacidad de almacenamiento (cadena de frío) a nivel distrital y local centros de acopio e IPS.
- ✓ Inducción, reinducción, capacitación y certificación del talento humano del PAI en el esquema regular de vacunación y nuevos biológicos al igual que en el desempeño de las actividades propias del programa de acuerdo a normatividad y protocolos vigentes.
- ✓ Fortalecimiento de las relaciones con otros actores (EPS Contributivas, Sociedades científicas, Laboratorios productores de vacunas) coordinando estrategias que permitieron el logro de las coberturas.
- ✓ Fortalecimiento de la vacunación intramural
- ✓ Seguimiento semanal permanente al cumplimiento de las metas por IPS, EPS, localidad, mediante tableros de control.
- ✓ Visitas de asesoría, asistencia técnica y seguimiento en las IPS con menor cumplimiento en la meta.
- ✓ Capacitación al personal vacunador y trabajadores del área de salud (administrativo y asistencial) de IPS públicas y privadas con relación al esquema y lineamientos del programa.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de información PAI con el fin de que sea integral y aporte en la consecución de la información de la población objeto del programa.
- ✓ Contratación de estudios de carga de la enfermedad y costo efectividad de las vacunas.
- ✓ Análisis de sostenibilidad financiera y definición de fuentes de financiación.

## Tasa de Suicido en menores de 18 años

En los últimos cuatro años la tasa de suicidio se ha mantenido en un promedio de 3 a 4 por cada 100.000 habitantes, en el inicio del cuatrienio, en el 2008 la tasa fue de 3.6 X 100.000 habitantes, para el 2010 la tasa se logró reducir a 3,3, es decir tubo una reducción de 3 puntos en dos años.

De acuerdo con la información publicada por el Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INML] en el 2011 el total de casos reportados fue de 274, estimando así una tasa de 3.7 X 100.000 hab para esta vigencia con un incremento de 4 puntos en comparación con la vigencia anterior. Así mismo, para el 2011 el INML reportó 23 suicidios en niños y niñas menores de 18 años con corte a octubre 30 y se estima que el total de casos reportados en estas edades sea de 27 casos; Es importante aclarar que por ciclo vital el mayor número de casos se reporta en el ciclo de juventud y adultos jóvenes[31]. El comportamiento de la tasa de suicidio entre las edades de 5 a 19 años a través de los años presenta una tendencia a la disminución. [Gráfico 24].

**Grafico 24. Tasa de Suicidio en niños y niñas 2008-2011 [con corte a diciembre 31]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre 31 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 37 | 31 | 30 | 27 |
| Tasa | 1,6 | 1,3 | 1,3 | 1,2 |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (diciembre 2011).

El registro de suicidios durante el 2006 al 2011 tuvo un promedio de 25 casos de acuerdo con la información de INML, el menor número de suicidios se presentó durante el 2011 con un total de 27 casos que equivale a un 8,5% del total del año, a pesar del incremento de suicidios en la población general de la ciudad registrada en los últimos 6 años; en el cuatrienio, el año que más casos reportó en niños y niñas menores de 18 años, fue el 2008 con 37 casos respecto de los 262 suicidios de la ciudad de Bogotá.

En el informe de infancia del 2010 se reportó el comportamiento del suicidio por tasa y edad en menores de 19 años, se pudo observar que la tasa para el 2008 fue 2,8 con un total de 53 casos y en el 2009 se registró una tasa de 4,0 con un total de 77 casos, más alta que la tasa distrital de ese año que fue 3,5 por 100.000. Para el 2010 el número de casos disminuyó en 32 casos, es decir, que solo 45 niños y niñas se suicidaron, registrándose una tasa de 2.3 por 100,000.

Esta disminución en los últimos cuatro años en tasa y casos en la población menor de 19 años es igual en los niños y niñas menores de 18 años. Para el 2011 no se puede establecer el número total de casos reportados en Bogotá, ya que el Instituto Nacional de Medicina Legal restringió la

[31] Se aclara que el informe del 2010 se proyectó con la población 9 a 19 años de edad, para este año se hace el análisis de los casos de suicidio consumado que se registraron entre 9 a 18 años de edad.

información para el análisis de las muertes violentas, información que debe ser solicitada directamente a la entidad, la Secretaría de Salud cuenta con información hasta el mes de octubre donde se reporto un total de 53 casos en las edades de 5 a 19 años de edad y 23 casos entre las edades de 5 a 18 años.

Si bien es cierto que la probabilidad de reducir los casos de suicidio en la población adulta al 100% es imposible, el suicidio en niños, niñas y adolescentes debe considerarse una muerte violenta autoinfligida prevenible, ya que durante este ciclo vital el primer evento desencadenante en la mayoría de casos son los conflictos familiares y la forma en que niños, niñas y adolescentes tienen como solucionar dichos conflictos no puede ser mediante el suicidio, como a ocurrido hasta el momento, el mayor número de casos en el 2011 al mes de octubre se registra entre las edades de 19 a 44 años, donde la impulsividad y la forma de resolver los problemas trae consigo tomar decisiones erróneas que afectan su calidad de vida y la de su familia, no solo en suicidio consumado sino también en intento de suicidio, esta edad registra el mayor numero de casos reportados en ideación e intento de suicidio, donde el primer evento desencadenante esta relacionado con la forma en la cual resuelven sus problemas y establecen sus relaciones y vínculos afectivos con sus parejas, razón por la cual se suicidan; en niños y niñas entre las edades 5 a 18 años donde más se reportan casos de de ideación e intento de suicidio el evento desencadenante que se presenta en 50% son los problemas, conflictos y relaciones inadecuadas entre padres, cuidadores y cuidadoras y muchas de ellas son episodios de violencia.

De acuerdo a la proporción de incidencia en los diferentes periodos de infancia y adolescencia se puede observa que desde el 2007 no se registran casos de suicidio en niños y niñas menores de 9 años, en las edades 10 a 14 años poco a poco tanto en niños como en niñas se ha incrementado su porcentaje, pero en las edades de 15 a 19 años se ha incrementado la proporción de incidencia en niños y en niñas en comparación a la proporción total de casos en los otros quinquenios, siendo las niñas las que presentan mayor proporción de incidencia en cualquiera de los cuatro años y en las edades de 10 a 19 años hasta el 2010.

Sin embrago, a octubre de 2011 se registro un total de 234 suicidios en la ciudad; específicamente en menores de 18 años se registran 23 casos desagregados por sexo así: 9 casos en niñas y 14 en niños, los cuales están: entre las edades de 11 a 14 años se reportó un total de 5 casos [2 en niños y 5 en niñas] y entre las edades de 15 a 18 años, se registraron 18 casos [5 mujeres adolescentes y 13 hombres adolescentes]. En las localidades en las que se reportaron estos casos fueron: Ciudad Bolívar, y Kennedy con 5 registros, Bosa, Engativa, Suba, Chapinero con 2 casos Usaquen, San Cristóbal, Puente Aranda y Sumapaz con un caso en esta localidad no se reportaba un caso de suicidio desde el 2008.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

En este sentido y con el propósito de brindar a los niños, niñas y adolescentes alternativas para la resolución de sus conflictos y disminuir la presentación de suicidios durante este ciclo vital, la Secretaría Distrital de Salud durante el 2011 ha venido adelantando acciones intersectoriales a nivel distrital y a nivel local.
Nivel Distrital

- ✓ Participación en el Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida [CIECS] en el que participan la Academia Nacional de Medicina, Universidades, Secretarías de la alcaldía, Fuerzas Armadas y ICBF, entre otras. Dicho estudio ha permitido visualizar la problemática y generar la responsabilidad en el sector privado y público.
- ✓ Se continuó con el desarrollo de acciones conjuntas con Medicina Legal y Ciencias Forenses en el análisis de la información en Conducta Suicida.
- ✓ Se hizo la articulación de las acciones de la Dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y Salud Pública.

Nivel Local

- ✓ Desde el ámbito escolar las acciones de prevención de la conducta suicida y la restitución de los factores psicosociales de niños, niñas, los y las adolescentes se realizo desde la respuesta integradora acceso a redes de servicios de salud y de soporte institucional y comunitario. En el ámbito escolar se identificaron 130 casos de conducta suicida que fueron valorados por el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) y canalizados al ámbito familiar y se continuo con las 441 rutas para identificación de las violencias donde se incluye suicidio, las cuales están en las instituciones educativas de la estrategia de Salud al colegio.
- ✓ Desde el ámbito familiar se ha realizado la intervención psicosocial para conducta suicida en la cual sea identifica, canaliza y se hace seguimiento y monitoreo de los casos dentro del núcleo familiar.
- ✓ Desde el ámbito comunitario se diseño y se implemento una estrategia de protección a la vida y prevención del suicidio con énfasis de niños, niñas y adolescentes en las localidades en todas las localidades de la ciudad pero especialmente en Ciudad Bolívar y Bosa. Esta estrategia opera en cada localidad de acuerdo a sus dinámicas poblacionales y sus necesidades.
- ✓ Dentro de los avances más importantes para este año fue la implementación del Sistema de Vigilancia En Salud Publica en Conducta Suicida (SISVECOS) con el cual se realiza búsqueda activa de casos por medio de los diferentes ámbitos, se hace la revisión y depuración de la base de datos por hospital, se canaliza a los servicios en salud mental del POS en los casos que lo requieran, además se realizó el seguimiento y monitoreo a casos que se presentaron, en especial los que se registran en menores de 18 años. Es importante resaltar que para los casos de ideación, intento y amenaza suicida que se registra en menores de 10 años se hace investigación epidemiológica de campo. Este año el sistema identifico un total de 3500 casos de conducta suicida entre ideación, amenaza e intento.

## 3 Intolerable: Ningún Desnutrido

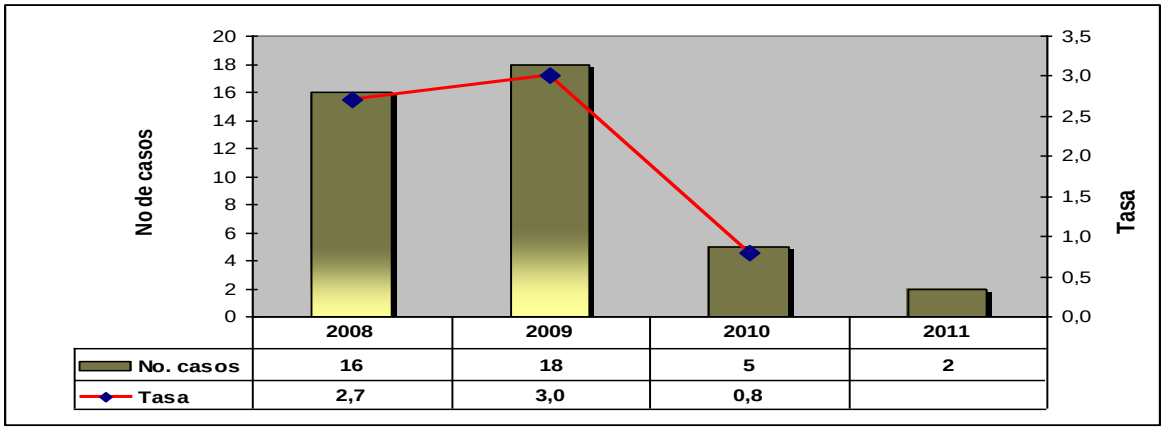
*Es intolerable que en Bogotá haya niñas, niños y adolescentes carezcan de un alimento diario que les impidan su sano y armónico desarrollo para la vida.*

## Tasa de mortalidad por y asociada a la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años.

La muerte por y asociada a la 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, debe incorporar 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; debe ser el esfuerzo colectivo de diversas instituciones.

De acuerdo con las cifras reportadas por el sistema de información de Estadísticas Vitales, el comportamiento del indicador muestra una disminución pasando de una tasa de 2.7 en 2008 a 0.8 en 2010. Para 2011 se presentaron 2 casos [corte a diciembre], 3 casos menos que en el 2010.

**Gráfico 25 Tendencia de la Mortalidad por y asociada a la Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Bogotá 2008-2011. [casos a diciembre de 2011]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 16 | 18 | 5 | 2 |
| Tasa | 2,7 | 3,0 | 0,8 | |

Fuente: 2008-2011: Certificado de defunción bases de datos SDS y RUAF preliminares - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales

### Principales aspectos que influyeron en su comportamiento[32]

Al realizar la revisión de los resultados de los análisis de casos de mortalidad por desnutrición efectuados durante el periodo 2008-2011[33] se pueden identificar deficiencias en el reconocimiento de la desnutrición como patología, fragmentación de las acciones de promoción y prevención que implementan todos los sectores del distrito, deficiencias en la calidad, suficiencia y oportunidad de la atención de este evento desde la concurrencia de 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 beneficiaros de programas de apoyo alimentario por parte de las entidades gubernamentales que ofrecen estos tipos de beneficios.

[32] Es importante precisar que la meta del sector en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva es A 2011 monitorear la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años [Línea de base: 4.1 por cien mil menores de 5 años. Fuente DANE 2006].

[33] 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.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Gestión intersectorial para la implementación, seguimiento y monitoreo de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional a través de la Comisión Intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional CISAN,de la cual hace parte el sector y responde a la función de la Secretaría Técnica de dicha comisión. En este marco desde el 2007 se fortalece la unidad técnica de apoyo a la CISAN como una instancia asesora para la toma de decisiones en relación a los compromisos inscritos en la política. Para el 2011 se ponen en funcionamiento cinco mesas técnicas intersectoriales que trabajan temas relacionados con: Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoción de la alimentación saludable y la actividad física, vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional, la mesa de calidad e inocuidad de los alimentos y la mesa de agricultura urbana. Estas instancias representan procesos intersectoriales en los cuales varias entidades del orden Distrital tienen responsabilidades y competencias buscando llegar a acuerdos técnicos y operativos que permitan articular y optimizar las respuestas que llegan a las localidades.
- ✓ En el plano local se implementan los 20 planes locales de seguridad alimentaria y nutricional construidos con participación intersectorial en cada una de las localidades del D.C. A partir del 2011 se fortalece los comités locales de SAN y el seguimiento y asistencia técnica desde el sector salud. De la misma manera se avanza en implementación de la estrategia de gestión social integral para la identificación de necesidades y respuestas integrales que incidan en mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los territorios.
- ✓ Para el 2011 se construyeron dos normativas que fortalecen la implementación de la política pública de SAN en el nivel local: Desde la SDIS, una circular interna que define el número y función de los inclusores sociales y usuarios de los comedores comunitarios en los comités locales. Desde la SDDE y la SDS se avanzó en una directiva que define la función de los comités locales y sus integrantes desde los trece sectores estratégicos que hacen parte de la comisión.
- ✓ Desde el programa salud a su casa se realizaron 1658 asesorías en lactancia materna a familias con niños y niñas menores de dos meses con bajo peso al nacer. Se realizaron 1237 asesorías nutricionales a las familias de los niños y niñas identificados con malnutrición.
- ✓ Promoción y protección y apoyo a lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la gestación y hasta los dos años de edad de la práctica de la lactancia materna a través de 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 IAMI 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 numero de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAMI (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; con respecto a la movilización en torno a la lactancia materna y la alimentación infantil saludable se reporta el cubrimiento de 668 docentes de jardines, 568 personas quienes han sido formadas para brindar asesoría comunitaria en lactancia materna, contando a la

fecha con 254 personas activas como asesoras en lactancia. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con los siguientes profesionales aplicando las estrategias: Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.

- ✓ Promoción de la alimentación infantil saludable dirigida a cuidadoras de niños y niñas del ambito comunitario y escolar (jardines infantiles). Cubrimiento con acciones de información y educación en alimentación y nutrición a 1890 familias en el marco del programa Salud a su Casa. Promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del Programa "Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz", con un cubrimiento aproximado anual de 4.950 cuidadoras, este cubrimiento se reforzó con acciones orientadas a otras cuidadoras de hogar y grupos de personas mayores, alcanzando a beneficiar alrededor de 1.500 personas.
- ✓ Fortalecimiento de competencias y habilidades en los profesionales de salud en temas de alimentación saludable, lactancia materna, suplementación con micronutrientes, detección temprana de alteraciones nutricionales y en la identificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- ✓ Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables desde el ambito familiar y comunitario lo cual mejora las condiciones del ambiente que contribuyen al aprovechamiento biológico de los alimentos y por ende a un mejor estado de salud y nutrición.
- ✓ Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en población materna e infantil a través de la suplementación con vitamina A con un cubrimiento de 109326 menores de 3 años, suplementación con hierro a 240.576 menores de 12 años. Suplementación a 171422 gestantes y mujeres en periodo de lactancia con hierro, calcio y fólico, Complementario a esta estrategia se desarrollan acciones de vigilancia y control de la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B y de la sal con yodo y flúor en los establecimientos que comercializan y distribuyen este tipo de alimentos.
- ✓ Mantenimiento y expansión del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN en sus componentes de vigilancia nutricional de los menor de diez años, mujeres gestantes, recién nacidos con bajo peso y los eventos de mortalidad por y asociada a la DNT y desnutrición severa en los niños y niñas menores de cinco años.
- ✓ Desarrollo de las investigaciones epidemiológicas de campo a recién nacidos, gestantes y menores de cinco años con bajo peso. Anualmente se tiene un cubrimiento de 8264 personas (1601 recién nacidos a término con bajo peso, 3103 gestantes con bajo peso y 3560 menores de cinco años con desnutrición global) con un Porcentaje de recuperación medido a través de la ganancia de peso del 97.9%, 91.1% y 81.5% respectivamente.

## Estado nutricional de las mujeres gestantes

La malnutrición en la gestante es uno de los problemas que frecuentemente se presenta en las madres de nuestra ciudad que al no tratarse a tiempo, puede generar problemas significativos, tanto en la mujer como en su hijo. En Colombia, el 24.8% de las embarazadas tienen sobrepeso; el 16.2% tienen bajo peso y el 9.8% sufre de obesidad, según cifras de Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.

Para la ciudad de Bogotá y tomando como fuente la información aportada por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN[34], las cifras son similares, con un promedio de bajo peso gestacional que alcanza el 16.1%, el sobrepeso en 23.5% y la obesidad en el 5.9% lo cual magnifica el problema de salud pública con tendencia a la malnutrición por exceso. También hay que resaltar que cerca del 23% de las gestantes captadas por el SISVAN son menores de 20 años y que en este segmento de edad se concentra el bajo peso, mientras que el sobrepeso y la obesidad se presentan en mayor proporción en las mujeres mayores de 35 años.

El comportamiento del bajo peso gestacional por localidad de residencia evidencia que las localidades que presentan el mayor número de casos son Suba, Ciudad Bolívar y Engativa lo cual supone un mayor riesgo para presentar bajo peso al nacer.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

Dentro de las acciones desarrolladas por el sector y que contribuyen a reducir la malnutrición por déficit y exceso en las gestantes están:

- ✓ 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 SAN a través de la coordinación de los 20 comités locales de SAN
- ✓ 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
- ✓ 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.
- ✓ Promoción de prácticas alimentarias saludables en colegios Distritales en el marco del desarrollo del programa de salud al colegio.
- ✓ Suplementación con micronutrientes a mujeres gestantes y lactantes
- ✓ 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 y vigilancia Alimentaria y Nutricional en las gestantes y recién nacidos.
- ✓ Como parte de las acciones de vigilancia alimentaria y nutricional se fortaleció el proceso de búsqueda activa de los casos de bajo peso y se avanzó en la inclusión de Unidades primarias generadoras de datos UPGD de la red privada en la vigilancia intensificada del estado nutricional de mujeres gestantes.

[34] Patrón de Referencia Atala.

**Resultados 2011**

- ✓ Implementación de los planes de acción en el marco de los planes locales de seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Aumento de la participación de actores sociales del nivel comunitario en los comités locales de seguridad alimentaria y nutricional en las 20 localidades avanzando de un espacio institucional a uno de carácter mixto.
- ✓ Desarrollo de acciones sociopolíticas y de comunicación tendientes a generar procesos de movilización social por el derecho a la alimentación.
- ✓ Formación de agentes comunitarios en derecho a la alimentación los cuales se insertaron a procesos locales tales como el comité local de seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Apoyo en la gestión a la canalización de los casos de las gestantes con déficit nutricional identificados desde el sector salud.
- ✓ Inserción en el proceso de implementación de la estrategia gestión social integral para visibilizar las problemáticas que afectan la seguridad alimentaria y nutricional y proponer estrategias para su abordaje.
- ✓ Suplementación con micronutrientes a 115.674 mujeres gestantes.
- ✓ Desarrollo de procesos de sensibilización, actualización y capacitación en las estrategias de atención en salud materna e infantil Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.
- ✓ Desarrollo de 3103 Investigaciones epidemiológicas de campo a gestantes con bajo peso con los siguientes resultados medidos a través de la ganancia de peso en un periodo de tiempo:

| GRUPO | AÑO 2009 | | AÑO 2010 | |
|---|---|---|---|---|
| | NUMERO DE IEC | % DE RECUPERACIÓN | NUMERO DE IEC | % DE RECUP |
| Gestantes menores de 20 años con bajo peso | 2761 | 94.1% | 3103 | 91.1% |

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

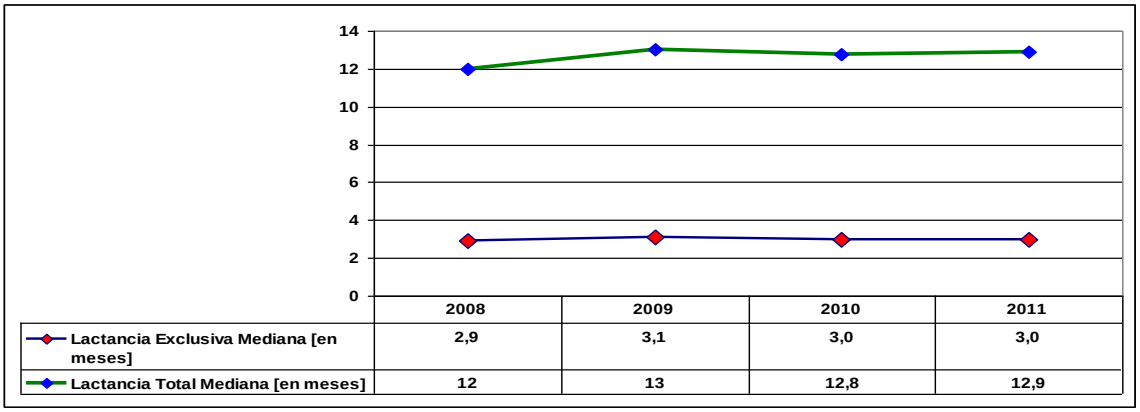
## Mediana en meses de lactancia materna exclusiva

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. Sin embargo, los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición [ENSIN 2005], muestran que solo el 48.9% de las mujeres en el país informaron haber ofrecido leche materna a su hijo durante la primera hora de nacido, siendo más alta la práctica en aquellas mujeres que reportan el nacimiento en casa.

De acuerdo con los resultados del proceso de monitoreo del indicador mediana de lactancia materna exclusiva desarrollado a partir de la información que ingresa al SISVAN, para el periodo analizado, se reporta un aumento en la mediana pasando de 2.9 meses para el 2008 a 3.0 en el 2011. Según las madres entrevistadas en la ENSIN 2010, los motivos para suspender la lactancia materna definitivamente para los menores de dos años se deben principalmente “porque se acabó la leche o por rechazo del niño a”, motivos probablemente asociados con técnicas y practicas adecuadas de amamantamiento.

Es Importante precisar que el cumplimiento de esta meta no depende únicamente del sector salud, sino de otros actores [sector privado, público y población en general], ya que los determinantes que la afectan son de diferentes niveles [culturales, económicos, sociales entre otros), razón por la cual el informe de UNICEF sobre estado mundial de la infancia 2010, identifica que a pesar de los esfuerzos de los países del mundo por lograr la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad ninguno no ha podido lograrse. [Gráfico 26]

**Grafico 26 Mediana de lactancia materna exclusiva [con corte a diciembre de 2011]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| Lactancia Exclusiva Mediana [en meses] | 2,9 | 3,1 | 3,0 | 3,0 |
| Lactancia Total Mediana [en meses] | 12 | 13 | 12,8 | 12,9 |

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN. *Información Preliminar.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

- ✓ Violación de los tiempos de licencia de maternidad y horas de lactancia materna a la que tienen derecho las madres y sus hijos por parte de los empleadores durante los primeros 6 meses de lactancia exclusiva.
- ✓ Sistemas de contratación que no dan derecho a tener tiempo mínimo de licencia de maternidad y mucho menos de horas de lactancia.
- ✓ Falta de espacios empresariales que favorezcan la extracción y conservación de la leche materna.
- ✓ Libre publicidad y mercadeo de fórmulas lácteas en medios masivos y en Instituciones de salud y consultorios médicos, donde se resalta la superioridad de la leche de fórmula sobre la leche materna y se premia la promoción de los productos por parte del personal de salud.
- ✓ Falta de conocimientos por parte de los profesionales y técnicos de la salud, frente a los beneficios y ventajas de la lactancia materna para el bebe, la madre, la familia y la sociedad.
- ✓ Falta de redes de apoyo institucional y comunitario que brinden soporte a la madre lactante y su familia, ante problemas relacionados con la lactancia materna.
- ✓ Falta de compromiso por parte de instituciones de salud que atienden partos, para garantizar el inicio de la lactancia materna y apoyar su continuación de manera exclusiva hasta los 6 meses.
- ✓ No reglamentación de las consejerías en lactancia materna.

- ✓ Falta de ente rector que realice vigilancia del código internacional de sucedáneos de la leche materna y del decreto 1397 de 1992, así como para imponer sanciones y multas a las industrias.

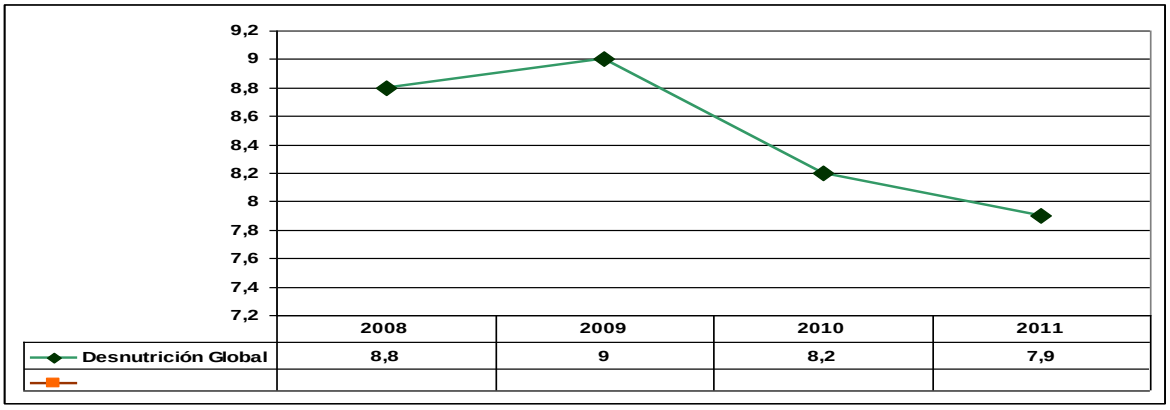
**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la gestación y hasta los dos años de edad a través de 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 IAMI 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 numero de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAMI (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 estratégicas de comunicación masivas que se operan a través de diferentes medios. Con respecto a la movilización en torno a la lactancia materna y la alimentación infantil saludable se reporta el cubrimiento de 668 docentes de jardines, 568 personas quienes han sido formadas para brindar asesoría comunitaria en lactancia materna, contando a la fecha con 254 personas activas como asesoras en lactancia. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con los siguientes profesionales aplicando las estrategias: Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.
- ✓ Desde el programa salud a su casa se realizaron 1658 asesorías en lactancia materna a familias con niños y niñas menores de dos meses con bajo peso al nacer.
- ✓ Durante el 2011 se elaboró el documento guía para la asesoría en la implementación de la sala amiga. Se hizo un video promocional de la sala amiga de la familia lactante del ambito laboral de la Secretaría Distrital de Salud para motivar y orientar a las demás entidades distritales en la implementación de este espacio que favorece el mantenimiento de la lactancia en las mujeres trabajadoras.
- ✓ Acreditación de la sala amiga de la familia lactante del ambito laboral de la Secretaría Distrital de Salud, certificación entregada por la SDIS y UNICEF.
- ✓ Acompañamiento técnico al concejo de Bogotá para la elaboración y firma del acuerdo distrital 480 del 2011 por el cual se establecen las políticas para la adopción de las salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral en las entidades distritales.
- ✓ Asesoría y asistencia técnica al Ministerio de Salud y a Ecopetrol para la instauración de salas amigas en sus instituciones.

## Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años

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. Es un indicador compuesto que permite evidenciar la tendencia de la desnutrición a nivel poblacional. La prevalencia de desnutrición global en 2011 fue de: 7.9% [información preliminar], el número de casos acumulado es de 18.615 sobre un total de 236.000 niños y niñas menores de cinco años captados por el sistema de vigilancia nutricional con una prevalencia de niños y niñas con desnutrición. [Gráfico 27]Las localidades en 2011 con la prevalencia más alta fueron: Rafael Uribe 10,8%, San Cristobal 10%, Ciudad Bolivar 9,2%, Tunjuelito 9,1% y Usme 9,0%.

**Grafico 27. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años [con corte a diciembre de 2011]**




Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica Alimentaria y Nutricional-SISVAN-SDS

### Principales aspectos que influyeron en su comportamiento

La presencia de casos obedece principalmente a la inadecuada alimentación de la gestante, la baja adherencia a servicios de salud con ausencia de controles prenatales que trae consigo la no suplementación necesaria para la gestante, aunado a la baja adherencia al control de crecimiento y desarrollo de los menores por parte de sus padres y/o cuidadores, inexistencia de una política laboral estatal que permita garantizar la lactancia exclusiva hasta los seis meses, vulnerabilidad de las viviendas donde habitan, la ausencia de problemas de complementación alimentaria de las entidades gubernamentales, en estas localidades hay una falta de articulación y fortalecimiento de los productores de las localidades con los diferentes demandantes para la comercialización de los alimentos.

### Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador

- ✓ Gestión intersectorial para la implementación, seguimiento y monitoreo de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional a través de la Comisión Intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional CISAN,de la cual hace parte el sector y responde a la función de la Secretaría Técnica de dicha comisión. En este marco desde el 2007 se fortalece la unidad técnica de apoyo a la CISAN como una instancia asesora para la toma de decisiones en relación

a los compromisos inscritos en la política. Para el 2011 se ponen en funcionamiento cinco mesas técnicas intersectoriales que trabajan temas relacionados con: Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoción de la alimentación saludable y la actividad física, vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional, la mesa de calidad e inocuidad de los alimentos y la mesa de agricultura urbana. Estas instancias representan procesos intersectoriales en los cuales varias entidades del orden Distrital tienen responsabilidades y competencias buscando llegar a acuerdos técnicos y operativos que permitan articular y optimizar las respuestas que llegan a las localidades.

- ✓ En el plano local se implementan los 20 planes locales de seguridad alimentaria y nutricional construidos con participación intersectorial en cada una de las localidades del D.C. A partir del 2011 se fortalece los comités locales de SAN y el seguimiento y asistencia técnica desde el sector salud. De la misma manera se avanza en implementación de la estrategia de gestión social integral para la identificación de necesidades y respuestas integrales que incidan en mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los territorios.
- ✓ Para el 2011 se construyeron dos normativas que fortalecen la implementación de la política pública de SAN en el nivel local: Desde la SDIS, una circular interna que define el numero y función de los inclusores sociales y usuarios de los comedores comunitarios en los comités locales. Desde la SDDE y la SDS se avanzó en una directiva que define la función de los comités locales y sus integrantes desde los trece sectores estratégicos que hacen parte de la comisión.
- ✓ Desde el programa salud a su casa se realizaron 1658 asesorías en lactancia materna a familias con niños y niñas menores de dos meses con bajo peso al nacer. Se realizaron 1237 asesorías nutricionales a las familias de los niños y niñas identificados con malnutrición.
- ✓ Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la gestación y hasta los dos años de edad a través de 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 IAMI 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 numero de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAMI (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 estratégicas de comunicación masivas que se operan a través de diferentes medios. Con respecto a la movilización en torno a la lactancia materna y la alimentación infantil saludable se reporta el cubrimiento de 668 docentes de jardines, 568 personas quienes han sido formadas para brindar asesoría comunitaria en lactancia materna, contando a la fecha con 254 personas activas como asesoras en lactancia. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con los siguientes profesionales aplicando las estrategias: Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.

- ✓ Promoción de la alimentación infantil saludable dirigida a cuidadoras de niños y niñas del ámbito comunitario y escolar (jardines infantiles). Promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del Programa "Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz", con un cubrimiento aproximado anual de 2640 cuidadoras, este cubrimiento se reforzó con acciones orientadas a otras cuidadoras de hogar y grupos de personas mayores, alcanzando a beneficiar alrededor de 7.920 personas.
- ✓ Fortalecimiento de competencias y habilidades en los profesionales de salud en temas de alimentación saludable, lactancia materna, suplementación con micronutrientes, detección temprana de alteraciones nutricionales y en la identificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- ✓ Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables desde el ambito familiar y comunitario lo cual mejora las condiciones del ambiente que contribuyen al aprovechamiento biológico de los alimentos y por ende a un mejor estado de salud y nutrición.
- ✓ Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en población materna e infantil a través de la suplementación con vitamina A con un cubrimiento de 109326 menores de 3 años, suplementación con hierro a 240.576 menores de 12 años. Complementario a esta estrategia se desarrollan acciones de vigilancia y control de la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B y de la sal con yodo y flúor en los establecimientos que comercializan y distribuyen este tipo de alimentos.
- ✓ Mantenimiento y expansión del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN en sus componentes de vigilancia nutricional de los menor de diez años, mujeres gestantes, recién nacidos con bajo peso y los eventos de mortalidad por y asociada a la DNT y desnutrición severa en los niños y niñas menores de cinco años.
- ✓ Desarrollo de 3560 Investigaciones epidemiológicas de campo a niños y niñas menores de cinco años identificados por el SISVAN con desnutrición global con los siguientes resultados medidos a través de la ganancia de peso en un periodo de tiempo:

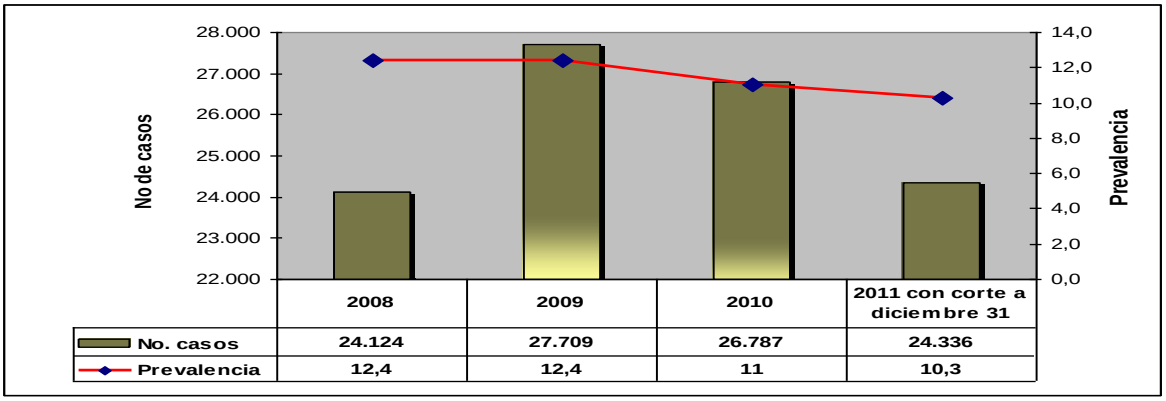
| GRUPO | AÑO 2010 | | AÑO 2011 | |
|---|---|---|---|---|
| | NUMERO DE IEC | % DE RECUPERACIÓN | NUMERO DE IEC | % DE RECUP |
| Niños y niñas menores de cinco años con desnutrición global | 2711 | 83.7% | 3560 | 81.5% |

**Prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años**

El indicador talla para la edad, mide la velocidad de crecimiento en un periodo de tiempo y permite determinar el retraso en el crecimiento, definido como desnutrición crónica. La tendencia de la prevalencia total Bogotá, muestra una reducción de 2.1% entre el 2008 y el 2011.

El retraso en la talla para la edad presentó tasas de 12.4 por mil niños menores de cinco años para los años 2008 y 2009 y de 11.0 en el año 2010 [información preliminar], lo que representa una disminución importante en la ciudad. [Grafico 28]

**Gráfico 28. Tendencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años notificados al SISVAN, Bogotá 2008-2011. [corte diciembre 31]**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 con corte a diciembre 31 |
|---|---|---|---|---|
| No. casos | 24.124 | 27.709 | 26.787 | 24.336 |
| Prevalencia | 12,4 | 12,4 | 11 | 10,3 |

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica alimentaria y nutricional-SISVAN-SDS. Datos preliminares.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Gestión intersectorial para la implementación, seguimiento y monitoreo de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional a través de la Comisión Intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional CISAN,de la cual hace parte el sector y responde a la función de la Secretaría Técnica de dicha comisión. En este marco desde el 2007 se fortalece la unidad técnica de apoyo a la CISAN como una instancia asesora para la toma de decisiones en relación a los compromisos inscritos en la política. Para el 2011 se ponen en funcionamiento cinco mesas técnicas intersectoriales que trabajan temas relacionados con: Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoción de la alimentación saludable y la actividad física, vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional, la mesa de calidad e inocuidad de los alimentos y la mesa de agricultura urbana. Estas instancias representan procesos intersectoriales en los cuales varias entidades del orden Distrital tienen responsabilidades y competencias buscando llegar a acuerdos técnicos y operativos que permitan articular y optimizar las respuestas que llegan a las localidades.
- ✓ En el plano local se implementan los 20 planes locales de seguridad alimentaria y nutricional construidos con participación intersectorial en cada una de las localidades del D.C. A partir del 2011 se fortalece los comités locales de SAN y el seguimiento y asistencia técnica desde el sector salud. De la misma manera se avanza en implementación de la estrategia de gestión social integral para la identificación de necesidades y respuestas integrales que incidan en mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los territorios.
- ✓ Para el 2011 se construyeron dos normativas que fortalecen la implementación de la política pública de SAN en el nivel local: Desde la SDIS, una circular interna que define el número y función de los inclusores sociales y usuarios de los comedores comunitarios en los comités locales. Desde la SDDE y la SDS se avanzó en una directiva que define la función de los comités locales y sus integrantes desde los trece sectores estratégicos que hacen parte de la comisión.
- ✓ Desde el programa salud a su casa se realizaron 1658 asesorías en lactancia materna a familias con niños y niñas menores de dos meses con bajo peso al nacer. Se realizaron 1237 asesorías nutricionales a las familias de los niños y niñas identificados con malnutrición.

- ✓ Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la gestación y hasta los dos años de edad a través de 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 IAMI 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 numero de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAMI (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 ambito 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 estratégicas de comunicación masivas que se operan a través de diferentes medios. Con respecto a la movilización en torno a la lactancia materna y la alimentación infantil saludable se reporta el cubrimiento de 668 docentes de jardines, 568 personas quienes han sido formadas para brindar asesoría comunitaria en lactancia materna, contando a la fecha con 254 personas activas como asesoras en lactancia. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con los siguientes profesionales aplicando las estrategias: Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.
- ✓ Promoción de la alimentación infantil saludable dirigida a cuidadoras de niños y niñas del ámbito comunitario y escolar (jardines infantiles). Promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del Programa "Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz", con un cubrimiento aproximado anual de 2640 cuidadoras, este cubrimiento se reforzó con acciones orientadas a otras cuidadoras de hogar y grupos de personas mayores, alcanzando a beneficiar alrededor de 7.920 personas.

- ✓ Fortalecimiento de competencias y habilidades en los profesionales de salud en temas de alimentación saludable, lactancia materna, suplementación con micronutrientes, detección temprana de alteraciones nutricionales y en la identificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- ✓ Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables desde el ambito familiar y comunitario lo cual mejora las condiciones del ambiente que contribuyen al aprovechamiento biológico de los alimentos y por ende a un mejor estado de salud y nutrición.
- ✓ Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en población materna e infantil a través de la suplementación con vitamina A con un cubrimiento de 109326 menores de 3 años, suplementación con hierro a 240.576 menores de 12 años. Suplementación a 171422 gestantes y mujeres en periodo de lactancia con hierro, calcio y fólico, Complementario a esta estrategia se desarrollan acciones de vigilancia y control de la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B y de la sal con yodo y flúor en los establecimientos que comercializan y distribuyen este tipo de alimentos.

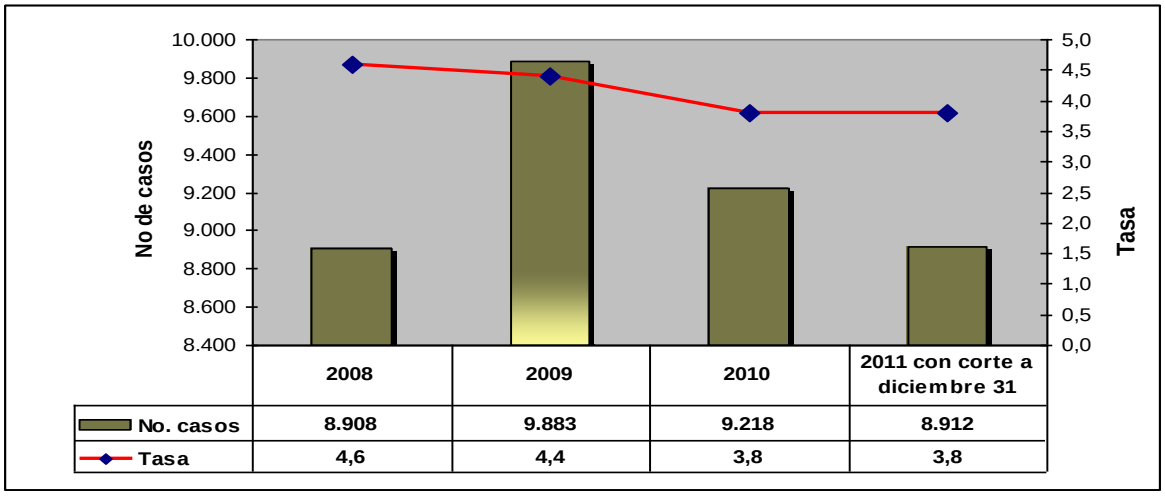
- ✓ Mantenimiento y expansión del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN en sus componentes de vigilancia nutricional de los menor de diez años, mujeres gestantes, recién nacidos con bajo peso y los eventos de mortalidad por y asociada a la DNT y desnutrición severa en los niños y niñas menores de cinco años.

Desarrollo de las investigaciones epidemiológicas de campo a recién nacidos, gestantes y menores de cinco años con bajo peso. Anualmente se tiene un cubrimiento de 8264 personas (1601 recién nacidos a término con bajo peso, 3103 gestantes con bajo peso y 3560 menores de cinco años con desnutrición global) con un Porcentaje de recuperación medido a través de la ganancia de peso del 97.9%, 91.1% y 81.5% respectivamente

**Prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años**

El indicador peso para la edad mide el peso corporal con relación a la talla, permite determinar el déficit de peso respecto a la talla definido como desnutrición aguda o enflaquecimiento. Este indicador está definido como trazador para las acciones de apoyo alimentario ofrecido por otros sectores del Distrito. El bajo peso para la talla muestra una reducción para ese segmento de población en el periodo analizado. [Gráfico 29]

**Gráfico 29. Déficit de peso para la talla en menores de 5 años 2008-2011 [corte a diciembre de 2011]**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica alimentaria y nutricional-SISVAN-SDS. 2010 información preliminar

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Gestión intersectorial para la implementación, seguimiento y monitoreo de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional a través de la Comisión Intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional CISAN,de la cual hace parte el sector y responde a la función de la Secretaría Técnica de dicha comisión. En este marco desde el 2007 se fortalece la unidad técnica de apoyo a la CISAN como una instancia asesora para la toma de decisiones en relación a los compromisos inscritos en la política. Para el 2011 se ponen en funcionamiento cinco mesas técnicas intersectoriales que trabajan temas relacionados con: Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoción de la alimentación saludable y la actividad física,

vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional, la mesa de calidad e inocuidad de los alimentos y la mesa de agricultura urbana. Estas instancias representan procesos intersectoriales en los cuales varias entidades del orden Distrital tienen responsabilidades y competencias buscando llegar a acuerdos técnicos y operativos que permitan articular y optimizar las respuestas que llegan a las localidades.

- ✓ En el plano local se implementan los 20 planes locales de seguridad alimentaria y nutricional construidos con participación intersectorial en cada una de las localidades del D.C. A partir del 2011 se fortalece los comités locales de SAN y el seguimiento y asistencia técnica desde el sector salud. De la misma manera se avanza en implementación de la estrategia de gestión social integral para la identificación de necesidades y respuestas integrales que incidan en mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los territorios.
- ✓ Para el 2011 se construyeron dos normativas que fortalecen la implementación de la política pública de SAN en el nivel local: Desde la SDIS, una circular interna que define el numero y función de los inclusores sociales y usuarios de los comedores comunitarios en los comités locales. Desde la SDDE y la SDS se avanzó en una directiva que define la función de los comités locales y sus integrantes desde los trece sectores estratégicos que hacen parte de la comisión.
  - ✓ Desde el programa salud a su casa se realizaron 1658 asesorías en lactancia materna a familias con niños y niñas menores de dos meses con bajo peso al nacer. Se realizaron 1237 asesorías nutricionales a las familias de los niños y niñas identificados con malnutrición.
  - ✓ Promoción y protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna mediante el fortalecimiento desde la gestación y hasta los dos años de edad a través de 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 IAMI 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 numero de instituciones de salud acreditadas en la estrategia IAMI (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 ambito 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 estratégicas de comunicación masivas que se operan a través de diferentes medios. Con respecto a la movilización en torno a la lactancia materna y la alimentación infantil saludable se reporta el cubrimiento de 668 docentes de jardines, 568 personas quienes han sido formadas para brindar asesoría comunitaria en lactancia materna, contando a la fecha con 254 personas activas como asesoras en lactancia. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se cuenta con los siguientes profesionales aplicando las estrategias: Médicos: 214. Enfermeras: 173. Técnicos de enfermería y Salud Oral. 223. Puntos de atención intervenidos: 107. Para recertificación en la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia se cuenta con 52 públicas y 2 privadas.

- ✓ Promoción de la alimentación infantil saludable dirigida a cuidadoras de niños y niñas del ambito comunitario y escolar (jardines infantiles). Promoción de prácticas de alimentación saludable, a través de la implementación del Programa "Tú Vales: Vive Mejor, Aliméntate Saludablemente y Se Feliz", con un cubrimiento aproximado anual de 2640 cuidadoras, este cubrimiento se reforzó con acciones orientadas a otras cuidadoras de hogar y grupos de personas mayores, alcanzando a beneficiar alrededor de 7.920 personas.
- ✓ Fortalecimiento de competencias y habilidades en los profesionales de salud en temas de alimentación saludable, lactancia materna, suplementación con micronutrientes, detección temprana de alteraciones nutricionales y en la identificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- ✓ Fortalecimiento de la estrategia entornos saludables desde el ambito familiar y comunitario lo cual mejora las condiciones del ambiente que contribuyen al aprovechamiento biológico de los alimentos y por ende a un mejor estado de salud y nutrición.
- ✓ Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en población materna e infantil a través de la suplementación con vitamina A con un cubrimiento de 109326 menores de 3 años, suplementación con hierro a 240.576 menores de 12 años. Suplementación a 171422 gestantes y mujeres en periodo de lactancia con hierro, calcio y fólico, Complementario a esta estrategia se desarrollan acciones de vigilancia y control de la fortificación de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B y de la sal con yodo y flúor en los establecimientos que comercializan y distribuyen este tipo de alimentos.
- ✓ Mantenimiento y expansión del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN en sus componentes de vigilancia nutricional de los menor de diez años, mujeres gestantes, recién nacidos con bajo peso y los eventos de mortalidad por y asociada a la DNT y desnutrición severa en los niños y niñas menores de cinco años.

## Bajo peso en las y los adolescentes escolares de 10 a 17 años.

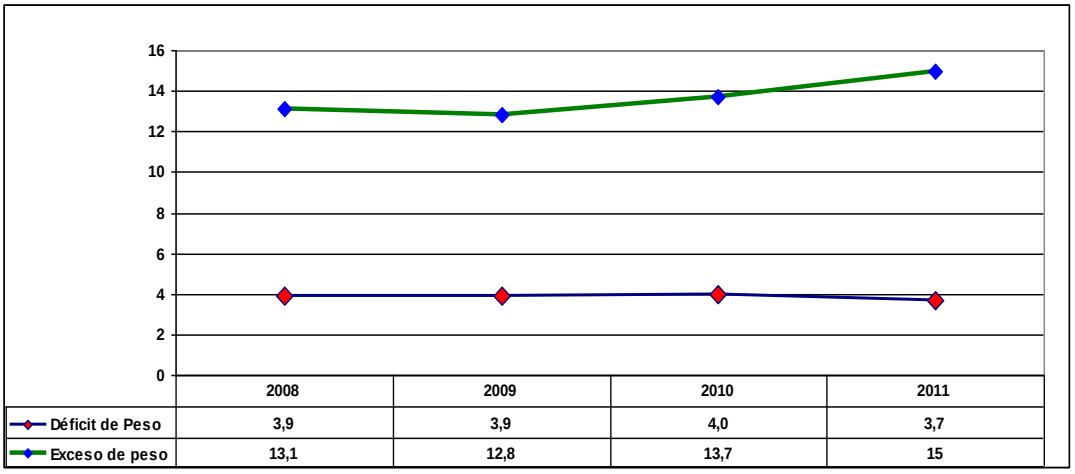
El estado nutricional de las personas esta determinado en gran parte por los factores nutricionales y psicosociales que afectan su crecimiento y desarrollo y estos efectos se ven en la etapa escolar. Tanto la desnutrición o bajo peso como los problemas de malnutrición afectan el desarrollo cognoscitivo y el rendimiento educativo, es por esta razón que resulta vital identificar tempranamente los problemas de crecimiento con el fin de establecer medidas y estrategias de control que contribuyan a mejorar la situación nutricional de los niños, niñas y adolescentes.

Para Bogotá y tomando como fuente de información el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional en la población escolar, se evidencian cifras altas de malnutrición por déficit en los menores de 10 años, lo cual afecta a largo plazo el crecimiento y desarrollo armónico de los niños y niñas. Para el segmento de niños y niñas adolescentes de 10 a 17 años se reporta un retraso en crecimiento y un aumento del sobrepeso y la obesidad especialmente en el sexo femenino lo cual genera a largo plazo condiciones crónicas a temprana edad.

La prevalencia de bajo peso medida a través del indicador índice de masa corporal en los adolescentes, muestra una cifra estacionaria durante los últimos cuatro años que se mantiene para el 2011 en 3.7%, mientras que el sobrepeso viene aumentando significativamente en este grupo de edad, lo cual genera una alerta en términos de establecer medidas contundentes que favorezcan la oferta de alimentos saludables en el ámbito escolar, la limitación en la oferta y

consumo de alimentos industrializados y la promoción de la actividad física. Las localidades que presentan las cifras más altas de sobrepeso son Engativá, Candelaria, Puente Aranda, Mártires y Tunjuelito.

**Gráfico 30 Prevalencia de bajo peso y exceso de peso en la población escolar 10 a 17 años identificada por el SISVAN. Bogotá 2008-2011**




| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| Déficit de Peso | 3,9 | 3,9 | 4,0 | 3,7 |
| Exceso de peso | 13,1 | 12,8 | 13,7 | 15 |

Fuente: SISVAN Escolar – SDS. 2008 – 2011
Patrones de Referencia: NCHS.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ 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 SAN a través de la coordinación de los 20 comités locales de SAN.
- ✓ 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.
- ✓ Promoción de prácticas alimentarias saludables en colegios Distritales en el marco del desarrollo del programa de salud al colegio, desparasitación y suplementación con micronutrientes (hierro y vitamina A) a niños y niñas menores de 12 años
- ✓ Se elaboró el diagnóstico en Seguridad Alimentaria y Nutricional de cada uno de los colegios centinela (N=91públicos y privados) en aspectos relacionados con el acceso a la alimentación escolar, inocuidad de la alimentación escolar, promoción de la alimentación saludable, promoción de la actividad física y situación del estado nutricional de los escolares.
- ✓ Desde el Plan de Intervención Colectiva en Seguridad alimentaria y Nutricional, se incluyeron líneas de profundización e investigación a partir de los cuales se desarrollaron proyectos de investigación en acuerdo con los grupos de vigilancia nutricional del escolar en cada colegio centinela en temas relacionados con alimentación, nutrición y actividad física.

**Resultados 2011:**

- ✓ Implementación de los planes de acción en el marco de los planes locales de seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Aumento de la participación de actores sociales del nivel comunitario en los comités locales de seguridad alimentaria y nutricional en las 20 localidades avanzando de un espacio institucional a uno de carácter mixto.
- ✓ Formación de agentes comunitarios en derecho a la alimentación los cuales se insertaron a procesos locales tales como el comité local de seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Apoyo en la gestión a la canalización de los casos de personas con malnutrición identificados desde el sector salud y desde el escolar.
- ✓ 176 grupos comunitarios conformados y capacitados en torno a la promoción de la alimentación saludable y la actividad física, que contribuyen en la transformación de los entornos y las actividades propias de la vida en comunidad y en familia.
- ✓ Desde la respuesta integradora de Políticas Escolares Saludables se implementaron 244 acciones pedagógicas para la apropiación de habilidades y competencias en la promoción de la alimentación saludable, cubriendo 378 sedes educativas, vinculando 1517 docentes en el proceso de integración curricular y a 18406 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 9046 son niños y 9360 son niñas.
- ✓ Desde la respuestas integradora de mejoramiento del Entorno Social de la Escuela se implementaron 60 metodologías propuestas para el mejoramiento del entorno social en aspectos relacionados con la promoción de la alimentación saludable a través de 320 grupos gestores conformados en las instituciones educativas y en los que participan 11613 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 5997 son niños y 5695 son niñas, cubriendo 201 sedes educativas, donde se efectuaron 243 jornadas lúdico pedagógicas que vincularon a 678 docentes y a 21927 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 10532 son niños y 11395 son niñas.

## Objetivo de Política:

## Desarrollo

## 4 Todos capaces de manejar los afectos, las emociones y la sexualidad.

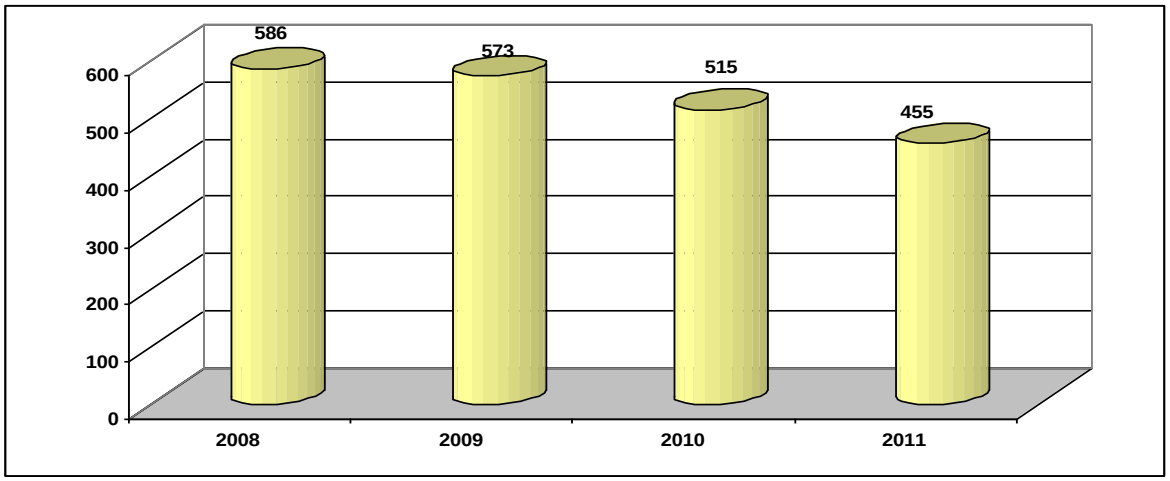
*Es intolerable que niñas, niños y adolescentes no tengan acceso a información y formación que les posibilite su desarrollo integral y responsabilidad frente a su sexualidad.*

**Nacimiento por edad de la madre [10 a 14 años] y tasa específica de fecundidad asociada X 1.000**

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social y entraña 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. Se observa que para el período 2009 [n=573] se reporta 13 nacimientos menos frente al 2008 [n=586] que corresponde a una

reducción del 0.22%. En el período de enero a octubre del año 2010 se observa una disminución del 1.00% [n=515] de embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años, con relación al mismo periodo del año 2009 [n=573]. [Gráfico 31]

**Gráfico 31. Nacimientos en Madres Adolescentes 10 a 14 años 2008–2011 [a diciembre de 2011]** [35]




Fuente 2008, 2009, 2010: Base de datos nacimientos DANE Y RUAF datos preliminares Fuente 2011: Base de datos nacimientos SDS Y RUAF datos preliminares corte al mes de diciembre

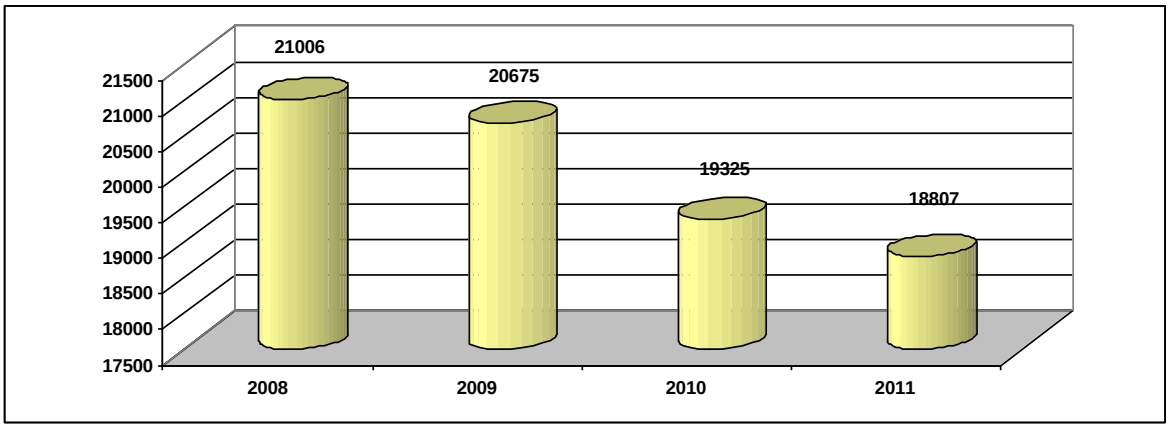
**Nacimiento por edad de la madre [15 a 19 años] y tasa específica de fecundidad asociada X 1.000.**

Para el grupo de 15 a 19 años Se observa que para el período 2009 [20.675] se reporta 331 nacimientos menos frente al 2008 [21.006] que corresponde a una reducción del 1.57%. En el periodo de Enero a Octubre del año 2010 se observa una disminución del 1.5% [n=19.325] de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, con relación al mismo periodo del año 2009 [n=20.675]. [Gráfico 32]

**Gráfico 32. Nacimientos en Madres Adolescentes 15 a 19 años**

[35] Los datos tienen como fuente las Estadísticas vitales del DANE, las cuales se actualizan permanentemente durante un periodo que puede ser entre dos y tres años. Por lo tanto los datos son dinámicos, varían continuamente en el tiempo y son preliminares hasta que el DANE publique las cifras oficiales.

**2008–2010 [a diciembre de 2011]** [36]




Fuente 2008, 2009, 2010: Base de datos nacimientos DANE Y RUAF datos preliminares Fuente 2011: Base de datos nacimientos SDS Y RUAF datos preliminares corte al mes de diciembre

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

Según 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:

- ✓ 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 seudo-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

[36] Los datos tienen como fuente las Estadísticas vitales del DANE, las cuales se actualizan permanentemente durante un periodo que puede ser entre dos y tres años. Por lo tanto los datos son dinámicos, varían continuamente en el tiempo y son preliminares hasta que el DANE publique las cifras oficiales.

- ✓ 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.
- ✓ De esta perspectiva, uno de los temas vitales para esta población es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus múltiples dimensiones [afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética] convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial[37].
- ✓ El tema de embarazo en adolescentes, aunque ha sido evidenciado como problema social, principalmente desde una perspectiva demográfica, se caracteriza por ser especialmente complejo al incorporar diferentes esferas del ser humano, tanto en su sentido individual como colectivo, por lo cual el análisis de su seguimiento debe incorporar los siguientes elementos:
- ✓ 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.
- ✓ Igualmente, inciden los roles de seudomaternidad y seudopaternidad de algunos adolescentes para quienes desde su infancia se convirtieron en los cuidadores de sus hermanos menores. Por tanto, el embarazo en adolescentes, constituye tanto la expresión de una serie de situaciones adversas de la sociedad en su conjunto frente a la sexualidad y la salud, lo mismo que una causa que en parte perpetúa su persistencia, principalmente en los sectores más deprimidos.
- ✓ La sentencia C355 genera dificultades en su implementación por las implicaciones morales en diferentes esferas como la familiar, los servicios de salud y la sociedad en general, que inciden en que la población no demande el servicio.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

El Distrito evidencia sus logros para estos indicadores a través de las respuestas integradoras, Rta1 Políticas saludables: Trabajo articulado con docentes, de acuerdo con las necesidades identificadas en cada IED realizando 1.598 acciones pedagógicas, beneficiado 60.537 niños, niñas y adolescentes durante esta vigencia. Rta2 Mejoramiento entorno social: Resignificación de conceptos para una sexualidad sana, responsable, placentera y segura a partir del trabajo focalizado con grupos priorizados por institución teniendo en cuenta su alto nivel de vulnerabilidad, en aras de lograr un adecuado estado de bienestar en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y sus familias, orientándolos al fortalecimiento de sus potencialidades para la toma de decisiones, autonomía y consecución de logros, formando hábitos y estilos de vida saludables y un potencial para insertarse productivamente en la sociedad.

- ✓ Así mismo, se conforman 1.727 acumulado conformados por 24.869 adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años con énfasis en Salud sexual y Reproductiva, se realizaron 368

[37] Memorias Sala Situacional , Bogotá Analiza y Decide Año 2008

Jornadas lúdicas, pedagógicas y temáticas con 66.207 NNA participantes, 2.380 docentes abordados a través de los grupos gestores.

- ✓ En la Respuesta Integradora Rta. 3 Mejoramiento entorno físico: Fortalecimiento de herramientas para el mejoramiento del entorno junto a los diferentes PDA y transversalidades. Rta 4 Acceso a servicios de salud: Mayor apropiación de docentes en la identificación y remisión oportuna de casos de embarazos en adolescentes y jóvenes.
- ✓ Se realizo captación y seguimiento de gestantes, así como la retroalimentación de las rutas implementadas en las instituciones educativas intervenidas que para el año 2011 son 546 sedes, De acuerdo a las acciones frente al Inicio de métodos de regulación de la fecundidad en el pos-parto, se canalizaron 758 casos de gestantes notificados a los servicios de salud y realización de seguimiento a 1.441 gestantes en las sedes de las Instituciones Educativas. Así mismo, 1.199 casos de gestantes con actividades de retroalimención con las directivas de IED y 399 adolescentes en condición de post parto reciben asesoría en regulación de la fecundidad y mantienen el método de planificación familiar.
- ✓ En cuanto a los resultados a través de las respuestas Integradoras se observa mayor numero de participantes en las acciones pedagógicas de 15 a 19 años durante el periodo enero-diciembre para un total de 60.537 jóvenes participantes de 15 a 19 años frente a 24.869 participantes de los grupos gestores con una diferencia de 35.668 adolescentes y jóvenes para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo en adolescentes.

## 5 Ninguno Sometido al maltrato o abuso.

*Es intolerable que cualquier niña o niño de la ciudad se encuentre en una condición evidente de vulneración de derechos y no se ejerza su restitución inmediata y posterior garantía.*

**Maltrato niños, niñas y adolescentes**

La violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual en Colombia se constituyen en unas de las problemáticas esenciales en salud pública. Es pertinente resaltar que de todas las manifestaciones de violencia, aquella que ocurre en el ámbito familiar de manera generalmente soterrada pero tan cotidiana que se ha arraigado a la cultura, es la que con más frecuencia se registra provocando enormes daños sociales. Con el propósito de desarrollar un proceso orientado a asegurar la notificación (inmediata y periódica de los casos),[38] contar con datos e información útil, válida, confiable, comparable y oportuna para dar cuenta de la violencia ejercida en contra de las niñas, niños y adolescentes de la ciudad, la SDS cuenta con el Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual [SIVIM].

Durante el quinquenio comprendido entre los años 2005 y 2009 se ha continuado con el esfuerzo sostenido para dar cuenta de la visibilización de la violencia intrafamiliar en general y del maltrato

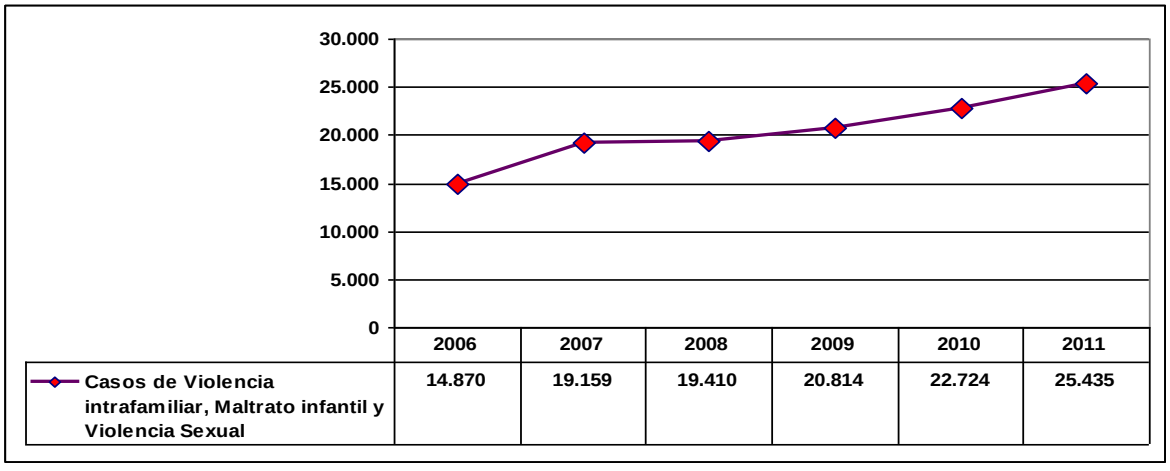
[1]La notificación inmediata hace referencia a todo caso de violencia sexual y a aquellos que revisten riesgo de fatalidad (muerte). Al realizarse su valoración debe considerarse el riesgo de repitencia de agresión hacia la víctima y no sólo la severidad del evento violento. Son casos que deben notificarse dentro de las 24 horas siguientes de haberse captado la información sobre ellos, facilitando su denuncia y realizando la gestión encaminada hacia la atención integral del mismo así como a las acciones de las autoridades competentes.

infantil en particular; diferenciando las diversas formas de ejercicio de la violencia ejercida en contra de los y las menores de edad.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM que permite desarrollar un proceso orientado a asegurar la notificación [inmediata y periódica][39]. De esta manera se dispone de los datos e información útil, válida, confiable, comparable y oportuna para dar cuenta de la violencia ejercida en contra de las niñas, niños y adolescentes de la ciudad. Esta información se presenta en los siguientes apartes con el fin de dar cuenta de la distribución de los casos captados y canalizados sobre los cuales de desarrolla seguimiento con el propósito de facilitar y orientar su atención integral y la restitución de derechos de las víctimas.
Durante los últimos seis periodos anuales comprendidos entre los años 2005 y 2011 se ha continuado con el esfuerzo sostenido para dar cuenta de la visibilización de la violencia intrafamiliar en general y del maltrato infantil en particular; diferenciando las diversas formas de ejercicio de la violencia ejercida en contra de los y las menores de edad.

Tomando como línea de base el comportamiento de la notificación de la violencia intrafamiliar captada en el año 2005, la Secretaría Distrital de Salud a través del Área de Vigilancia en Salud Pública se planteó como propósito esencial la visibilización de dicha problemática social mediante el incremento de la captación y seguimiento de casos con énfasis en aquellos asociados con riesgo vital de violencia sexual. Desde entonces el incremento sustantivo y sostenido de los casos se ha hecho evidente mediante la vigilancia epidemiológica en cada una de las localidades de la ciudad. [Gráfica 33]

**Gráfico 33. Comportamiento notificación de casos de Violencia, Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual**




| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos de Violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual | 14.870 | 19.159 | 19.410 | 20.814 | 22.724 | 25.435 |

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud - Área de Vigilancia en salud pública

El incremento de la notificación en el año 2011 con respecto al periodo anual anterior es de 10,3 lo cual equivale a 2.621 casos. Una de las observaciones más relevantes en la distribución de casos,

[39] La notificación inmediata hace referencia a todo caso de violencia sexual y a aquellos que revisten riesgo de fatalidad (muerte). Al realizarse su valoración debe considerarse el riesgo de repitencia de agresión hacia la víctima y no sólo la severidad del evento violento. Son casos que deben notificarse dentro de las 24 horas siguientes de haberse captado la información sobre ellos, facilitando su denuncia y realizando la gestión encaminada hacia la atención integral del mismo así como a las acciones de las autoridades competentes.

con respecto a los segmentos de población según edad, es la concentración de víctimas de violencia intrafamiliar en menores de 19 años. Así, para ambos años cerca del 70% de las víctimas son menores de edad de ambos sexos. Para el año 2010 dicha concentración alcanzó el 69.2% [n=15.733 casos] y para el año 2011 el porcentaje de víctimas menores de 18 años fue de 67,4% [n= 17.082]. El hallazgo evidencia una mayor frecuencia de la violencia ejercida contra niños, niñas y adolescentes.

**Cuadro. 10 Comparativo violencia intrafamiliar según edad y sexo Bogotá, D.C. 2010-2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 891 | 827 | 1718 | 981 | 1048 | 2029 |
| 1 a 6 años | 2490 | 2430 | 4920 | 2580 | 2475 | 5055 |
| 7 a 11 años | 1800 | 1602 | 3402 | 2035 | 1799 | 3834 |
| 12 a 17 años | 1520 | 3759 | 5279 | 1899 | 4241 | 6140 |
| Total | 6701 | 8618 | 15319 | 7495 | 9563 | 17058 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

La violencia emocional o psicológica se constituye en el tipo de violencia que con mayor frecuencia se registra en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica en cualquier país del orbe. La razón de dicho comportamiento obedece a que todos los demás tipos de violencia (física, sexual, abandono, negligencia y violencia económica) siempre se han de ver acompañadas del componente psíquico. No o obstante, la violencia emocional puede registrarse sola; sin que esta se halle imbricada a otro tipo de violencia como en el caso de la descalificación pública, la burla o el insulto. El hecho que la violencia emocional acompañe sin excepción a los demás tipos de violencia señala a este tipo de maltrato como el más frecuente dentro de los seis tipos de violencia incluidos en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica del Distrito Capital. El análisis de datos para niños y niñas menores de 18 años muestra la mayor frecuencia de la violencia emocional en el grupo etáreo comprendido entre los 12 y los 17 años. Así, del total de víctimas afectadas por el maltrato emocional o psicológico más del 34% de los casos se concentran el el grupo de edad en mención; el comparativo entre los años 2010 y 2011 muestra un incremento del 34,3% (n= 6089) en el año 2010 a 7.446 casos que equivalen al 36,5% y corresponden al periodo anual 2011. Otro hallazgo esencial está referido a la distribución de casos según sexo la cual se halla más acentuada para todos los grupos de edad contemplados en las victimas de sexo femenino. [Cuadro 11]

**Cuadro 11. Violencia Emocional según edad y sexo Bogotá, D.C. 2010 -2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 1051 | 965 | 2016 | 1181 | 1214 | 2395 |
| 1 a 6 años | 2923 | 2723 | 5646 | 3042 | 2815 | 5857 |
| 7 a 11 años | 2196 | 1813 | 4009 | 2579 | 2110 | 4689 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 a 17 años | 1906 | 4183 | 6089 | 2420 | 5026 | 7446 |
| Total | 8076 | 9684 | 17760 | 9222 | 11165 | 20387 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

Respecto a la violencia física ejercida contra los menores de 18 años afecta con más frecuencia a las niñas que a los niños, las diferencias aunque son leves, permiten señalar que los grupos de edad más afectados son los niños entre los 12 y los 17 años de edad en donde se tiende a duplicar la diferencia entre hombres y mujeres afectadas [Cuadro 12]

**Cuadro 12. Violencia Física según edad y sexo - Bogotá, D.C. 2010 -2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 81 | 70 | 151 | 58 | 73 | 131 |
| 1 a 6 años | 510 | 382 | 892 | 477 | 421 | 898 |
| 7 a 11 años | 513 | 435 | 948 | 578 | 440 | 1018 |
| 12 a 17 años | 420 | 823 | 1243 | 489 | 1010 | 1499 |
| Total | 1524 | 1710 | 3234 | 1602 | 1944 | 3546 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

Del total de casos de violencia y maltrato registrados a través del SIVIM durante los años 2010 y 2011 la proporción de casos de violencia sexual corresponden al 15,7% y al 15% respectivamente con una disminución equivalente 0,7% de acuerdo con los datos preliminares captados a través del SIVIM. Para este tipo de violencia más del 78% de los casos corresponden a víctimas de sexo femenino y el grupo más afectado suele ser el de los menores de entre los 12 y los 17 años de edad. Respecto a las víctimas de sexo masculino las frecuencias más elevadas se registran en el grupo de edad que comprendido entre 1 y 6 años de edad. [Cuadro 13]

**Cuadro 13 Violencia Sexual según edad y sexo - Bogotá, D.C. 2010 -2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 3 | 22 | 25 | 5 | 18 | 23 |
| 1 a 6 años | 263 | 587 | 850 | 227 | 436 | 663 |
| 7 a 11 años | 184 | 551 | 735 | 176 | 497 | 673 |
| 12 a 17 años | 136 | 1107 | 1243 | 96 | 895 | 991 |
| Total | 586 | 2267 | 2853 | 504 | 1846 | 2350 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

La violencia económica en el sistema de vigilancia epidemiológica - SIVIM, está referida a las acciones en que una persona es utilizada para la consecución de recursos materiales o económicos en beneficio de otros, como forma de explotación pero también incluye la utilización de medios económicos como manera de coartara el desarrollo personal. Para los menores de 18 años de edad la distribución de los casos fue ligeramente superior en los varones En el año 2011 se registra una leve diferencia en la distribución de casos según sexo. Sin embargo, es relevante mencionar que para el año 2011 el grupo de edad más afectado es el de los niños y niñas cuyas edades varían entre los 12 y los 17 años de edad con 386 casos que equivalen al 40,9%. [Cuadro 14].

**Cuadro 14. Violencia Económica según edad y sexo - Bogotá, D.C. 2010 -2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 63 | 53 | 116 | 47 | 39 | 86 |
| 1 a 6 años | 122 | 94 | 216 | 135 | 117 | 252 |
| 7 a 11 años | 93 | 82 | 175 | 146 | 74 | 220 |
| 12 a 17 años | 83 | 125 | 208 | 151 | 235 | 386 |
| Total | 361 | 354 | 715 | 479 | 465 | 944 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

La negligencia o descuido está referida en el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIM a los comportamientos que privan a la persona víctima de la satisfacción de sus necesidades básicas, estando en posibilidad de brindarla. Aquí se incluye los accidentes, el retraso escolar, los casos de malnutrición y las enfermedades recurrentes como asociadas al descuido de los cuidadores. La distribución e estos casos afectan con mayor frecuencia a los niños, las niñas y los adolescentes menores de 18 años. Para el año 2011 se registro un incremento en los casos de negligencia de 1793 casos. Los grupos más afectados son los menores de edad entre el año y los 6 años de edad y aquel comprendido entre los 12 y los 17 años. [Cuadro 15]

**Cuadro 15. Violencia por negligencia o descuido según edad y sexo- Bogotá, D.C. 2010 – 2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 979 | 877 | 1856 | 1039 | 1084 | 2123 |
| 1 a 6 años | 2221 | 1971 | 4192 | 2351 | 2057 | 4408 |
| 7 a 11 años | 1333 | 899 | 2232 | 1528 | 1035 | 2563 |
| 12 a 17 años | 1023 | 1842 | 2865 | 1326 | 2518 | 3844 |
| Total | 5556 | 5589 | 11145 | 6244 | 6694 | 12938 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

Los casos de abandono se refieren a situaciones en que las víctimas son dejadas solas de manera permanente por sus familiares o cuidadores, a pesar de requerir atención o asistencia, en razón de su edad o de sus condiciones de salud, poniendo en riesgo la integridad de los afectados. Del total de casos registrados por violencia intrafamiliar y maltrato estos casos representan entre el 8% y 10%aproximadamente. Para los últimos dos periodos anuales y de acuerdo con los datos

preliminares suministrados por el SIVIM el abandono se acentúa en víctimas de sexo masculino y no existen diferencias relevantes entre los grupos de edad de los menores afectados. [Cuadro 16].

**Cuadro 16. Violencia por abandono según edad y sexo - Bogotá, D.C. 2010 -2011**

| Grupo Edad | 2010 | | | 2011 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculino | Femenino | Total | Masculino | Femenino | Total |
| < 1 año | 106 | 92 | 198 | 79 | 77 | 156 |
| 1 a 6 años | 318 | 254 | 572 | 249 | 217 | 466 |
| 7 a 11 años | 270 | 197 | 467 | 285 | 157 | 442 |
| 12 a 17 años | 219 | 265 | 484 | 222 | 316 | 538 |
| Total | 913 | 808 | 1721 | 835 | 767 | 1602 |

Fuente: SIVIM. Información preliminar a Noviembre de 2011 – Secretaría Distrital de Salud
Área de Vigilancia en salud pública

## Objetivo de Política:
## Protección

## 6 Ninguno en una actividad perjudicial

*Es intolerable que niñas, niños y adolescentes sean sometidos alguna práctica de explotación laboral*

## 6.1 Proyectos de Inversión

## Salud al trabajo

El ámbito laboral se define como el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En el se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan. Integra el accionar de los actores institucionales, comunitarios, gremiales para el diseño de respuestas sociales integrales dirigidas al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los y las trabajadoras del Distrito Capital.

Los procesos que se desarrollan en el marco del programa se ubican en dos niveles: nivel Distrital en donde confluyen los diversos actores entre los que se identifican de manera especial las Administradoras de Riesgos Profesionales y las organizaciones de trabajadores, para la definición y puesta en marcha de actividades conjuntas para el objetivo del programa; y nivel local, a través de las acciones operadas por la Empresas Sociales del Estado en las veinte localidades del Distrito y dirigidas a la población trabajadora con mayor grado de vulnerabilidad, en articulación con los demás actores sociales de la localidad, operadas a través del ámbito laboral.

De acuerdo con las competencias otorgadas por el ente territorial las poblaciones que serán sujeto de las intervenciones son: población trabajadora no asegurada al Sistema General de Riesgos Profesionales [informal] o que se encuentre vinculadas a nivel local en proyectos productivos del

Instituto para la Economía Social [IPES] o que se encuentren en condiciones de trabajo precarias y/o tienen dificultades en el acceso a los servicios de salud; niños y niñas trabajadoras menores de quince años; adolescentes entre 15 y 18 años trabajadores; empresarios formalizados de cualquier actividad económica que requieran ser sensibilizados para la inclusión socio laboral de personas en situación de discapacidad; jóvenes, adultos y personas mayores desplazadas que estén desarrollando un proceso productivo en la economía informal, especialmente, aquellos que lo están desarrollando con el Instituto para la Economía Social y trabajadores o trabajadoras pertenecientes a los cuatro grupos étnicos del Distrito Capital.

**Proporción de niños y niñas trabajadores-as menores de quince años desvinculados del trabajo.**

El trabajo infantil ha sido reconocido como un intolerable social en la "Política por la calidad de vida de los niños, las niñas, los y los adolescentes 2004-2008", el cual se ha intervenido mediante la acción conjunta de la Administración Distrital, otras entidades públicas y privadas del orden Nacional e Internacional y las demás organizaciones de la sociedad civil. Es así como desde el 2005 se han adelantado acciones intersectoriales en materia de identificación de niñas, niños y adolescentes trabajadores en los diferentes territorios sociales mediante estrategias de búsqueda activa; activación de rutas de atención integral y vinculación a los diferentes servicios sociales para la restitución de derechos vulnerados; acciones de movilización social dirigidas a la transformación de patrones culturales que validan el trabajo infantil y trabajo con las familias en materia de generación de ingresos; así como el fortalecimiento de instancias de coordinación distrital y local que trabajan el tema en aspectos como la generación de conocimiento frente a la situación, la gestión intersectorial e interinstitucional para la respuesta integral y la actualización y seguimiento a las acciones en la política pública.

Es importante precisar que aunque al interior de la SDS se vienen adelantando acciones desde el 2005, sin embargo, en el presente análisis se presentará la información correspondiente al actual plan de gobierno con información sistematizada del 2008 al 2010.

Las metas definidas en el plan sectorial frente a la problemática son:

a. Al 2012 se habrán identificado 20.000 niñas y niños trabajadores, para promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo. LB: 76621 NNJ trabajadores en Bogotá. DANE: 2005.
b. Al 2012 se habrán identificado 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido. LB: 76621 NNJ trabajadores en Bogotá. DANE: 2005
c. Contribuir a la Erradicación del trabajo infantil. (Línea de Base: 4.8 - Tasa de ocupación en menores de 18 años - Fuente DANE 2005)

En el cuadro anexo se presenta el avance de cumplimiento de cada una de las metas.

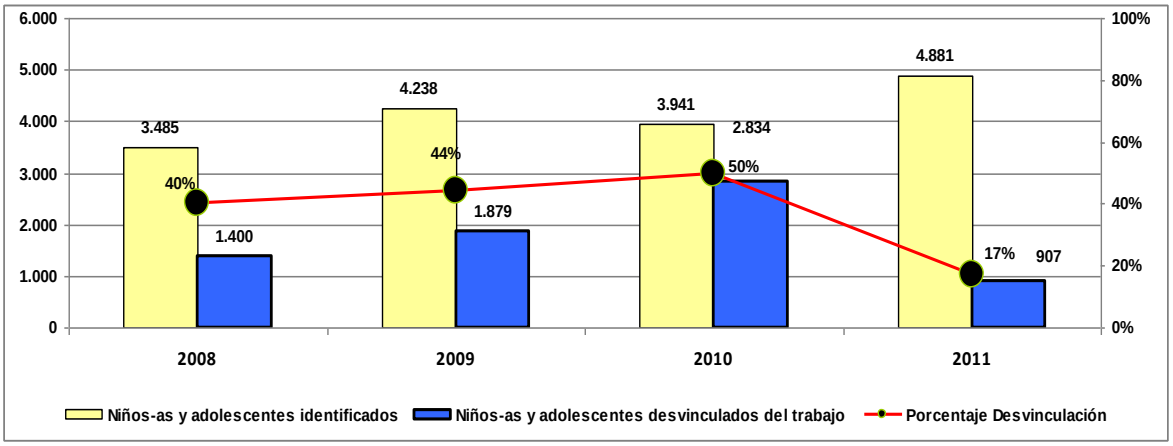
| INTERVENCIÓN | AÑO | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011[40] |
| Niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados, canalizados a programas y servicios de salud y de otras instituciones y con seguimiento. | 3.485 | 4.238 | 3.941 | 4.881 |
| Niños y niñas trabajadores desvinculados del trabajo y con permanencia en el sistema educativo. | 1.400 | 1.879 | 2.834 | 907 |

[40] Datos a diciembre de 2011, la intervención finaliza en enero de 2012

| INTERVENCIÓN | AÑO | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011[40] |
| Porcentaje de desvinculación laboral: No. de niños, niñas y adolescentes trabajadores que lograron desvincularse del trabajo / Total de niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados | 40 | 44 | 50 | 17 |
| Adolescentes trabajadores entre 15 y 18 años con generación de condiciones de trabajo protegido. | 1.029 | 1.261 | 1.709 | 2.379 |

Sin embargo, es importante resaltar que las estrategias que se han implementado en el marco del programa, han garantizado que cada vez un mayor número de niños, niñas y adolescentes se hayan desvinculado del trabajo. Aumentando la proporción de desvinculación laboral del 40% en el 2008, al 44% en el 2009 y el 50% en el 2010, el del 2011, con un dato parcial a diciembre 31, está en el 17%, sin embargo la intervención finaliza en enero de 2012, y se podrá dar los datos finales para dicho año.[Gráficas 34].

**Gráfica 34. Niños, niñas y adolescentes identificados, canalizados y desvinculados a través del programa 2008-2011 [con corte a diciembre 31]**




Fuente: SDS Registros de seguimiento de niños, niñas y adolescentes con corte 31 de diciembre de 2011

En cuanto a la tasa de trabajo infantil para el Distrito, en datos oficiales reportados por el DANE sobre el módulo de trabajo infantil de la Gran Encuesta Colombiana de Hogares del 2009, es evidente el avance significativo que ha tenido la ciudad en la erradicación de este fenómeno social, presentando una disminución de la tasa del [3.4 en 2007] al [2.8, lo que significa que por cada 1000 niños y niñas trabajaban 3.4 en el 2007], en el 2009 se redujo su participación a 2.8. El Ministerio de la Protección Social y la Procuraduría General de la Nación reconocen el esfuerzo del Gobierno Distrital por la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, gestión que fue premiada en el marco del II Encuentro Internacional contra el trabajo infantil adelantado en Bogotá en Noviembre del 2010, en el año 2.011 se realizó evaluación a la gestión de los Alcaldes locales sobre acciones para la prevención y erradicación del trabajo infantil y con base en los resultados se hizo una premiación a 11 alcaldes locales de: Teusaquillo, Rafael Uribe, Sumabas, Fontibón, Suba, Chapinero, Candelaria, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, el evento fue valorado de forma muy positiva por la OIT y ésta fue llevada como experiencia exitosa de Colombia a un evento de trabajo infantil en Lima Perú.

**Principales aspectos que influyeron en su comportamiento**

Una de las principales causas generadoras del trabajo infantil, es la escasez de oportunidades de empleo de las cabezas de hogar, que en la mayoría de los casos son mujeres que presentan dificultades para la manutención de sus hijos-as, en el acceso a la educación y en el ejercicio de la crianza de éstos, especialmente cuando se carece de redes de apoyo familiar y sociales. Esta situación lleva a que niñas-os y adolescentes tengan que someterse a situaciones de encierro o de acompañamiento a las actividades laborales de los-as adultos-as y por ende terminan enfrentando situaciones de trabajo infantil y desescolarización. El hecho de que niñas y niños no accedan o deserten del sistema escolar implica un alto costo social y económico para la ciudad y pone en detrimento el desarrollo y bienestar de quienes la habitan; cuando una población no tiene acceso a la educación su crecimiento económico se ve limitado, ya que, cuando no se finalizan los ciclos educativos existen menos posibilidades de acceder a empleos bien remunerados y se perpetúa el círculo de la pobreza. Igualmente, está demostrado el evidente costo humano que significa desertar o no acceder a la escuela, en tanto el espacio escolar, más allá de los aprendizajes específicos o académicos que brinda, constituye un lugar de construcción de identidad, de desarrollo humano y una oportunidad para construir proyectos de vida.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Caracterización e identificación de 2076 adolescentes escolarizados y 303 desescolarizados identificados para un total de 2.379, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios, aseguramiento al SGSSS a los NNA trabajadores y sus familias que no cuenten con este beneficio de acuerdo con las necesidades identificadas.
- ✓ Se da continuidad a las acciones de sensibilización para la prevención del trabajo infantil dirigidas a padres docentes y otros actores de la comunidad en torno a la prevención y erradicación del trabajo infantil, en espacios distintos a la escuela, como plazas de mercado, juntas de acción comunal, plazas públicas entre otros.
- ✓ Promoción de la salud mental y prevención de la vinculación a peores formas de trabajo infantil con niños, niñas y jóvenes trabajadores escolarizados y desescolarizados.
- ✓ Como otra de las líneas estratégicas del programa, se promueve la generación de condiciones de trabajo protegido a adolescentes entre 15 y 18 años de edad.
- ✓ A nivel Distrital, se ha fortalecido la Mesa Distrital para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil con la participación permanente de la SDIS, SDE, SDS, el ICBF, el Ministerio de la Protección Social Dirección Territorial, el Instituto para la Economía Social y la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, con el acompañamiento técnico de la OIT, IPEC.

**Resultados[41].**

- ✓ 5.021 niños y niñas trabajadores escolarizados y 140 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizado a programas y servicios de salud y otros proyectos locales.

[41] IDEM

- ✓ 213 niños y niñas y sus familias identificados a los cuales se les está realizando gestión para el aseguramiento en salud de los cuales 31 ya tuvieron respuesta efectiva.
- ✓ 108 niños y niñas canalizados al ICBF por encontrarse en una situación inminente de vulneración de derechos de los cuales ya obtuvieron respuesta positiva 5.
- ✓ 667 niños y niñas trabajadores canalizados a proyectos locales de promoción de la desvinculación laboral de los cuales ya fueron recibidos 165.
- ✓ 440 niños y niñas identificados en una peor forma de trabajo infantil canalizados a proyectos de desvinculación, de los cuales 135 fueron efectivamente recibidos en programas y servicios locales.
- ✓ 1.222 niños, niñas (907) y adolescentes (315) desvinculados del trabajo.
- ✓ 276 actividades de sensibilización colectiva en espacios locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil en las cuales se han sensibilizado 4.729 personas.
- ✓ 766 niños y niñas han sido atendidos en el programa y servicio de salud al cual fueron canalizados.
- ✓ 1.931 niños y niñas canalizados a la SDIS, de los cuales ya fueron incluidos 81
- ✓ 355 niños y niñas canalizados al CADEL para gestión de cupo escolar, de los cuales 45 ya obtuvieron cupo.
- ✓ En 119 sedes educativas (no necesariamente son sedes del programa salud al colegio, ya que la definición de las sedes la realiza la mesa local, en donde el participa DILE y corresponden a la presentación de la problemática en la localidad), se han adelantado actividades de sensibilización para la prevención de la vinculación de los NNA a peores formas de trabajo infantil, en los cuales se sensibilizaron a 5.168 niños, niñas y adolescentes escolarizados.
- ✓ 1.320 NNA trabajadores han recibido la intervención complementaria de salud mental.
- ✓ 2.076 jóvenes trabajadores escolarizados y 303 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios. Con un cumplimiento a satisfacción de la meta propuesta. A partir de las estrategias implementadas de identificación y búsqueda activa de adolescentes trabajadores, permitió que un número mayor de adolescentes ingresaran al programa.
- ✓ 315 adolescentes desvinculados de su actividad laboral por encontrarse en una actividad prohibida.
- ✓ 335 adolescentes en condiciones de trabajo protegido.

# 7 Restitución de Derechos

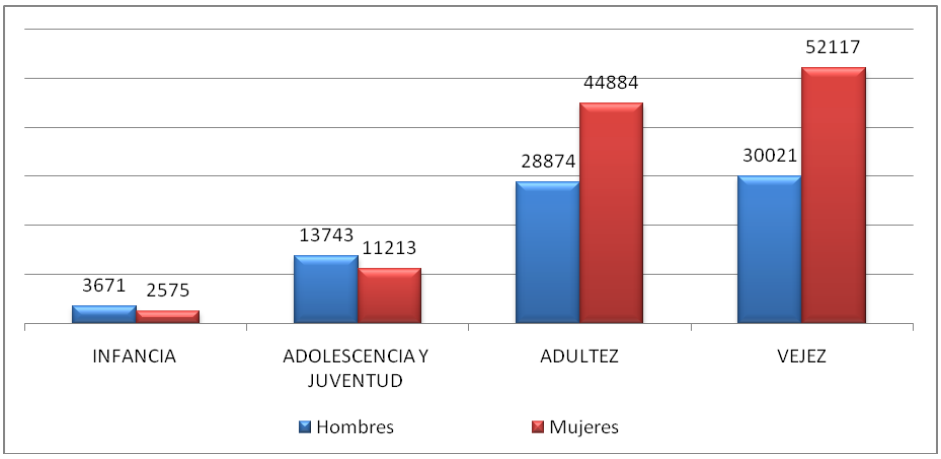
## Proporción de niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad[42]

Desde el abordaje de la Organización Mundial de la Salud [OMS], la discapacidad es una condición humana que incluye deficiencias o alteraciones en órganos o funciones del cuerpo, limitaciones o dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria y restricciones o problemas para participar en la sociedad; esta condición se puede presentar en cualquier momento de la vida, sin importar la edad, el sexo, la condición socio-económica o la ubicación geográfica.

[42] Los criterios para el reporte de información: Se tomaron las bases de datos del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad remitidas y validadas por el MPS en Julio de 2011, para las veinte localidades de Bogotá, D.C. para el periodo 2005 – 2010. Para el 2011 se utilizo información preliminar, de la SDS.

Con el propósito de garantizar el conocimiento de la situación de salud y calidad de vida del total de la población con discapacidad en Bogotá, D.C, como insumo para la planificación de actividades integrales que permitan transformar realidades adversas mediante políticas públicas construidas y fortalecidas con base en este conocimiento, la Secretaría Distrital de Salud buscando, inició en el año 2005 el proceso de registro *para la localización y caracterización de la población con discapacidad*, caracterizando hasta el año 2011 un total de 187.098 personas con discapacidad de las cuales el 3,3% son niños y niñas.

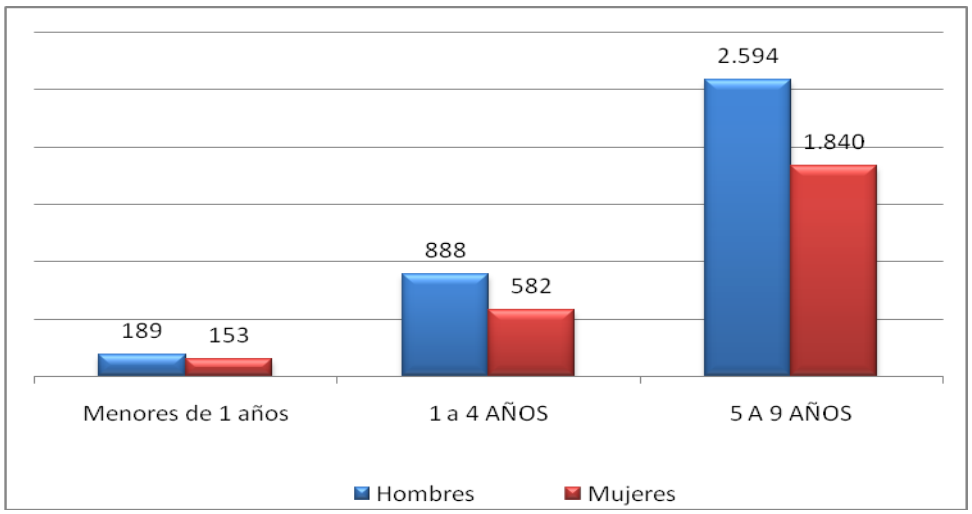
**Gráfico 35. Niños, niñas y adolescentes identificados, canalizados y desvinculados a través del programa 2005-2011 [con corte a diciembre 31]**




Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. MPS 2011. Aplicativo del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad .Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2011. [Datos preliminares]

De acuerdo con los datos preliminares del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá, se observa que 6246 niños y niñas con discapacidad se encuentran registrados, de los cuales el 59% son hombres y el 41 % restante mujeres; evidenciando un mayor predominancia del sexo masculino en este ciclo de vida.

**Gráfico 36. Población con discapacidad en la etapa de ciclo de vida infancia, de acuerdo con subgrupos de edad; Bogotá 2011[datos preliminares]**




Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. MPS 2011.
Aplicativo del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad
.Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2011. [Datos preliminares]

De acuerdo con el subgrupo de edad, es evidente que en su gran mayoría los niños y niñas con discapacidad registrados en el distrito capital, se encuentran en edades entre los 5 y los 9 años con un 71%; un 23,5% se encuentran entre el año y los 4 años de edad y solamente un 5,5% son menores de 1 año de edad.

**Acciones que se destacan durante el 2011 para influir positivamente en el comportamiento del indicador**

- ✓ Durante el año se realizan acciones de la repuesta políticas escolares saludables en integración curricular por medio del abordaje del entorno a políticas y practicas inclusivas de actividades y competencias enfocadas a la disminución de barreras para el aprendizaje en niños y niñas con diversidad funcional en cada una de las instituciones Educativas Distritales. Se continúa la sensibilización a 7.658 docentes en temas de inclusión, respeto a la diferencia y en la exigibilidad de derechos para los niños y niñas con aprendizajes diversos.

- ✓ En cuanto a la respuesta de mejoramiento del entorno social, se observa apropiación de conceptos tales como reconocimiento de la diversidad y del respeto a la diferencia, así como reconocimiento de habilidades y talentos por parte de los niños, niñas y adolescentes participantes de los grupos gestores abordados.

- ✓ Por otro lado, se identificaron niños y niñas con necesidades educativas transitorias y con necesidades educativas permanentes, para la apropiación a docentes en prácticas y herramientas para la generación de estrategias en aula para trabajar integralmente a los niños y niñas con aprendizajes diversos.
- ✓ Se fortalece el tema de la identificación y trabajo en aula con los docentes para disminuir la incidencia hacia la canalización de niños y niñas con aprendizajes diversos en 432 unidades de trabajo; en esta se participa activamente en actividades con el fin de movilizar

la población escolar en procesos de construcción de espacios para el desarrollo de habilidades sociales.

- ✓ Se avanza en el reconocimiento del respeto a la diversidad funcional en 8.726 niños, niñas y adolescentes participantes de los grupos gestores durante todo el año, a partir del afianzamiento de las culturas y practicas inclusivas en las Instituciones Educativas Distritales. Así mismo se logra realizar seguimiento a 1.326 niños y niñas con necesidades educativas transitorias y 133 niños y niñas con necesidades educativas permanentes.
- ✓ En jardines infantiles, se lograron desarrollar procesos relacionados a la sensibilización e información en cuanto a políticas, prácticas y culturas inclusivas, como alternativa de atención a los niños y niñas con discapacidad en la primera infancia. Por otro lado se desarrollan acciones tendientes a mejorar procesos de desarrollo infantil para determinar acciones que generen prácticas inclusivas para el abordaje integral a niños y niñas con alteraciones en el desarrollo infantil en los 240 jardines intervenidos para la vigencia.

## II. GESTIÓN E INVERSIÓN REALIZADA EN BENEFICIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO.

Bogotá continúa siendo el destino de gran parte de la población que se encuentra en condiciones de desplazamiento, según cifras oficiales la capital de la república ocupa el primer lugar geográfico más importante de recepción de población desplazada. Las cifras oficiales de Acción Social estiman que con corte a septiembre del 2009, se han registrado 254.983 personas en condición de desplazamiento en la ciudad, siendo los departamentos Tolima, Cundinamarca, Meta, Huila, Chocó, Caquetá y Caldas, los que presentan mayor número de desplazamientos respectivamente, a Bogotá.

La superación de problemáticas asociadas a las condiciones de vida y salud de la población desplazada pasa por evidenciar situaciones transversales diferenciadas tanto desde lo poblacional en los niños, niñas y adolescentes como los relacionados en el ejercicio de sus derechos como víctimas particularmente indefensas del conflicto armado y del delito agravados cuando se suman a éstas otras transversalidades como: pertenecer a grupos étnicos -indígenas o afrodescendientes- desplazados; y la condición de discapacidad en situación de desplazamiento.

Es en este sentido, que la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva en el eje de salud pública ubica como función básica el contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de la salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito Capital; en consonancia con lo anterior, la entidad adelanta acciones en beneficio de los niños niñas y adolescentes en situación de desplazamiento, a través del Plan de Intervenciones Colectivas que se operacionalizó durante el 2011 a través de la gestión e inversión de los siguientes proyectos de inversión:

**Salud a su casa**

Como se mencionó en la primera parte de este documento, a través de este programa se realiza una lectura integral de necesidades con participación de la comunidad, con el propósito de construir respuestas integrales encaminadas a garantizar, promover y restituir la autonomía individual, familiar y comunitaria, de dichas acciones las familias los niños, niñas y adolescentes en situación y condición de desplazamiento son beneficiarios.[43] Es importante señalar que las actividades de caracterización y seguimiento que se desarrollan en al ámbito familiar en los 315 microterritorios, permiten a la entidad tener identificados a los niños, niñas y adolescentes en situación y condición de desplazamiento y las actividades y servicios de los que son sujetos[44].

[43]Es necesario hacer una distinción entre situación y condición de desplazamiento. Según la ley 387 de 1997 las personas en situación de desplazamiento son aquellas que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público. Este grupo incluye a todas las personas desplazadas, estén o no inscritas en el Sistema Único de Registro (SUR) de Acción Social de la Presidencia de la República (antes Red de Solidaridad Social.) Personas en condición de desplazamiento, son aquellas personas que siendo obligadas a salir de su territorio como resultado del conflicto armado, están registradas en el Sistema Único de Registro (SUR) de Acción Social como población desplazada.

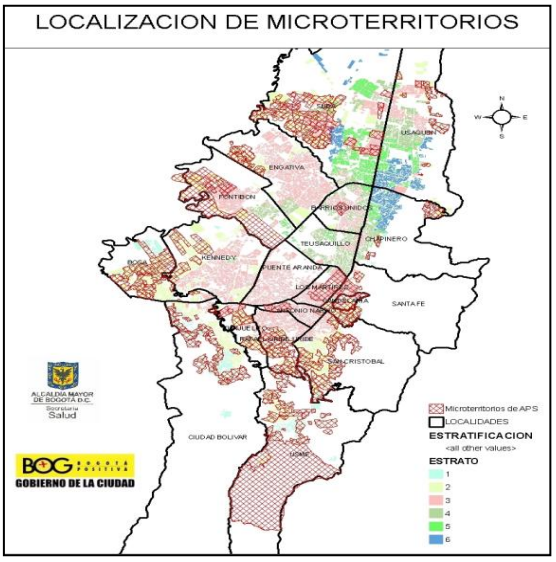
[44] En cuanto a la cobertura, integralidad y continuidad de las acciones en el sector salud, a pesar de que se han efectuado algunos esfuerzos puntuales por proporcionar apoyo en la atención colectiva a este grupo poblacional en ciertos ámbitos concretos y específicos, tales esfuerzos se quedan cortos debido a tres causas centrales: la dimensión del problema a resolver, la dimensión

En 2011 se cubrieron en el ámbito familiar, 17.608 menores de 18 años en situación y condición de desplazamiento en las veinte localidades del Distrito Capital [Gráfico 36], de los cuales, 12.172 se canalizaron a servicios del sector salud y a otros servicios, como integración social, educación, recreación y deporte, entre otros, a través de intervenciones integrales llevadas a cabo por 82 equipos integradores de soporte, los cuales recogen a los equipos básicos de salud familiar y comunitaria a través de puntos de atención de las 14 Empresas Sociales del Estado [ESE] en las cuales operan la estrategia en 19 localidades de las 20 del Distrito Capital. [Últimas cifras preliminares disponibles en la Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011].

Para esta población se mantuvieron y afianzaron intervenciones promocionales de calidad de vida y salud, siendo prioritarias las acciones de seguimiento permanente en mujeres gestantes, menores de cinco años; niños atendidos en Salas de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA]; hospitalizados por ERA; niños, niñas y adolescentes con atención domiciliaria por enfermedad respiratoria aguda [ERA]; niños con desnutrición; personas en condición de discapacidad y familias con riesgo psicosocial [por maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar], con intentos de suicidio y con problemas de vivienda.

**Gráfico 37. Población Menor de 18 Años en situación de desplazamiento Cubierta en el Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| | Localidad | Menores de 18 Años Cubiertos | Menores de 18 Años con Seguimiento | Microterri Torios |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Usaquén | 292 | 259 | 11 |
| 2 | Chapinero | 66 | 64 | 2 |
| 3 | Santa Fe | 323 | 195 | 11 |
| 4 | San Cristóbal | 1.505 | 1.008 | 31 |
| 5 | Usme | 1881 | 1.727 | 30 |
| 6 | Tunjuelito | 571 | 529 | 12 |
| 7 | Bosa | 1.388 | 486 | 50 |
| 8 | Kennedy | 2.085 | 1.187 | 32 |
| 9 | Fontibón | 293 | 190 | 14 |
| 10 | Engativá | 995 | 545 | 25 |
| 11 | Suba | 2.332 | 1.974 | 70 |
| 12 | Barrios Unidos | 21 | 26 | 1 |
| 14 | Mártires | 381 | 298 | 5 |
| 15 | Antonio Nariño | 66 | 77 | 2 |
| 16 | Puente Aranda | 211 | 59 | 3 |
| 17 | Candelaria | 197 | 176 | 2 |
| 18 | Rafael Uribe | 1.518 | 1.256 | 34 |
| 19 | Ciudad Bolívar | 3.475 | 2.115 | 36 |
| 20 | Sumapaz | 2 | 1 | 4 |
| | Total | 17.608 | 12.172 | 375 |



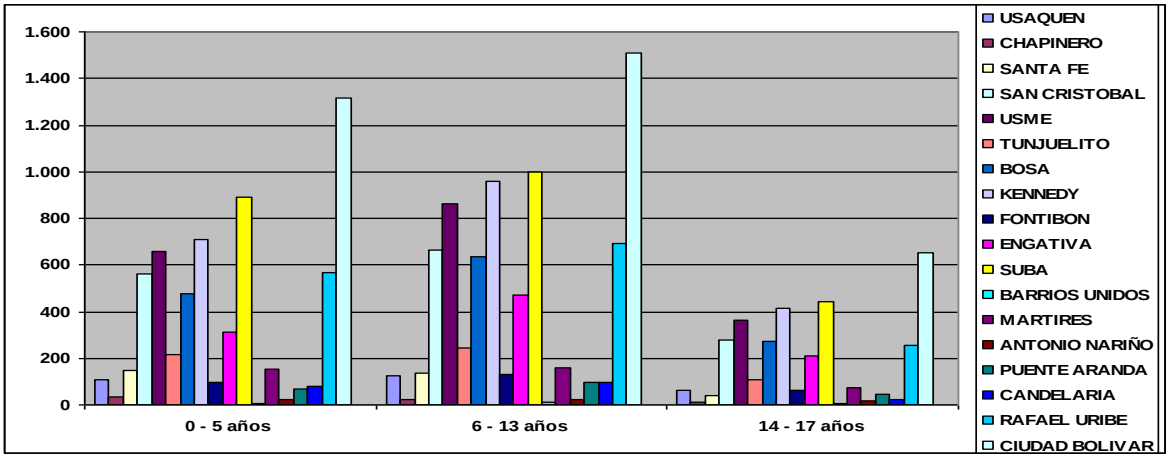

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

De las 1.555.394 actividades de seguimiento realizadas a los niños, niñas y adolescentes de Bogotá, se llevaron a cabo 155.783 actividades de seguimiento integral beneficiando a 12.172, a niños y niñas menores de 18 años en situación y condición de desplazamiento; de los cuales 68.392 cubrieron a 4.703 niños y niñas entre los 0 y 5 años; 59.884, favorecieron a 5.226 niños y niñas entre los 6 y 13 años y 27.507 cubrieron a 2.243 adolescentes entre los 14 y 17 años

poblacional en Bogotá y a la constante movilidad de estas personas y su familias entre las distintas localidades en busca de mejores oportunidades a nivel laboral, social, y de seguridad.

[Últimas cifras preliminares disponibles en la Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011].

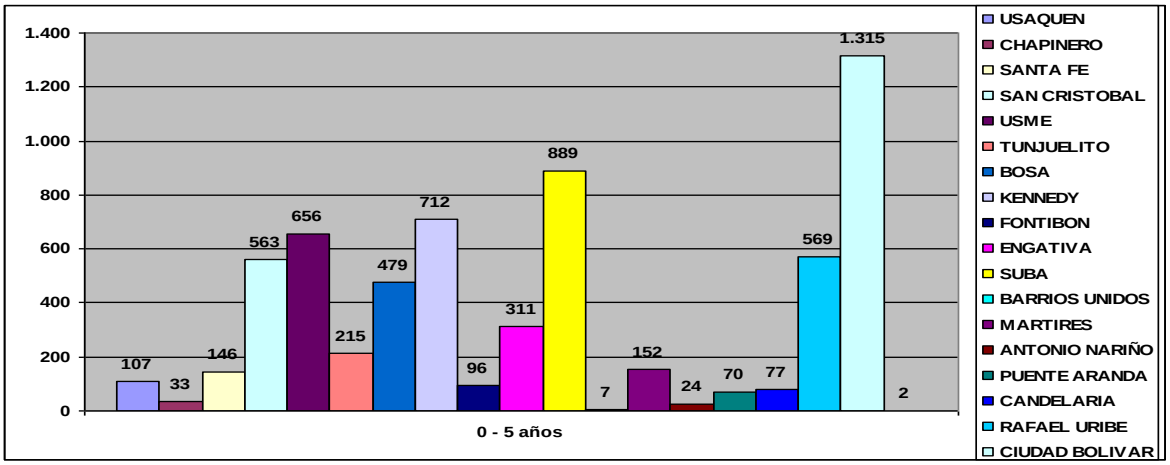
**Gráfico 38. Menores de 18 años en situación y condición de desplazamiento por localidad y grupo etáreo Cubiertos en "salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Este proyecto continua con la priorización al grupo poblacional de menores de cinco años a través de intervenciones con padres y cuidadores orientadas a generar competencias y condiciones en las familias que permitan estilos de vida y patrones de consumo saludables que favorezcan prácticas cotidianas que incidan en un mejor nivel de calidad de vida para llegar a la adultez en mejores condiciones. Así mismo, en el comportamiento por localidad [Gráfico 38] se observa que las localidades de Ciudad Bolívar y Suba se destacan por ser aquellas donde se ha registrado más actividades de seguimiento permanente a población menor de 5 años. Para el caso de las que menos actividades de seguimiento permanente tienen, es por que cuentan con menor población en situación de desplazamiento susceptible de ser incorporada dentro de la cobertura de atención de la estrategia de APS.

**Gráfico 39. Menores en situación y condición de desplazamiento de 0 a 5 años por Localidad Cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Las intervenciones dirigidas al grupo poblacional de menores de 5 años en situación y condición de desplazamiento, contempla aspectos centrales como vacunación, control de crecimiento y desarrollo, información sobre importancia de adherencia a programas y sobre alcances que para este grupo poblacional tienen los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]; educación en salud oral en la cual se destaca la importancia del cepillado e higiene bucal; la información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita y en general sobre los servicios prestados por las empresas sociales del Estado [ESE] y como acceder a ellos, así como la educación en vivienda saludable y la canalización a la Secretaría de Hábitat [Cuadro 34]. La actividad de verificación de asistencia al control de crecimiento y desarrollo es de vital importancia en la medida en que fortalece el vínculo de la población con las instituciones y la corresponsabilidad de los padres en el cuidado de sus hijos, permitiendo la detección temprana de problemas como la desnutrición, anemia y enfermedades generales que llegan afectar el normal crecimiento de niños y niñas.

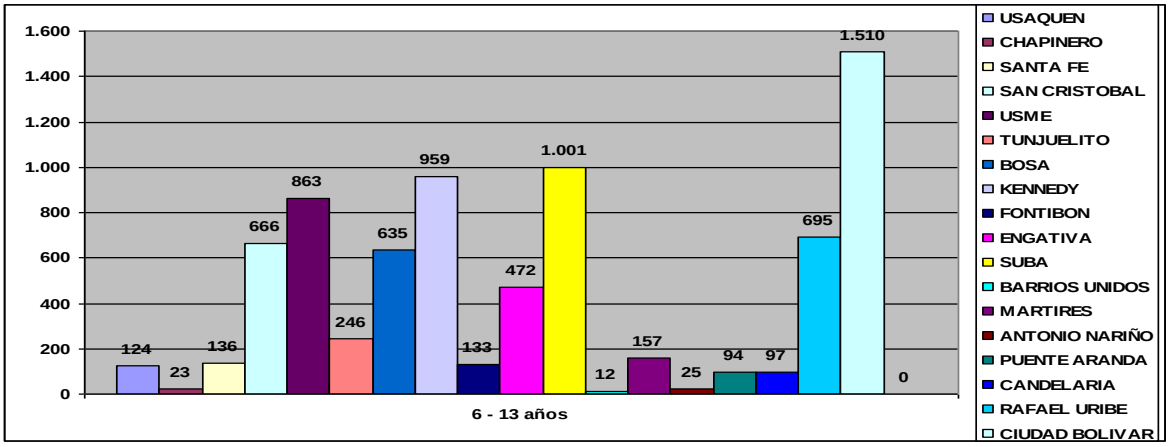
**Cuadro 17. Intervenciones Integrales menores en situación y condición de desplazamiento de cinco años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 237 | 936 |
| Educación en salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal) | 236 | 941 |
| Canalizar a programa de salud oral | 201 | 849 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 197 | 908 |
| Educar en AIEPI (vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención accidentes) | 190 | 783 |
| Verificar control de Crecimiento y Desarrollo | 147 | 638 |
| Canalizar a Vacunación. | 146 | 636 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 138 | 657 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 28 | 57 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 125 | 570 |
| Canalizar a Urgencias | 107 | 491 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 106 | 488 |
| Canalizar a consulta médica general | 87 | 470 |
| Canalizar a Secretaría de Hábitat | 84 | 391 |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Para el grupo de 6 a 13 años, las acciones se ejecutan con cuidadores, siendo la educación, la verificación y la canalización a programas, las que garantizan la continuación de su desarrollo y la preparación para la adolescencia intermedia.

**Gráfico 40. Menores en situación y condición de desplazamiento de 6 a 13 años por Localidad Cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2010.

Durante el 2011, las acciones de canalización en las que mas se hicieron énfasis para este tipo de población fueron: información sobre la importancia de la adherencia a los programas Educación en salud oral y canalización al programa, información sobre servicios Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud entre otras [Gráfico 40]Las localidades donde se llevaron a cabo más actividades de seguimiento y acompañamiento a las familias que tienen niños y niñas de 6 a 13 años fueron Ciudad Bolívar, Usme y Suba. En las localidades donde se llevan a cabo menos actividades de seguimiento permanente se corresponden con aquellas en las cuales hay menos población para este rango de edad susceptible de ser incorporada dentro de la cobertura de atención de la estrategia de APS.

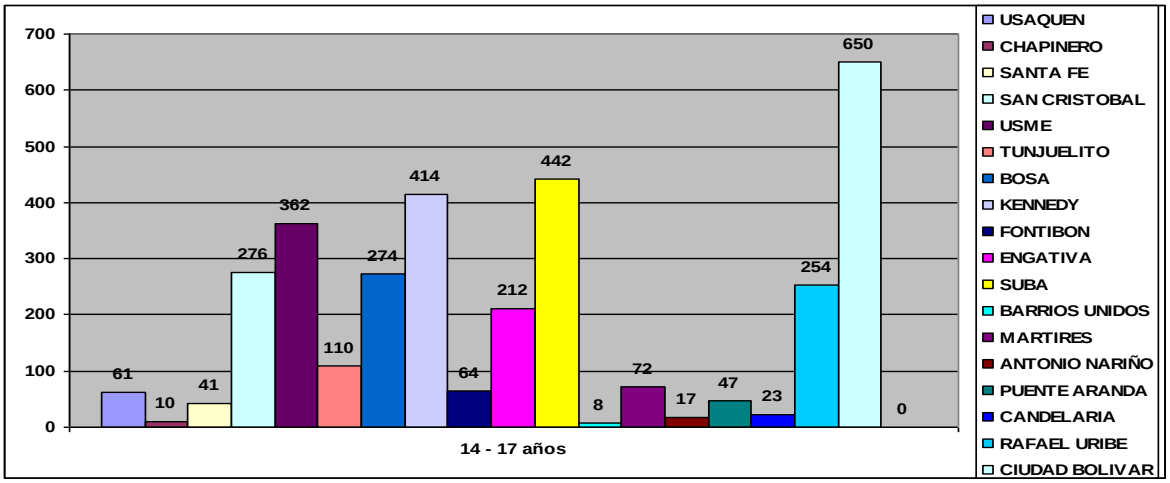
**Cuadro 18. Intervenciones Integrales menores en situación y condición de desplazamiento de 6-13 años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 271 | 1062 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 264 | 1028 |
| Canalizar a programa de salud oral | 237 | 961 |
| Educación en salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal) | 193 | 740 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 169 | 724 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 166 | 694 |
| Información-Educación-Conserjería Prevención Embarazo Adolescente | 151 | 588 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 127 | 550 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - Comedor Comunitario | 127 | 550 |
| Canalizar a Urgencias | 127 | 550 |
| Canalizar a consulta médica general | 123 | 575 |
| Canalizar a Secretaría de Hábitat | 89 | 417 |
| Canalizar a la Registraduría | 34 | 130 |
| Visita de médico | 34 | 376 |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2010.

Para el grupo poblacional de 14 a 17 años se realizaron intervenciones específicas, dentro de las cuales están verificación o comprobación de que se ha realizado la toma de citología vaginal y la respectiva canalización al programa en el caso de no habérsela practicado. Durante este trimestre las localidades con mayores coberturas en actividades de seguimiento a esta población son Ciudad Bolívar, Usme y Suba [Gráfico 41].

**Gráfico 41 Menores de 14 a 17 años en situación y condición de desplazamiento por localidad cubiertos en "Salud a su Casa"**




Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

Para este grupo poblacional, se destacan las acciones de canalización a programa de salud oral, información sobre la importancia de la adherencia a los programas, educación en "Vivienda Saludable" [manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia, información sobre servicios instituciones prestadoras de servicios de salud, canalización a urgencias, canalización a la Secretaría de Hábitat, verificación de la toma de citología vaginal en las niñas de este subgrupo, canalización para control de regulación de la fecundidad [Planificación Familiar], para la toma de citología vaginal y para la atención de urgencias y a la consulta médica general, canalización a otras entidades como la Secretaría de Integración Social, al Programa de Comedores Comunitarios y a otros proyectos y a la Secretaría de Hábitat [Cuadro 36].

**Cuadro 19. Intervenciones Integrales Menores de 14 a 17 Años Ámbito Familiar "Salud a su Casa"**

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Información sobre la importancia de la adherencia a los programas. | 110 | 460 |
| Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS | 99 | 453 |
| Canalizar a programa de salud oral | 85 | 384 |
| Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos. | 78 | 335 |
| Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia). | 74 | 292 |
| Canalizar a consulta médica general | 55 | 269 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - Comedor Comunitario | 54 | 240 |
| Canalizar a la Secretaría de Integración Social - otros proyectos | 54 | 240 |
| Canalizar a Urgencias | 54 | 240 |
| Información-Educación-Consejera Prevención Embarazo Adolescente | 49 | 279 |

| Intervención | Primer Trimestre | Total |
|---|---|---|
| Canalizar a toma de citología vaginal | 47 | 178 |
| Canalizar a Secretaría de Hábitat | 41 | 170 |
| Canalizar para control de regulación de la fecundidad (Planificación Familiar) | 35 | 180 |
| Verificar toma de citología vaginal | 32 | 151 |
| Educación en salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad) | 27 | 103 |
| Visita de médico | 14 | 171 |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - SQL SERVER 2008 con corte a 31 diciembre de 2011.

## Salud al Colegio

Desde el ámbito escolar, se busca favorecer el desarrollo de capacidades y habilidades en el escenario escolar propiciando la creatividad y el juego en los niños y niñas en situación de desplazamiento reconociendo prácticas culturales y el fomento de habilidades para sobreponerse a la adversidad (resiliencia) desarrollada a través de técnicas tales como: la observación, la capacidad de escucha, el estímulo de la figura positiva de un adulto responsable (madre, padre, cuidadores), el fortalecimiento de la afectividad, la autoestima, la confianza básica, la autonomía y las aptitudes para resolver problemas.

La respuesta integral transversal enmarca el reconocimiento de prácticas culturales y el fomento de habilidades hacia la promoción de la salud mental. A partir de dicha perspectiva, durante el 2011 se implementó la intervención denominada "mejoramiento del entorno social," a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) las cuales avanzaron en la puesta en marcha de acciones promocionales tomando como referente la inclusión social, el reconocimiento en el marco del enfoque diferencial y el principio de respeto a la vida propia y del otro en la interacción social.

La promoción de la salud escolar fue la base para la generación de los espacios desde los cuales pensar y desarrollar acciones que permitieran a los equipos de salud y a las comunidades educativas tener una relación basada en la solidaridad, en la creatividad, transmisión de saberes y valores desde la comprensión, la concertación y el afecto, reconociendo bases conceptuales, normativas y experiencias para promover estrategias culturales, lúdicas, recreativas y de expresión artística en las comunidades educativas y facilitar la adhesión a procesos de promoción de la salud y calidad de vida, y su incorporación en las relaciones institucionales y pedagógicas cotidianas. A continuación se presenta el número de sedes intervenidas:

| SEDES | NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES LINEA DE BASE 2011 | GRUPOS GESTORES EN SALUD MENTAL |
|---|---|---|
| 175 | 4.600 | 61 |

Fuente: Dirección de Salud Pública. Seguimiento IV Trimestres Proyecto 623 Salud a Su Casa SDS.

Los principales logros estuvieron relacionados con:

- ✓ Generar reflexión en modos de operación de la inclusión social en el ámbito escolar escenario colegios ante la invisibilización de la problemática del desplazamiento forzado en la comunidad educativa y aún más de las dimensiones de trabajo en el marco de los derechos ante el desconocimiento de las afectaciones en niños, niñas y adolescentes que vivieron dicho proceso y que se encuentran escolarizados para crear procesos lúdicos y

artísticos que visibilizan la diferencia y la diversidad en confluencia con el significado de identidad y convivencia.

- ✓ Identificación de puntos de articulación desde la capacitación a referentes locales del enfoque diferencial producto del trabajo del equipo técnico del nivel distrital para su desarrollo; incorporando elementos de discusión y formación en derechos con ampliación de la mirada del enfoque para materializar en el ámbito y posibilitar la puesta en marcha de acciones promocionales de incidencia en dicho contexto en donde transcurre la vida cotidiana y la movilización de lineamientos de Política Sectorial en éste sentido.

## Instituciones Saludables y Amigables.

Durante la vigencia 2011, la intervención denominada promoción de capacidades ciudadanas para garantizar la atención en condiciones de equidad y minimizar las barreras de acceso a la población desplazada y grupos étnicos, tiene como objetivo principal el promover la inclusión social, el ejercicio de la ciudadanía y el reconocimiento de la población con énfasis en un enfoque diferencial y de acción afirmativa que preserve las particularidades culturales y de género en procesos de formación y capacitación a funcionarios asistenciales y administrativos en las ESE e IPS publica y privadas.

Se conto con una cobertura de 134 IPS publicas pertenecientes a las 11 ESE contratadas para el desarrollo de jornadas de capacitación en enfoque diferencial, normatividad vigente y autos de seguimiento a la sentencia T-025, dirigidas a los funcionarios asistenciales y administrativos que realizan atención directa a la población desplazada en los servicios de salud garantizando el acceso con condiciones de equidad, además se realizó cobertura a 2 hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con presencia de niños y niñas desplazados identificados y priorizados para el desarrollo de las jornadas de capacitación en enfoque diferencial, normatividad vigente y autos de seguimiento a la sentencia T-025, dirigidas a los funcionarios asistenciales y administrativos que realizan atención directa a la población desplazada en los servicios de salud garantizando el acceso con condiciones de equidad.

Así mismo y teniendo en cuenta la intervención en las 134 entidades, se capacitaron y sensibilizaron funcionarios asistenciales y administrativos y 2 hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en enfoque diferencial, se realizó participación en los espacios de inducción y re inducción por cada Empresa Social del Estado e implementación de diferentes metodologías que garantizaron la apropiación temática, dentro del proceso de sensibilización y formación a los siguientes funcionarios:

| IPS | Funcionarios Asistenciales | Funcionarios Administrativos |
|---|---|---|
| 144 | 1.609 | 1.317 |

Funcionarios asistenciales y administrativos capacitados y sensibilizados en enfoque diferencial.
Fuente: Dirección de Salud Pública

Los principales logros estuvieron relacionados con:
Contrarrestar las inequidades en salud para actuar sobre los determinantes sociales.

- ✓ Garantía del acceso universal y equitativo a una atención integral y adecuada.
- ✓ Promoción de la participación social y la acción intersectorial por la salud de las poblaciones especiales.

- ✓ Promoción del reconocimiento de las poblaciones en la preservación de su diversidad.

## **Comunidades Saludables**.

En 2011 se logró fortalecer técnicamente la respuesta del equipo de la gestión del Ámbito Comunitario en las veinte localidades del Distrito Capital, con énfasis en las localidades de Bosa, Fontibón, Tunjuelito, Mártires, Usaquén, Kennedy, San Cristóbal, Chapinero, Usme, Sumapáz, Ciudad Bolívar, Suba, Engativa, Antonio Nariño y Puente Aranda en proceso de vinculación a redes sociales locales como víctimas de la violencia que deciden asentarse en la ciudad.

Esta intervención se oriento hacia el fortalecimiento comunitario a 23 organizaciones y 20 grupos de población desplazada favoreciendo su participación en las redes sociales activas, trabajando en la movilización y fortalecimiento del tejido social en torno a los derechos humanos con especial énfasis en el derecho a la salud, reconociendo las diferencias especialmente las de género, etnia y ciclo vital, fortaleciendo procesos de formación a las organizaciones o grupos en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial hacia la promoción y restitución de los derechos en salud.

Del mismo modo se conformaron 20 Redes Promotoras de Calidad de Vida y Salud en funcionamiento con temas estructurales para el sector salud que afecta los determinantes sociales de los territorios, en las cuales se realizo seguimiento con énfasis en las afecciones respiratorias (Comando ERA).

En el marco de la Estrategia de Comunidades Saludables, durante el año 2011 se ha logrado fortalecer el Sistema de Información, monitoreo y evaluación de Comunidades Saludables (SICOMSA) para su implementación en las localidades, a partir de instrumentos cualitativos y cuantitativos consistentes tanto con las revisiones conceptuales como con las realidades locales y los procesos de formación y organización comunitaria. Particularmente, en el diseño del Plan Distrital de análisis del [SICOMSA] y la realización de los Consolidados distritales de Herramientas pedagógicas y de Iniciativas comunitarias en salud; de igual manera se ha logrado el fortalecimiento de la articulación en las ESE con Vigilancia en Salud Publica Comunitaria, IPS, Gestión Local y Ámbito Familiar desde las notificaciones, las canalizaciones y los temas relacionados con la exigibilidad y restitución del derecho a la salud. Finalmente se ha logrado avanzar de manera metodológica y conceptual en la construcción de rutas con participación comunitaria en las veinte localidades a través del diseño e implementación de los Módulos de Formación para Desarrollar y Fortalecer Habilidades y Competencias en Liderazgo Comunitario que Transformen las Realidades Locales en Salud.
Los principales logros estuvieron relacionados con:

- ✓ Continuidad a la formación a las organizaciones y grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial hacia la promoción y restitución de los derechos en salud de la población en situación de desplazamiento.
- ✓ Conformación de redes sociales con actores locales fortaleciendo vínculos y acciones en favor de la construcción de un sistema de apoyo para la comunidad en situación de desplazamiento, el cual evidencia el alcance organizativo y la realización de un proceso

hacia la promoción en salud con incidencia en los espacios institucionales para la toma de decisiones.

- ✓ Organizaciones comunitarias y grupos reflexivas frente a las expectativas propias hacia el mejoramiento de condiciones individuales y colectivas que aportan en la reconstrucción de sus proyectos de vida.

## Gestión Social Integral para la Salud Pública

Este proyecto opera con un objetivo general que se enmarca en la participación de la búsqueda de la garantía del goce efectivo de los derechos en salud para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia y cuenta con una meta en el actual Plan Distrital así: "A 2012 se contará con las políticas públicas de: infancia, juventud, adulto, persona mayor y población en situación de desplazamiento forzado por la violencia construidas con la participación de la comunidad", la cual se ha cumplido en un 100%, ya que el proceso de formulación culminó en el año 2009 y la Alcaldía Mayor Distrital lo oficializó mediante el decreto 032 de 2011.

A través de este proyecto se realiza el posicionamiento de la política distrital de salud en las localidades en donde operan las acciones de salud pública para el proceso de desplazamiento, en los diferentes espacios institucionales, sociales y comunitarios; es preciso recalcar que el componente de gestión local no realiza acciones por grupo etáreo.

En el proceso de implementación de la política distrital de salud para la población desplazada se realizó la elaboración al 100% de los planes locales de salud con base al estudio realizado del estado de avance de las líneas de acción en las once localidades (Rafael Uribe San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Engativá, Suba, Candelaria, Santa Fe, Tunjuelito, Fontibón). A su vez se inició la validación del plan en los Comités Locales de Atención a la Población Desplazada CLAIPD, de las mismas localidades.

En el proceso de implementación del Plan Integral Único PIU 2011-2020, se participó en el análisis de las líneas estratégicas correspondientes al sector salud, que están contenidas en los tres componentes: Prevención, Atención integral y Reparación; dicha revisión y análisis se realizó en mesas intersectoriales distritales coordinadas por la Secretaría de Gobierno Distrital.

En el nivel distrital se realizó el proceso de construcción de los lineamientos técnicos de la transversalidad desplazamiento, con la respectiva ficha operativa del componente de Gestión Local para las once localidades antes mencionadas. Dicha construcción parte de los insumos aportados por todos los referentes distritales poblacionales en jornadas de trabajo.

**Proyecto: 630 Salud al trabajo.**

A partir de la Intervención denominada "promoción del trabajo decente en la población trabajadora informal en situación de desplazamiento", la cual tiene como objetivo general fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal con enfoque diferencial intervenidas por el IPES, para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida.

Durante la vigencia 2011 – Diciembre se desarrollaron las siguientes actividades:

Se realiza sensibilización y convocatoria de un 100% de las unidades de trabajo informal definidas como meta por localidad. 62 unidades de trabajo informal se encuentran en proceso de

intervención. En ellas se ha adelantado la evaluación de condiciones de trabajo, el diseño concertado de planes de mejoramiento de las mismas y asistencia técnica en el 100% de las unidades de trabajo informal caracterizadas. Se inicia en cada unidad de trabajo informal el diseño de los planes de prevención de emergencias y desastres.

Se realizó una consolidación de necesidades puntuales que se requieren en cada unidad de trabajo informal de mecanismos de control de los factores de riesgo prioritarios para ser direccionadas a acción social quien apoyará a cada una de las unidades.

La estrategia de entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo informal dirigida a trabajadores y trabajadoras en situación de desplazamiento se ajusta en términos metodológicos de tal forma que reconozca de manera más integral la participación de los trabajadores y las trabajadoras.

La articulación con acción social permitió aumentar la meta en 83 unidades de trabajo informal de población en situación de desplazamiento lo cual permite avanzar en el cumplimiento de la meta de unidades productivas de población en situación de desplazamiento y lograr un proceso más sostenido para los y las trabajadoras. En el marco de esta misma articulación se posibilita el desarrollo de acciones de mejora concretas en cada una de las unidades de trabajo con la inversión de recursos por parte de acción social.

Las 62 unidades de trabajo informal de población en situación de desplazamiento en proceso de asistencia técnica para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.

La cobertura en infancia y adolescencia a través del proceso se identificaron 170 niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en las unidades de trabajo informal y canalizados a programas y servicios; en condición de desplazamiento únicamente 5 menores se captaron en las fichas de caracterización como desplazados de las unidades de trabajo informal que utilizan los operadores locales.

### Programa Ampliado de Vacunación- Coberturas de Vacunación

A diciembre 31 de 2011, se vacunaron 264 niños y niñas entre los 0-a 4 años, 10 niños y niñas entre los 6 y los 13 años y 6 menores de 14 a 18 años. [Cuadro 21]

**Cuadro 21. Niños, niñas y adolescentes vacunados durante el 2011.**

| BIOLOGICOS | MENORES DE 5 AÑOS | DE 6 A 13 AÑOS | DE 14 A 18 AÑOS |
|---|---|---|---|
| ANTIPOLIO | 59 | 0 | 0 |
| BCG | 25 | 0 | 0 |
| PENTAVALENTE ( DPT-HB-HIB) | 33 | 0 | 0 |
| ROTAVIRUS | 22 | 0 | 0 |
| NEUMOCOCO | 30 | 0 | 0 |
| TRIPLE VIRAL | 16 | 9 | 0 |
| FIEBRE AMARILLA | 18 | 0 | 0 |
| HEPATITIS A | 12 | 0 | 0 |
| DPT | 18 | 1 | 0 |
| HEPATITIS B (Monovalente) | 25 | 0 | 0 |
| Toxoide Tetánico | 0 | 0 | 6 |
| Influenza | 6 | | |

FUENTE: SIS-151 Resumen Mensual de vacunación.

## Actividades y Acciones de atención a Población desplazada niños, niñas y adolescentes – Régimen Subsidiado

**Identificación de la población en situación de desplazamiento**

El punto de partida para ingresar al sistema de salud, es obteniendo su identificación como población en situación de desplazamiento. Para esto se debe realizar la declaración de los hechos que originaron su desplazamiento ante una entidad del Ministerio Público (Personerías y Procuraduría, Defensorías del Pueblo y Juzgados). Con la sola declaración se expide la certificación con la que el jefe cabeza de familia y su núcleo familiar podrán acceder transitoriamente a los servicios de salud, incluyendo las acciones de promoción y prevención, atención de urgencias y acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Dicha certificación tendrá validez para efectos de atención en salud de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de su expedición. EL DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL - DPS tendrá cuarenta y cinco días (45) calendario para certificar si es desplazado o no. Sí la persona es certificada el DPS remite los listados censales de esta población certificada, los que son recibidos en la Dirección de Aseguramiento- Administración del Aseguramiento, para la inclusión en el aplicativo comprobador de derechos.

**Afiliación**

Una vez esta población se encuentre plenamente identificada por la entidad responsable, hará parte del listado nacional de población elegible y podrá afiliarse al Régimen Subsidiado, para lo cual debe diligenciar el formulario único de afiliación y traslados. La EPS-S a afiliar una vez confirma la posibilidad de afiliación, recepciona los documentos e informa al usuario el mecanismo de funcionamiento, derechos y deberes, contenidos del plan de beneficios correspondiente, red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contra referencia de pacientes entre otros. La EPS-S deberá entregar el carné de afiliación de cada una de las personas con la firma del comprobante de entrega y reportarán la novedad de carnetización ante la BDUA- FOSYGA en los términos de la normatividad vigente. Para la población desplazada la EPSS a afiliar es CAPRECOM, conforme a lo mencionado en la Ley 1122 de 2007.

**Acceso a Servicios de Salud**

La Secretaría Distrital De Salud garantiza el acceso a los servicios de salud a través de los Hospitales de la Red Pública Adscrita y la Red Complementaria contratadas para tal fin, a aquellas personas en situación de desplazamiento residentes en Bogotá D. C. y no afiliados al Régimen Contributivo, Subsidiado (es decir Participantes Vinculados), atendiendo lo estipulado en la Circular 006 de 2006 emitida por la SDS, quienes les atienden respetando su condición de población especial (sin el cobro de cuotas de recuperación - Decreto 4877 de 2007). Cabe anotar que estos servicios se prestan a la población por demanda de los usuarios ante las IPS antes referidas.

El acceso a los servicios de salud de la población en situación de Desplazamiento Forzado identificada a través del Listado Censal afiliada al Régimen Subsidiado o Contributivo en Bogotá D. C., se garantiza a través de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud contratada por

la Entidad Promotora de Salud - EPS donde se encuentra afiliado. La población en situación de desplazamiento forzado que ha fijado su lugar de residencia en el Distrito Capital y que se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado en el municipio del cual fue objeto del desplazamiento, la EPS S de origen es la garante de la prestación de los servicios de salud en el municipio receptor, hasta tanto se realice el trámite de traslado de EPS S por cambio de residencia de municipio, garantizando la continuidad de la afiliación (Acuerdo 415/09 CNSSS). Para la población desplazada que no se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, Subsidiado (es decir Participantes Vinculados), la Secretaría Distrital De Salud garantiza el acceso a los servicios de salud a través de los Hospitales de la Red Pública Adscrita y la Red Complementaria contratadas, con base en lo estipulado en la Circular 006 de 2006 emitida por la SDS, quienes les atienden respetando su condición de población especial (sin el cobro de cuotas de recuperación - Decreto 4877 de 2007). Cabe anotar que estos servicios se prestan a la población por demanda de los usuarios ante las IPS antes referidas.

**Niños, Niñas, Adolescentes en Situación de Desplazamiento residentes En Bogotá D. C. afiliados al SGSSSS de la Población**

De acuerdo a las novedades presentadas en la base de datos del Régimen Subsidiado con a diciembre 31 de 2011 se presenta lo siguiente

**Cuadro 22. Afiliación de NNA por Grupos Etáreos**

| GRUPO DE EDAD | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 0 a 5 años | 3.642 | 3.935 | 7.577 |
| 6 a 13 años | 7.578 | 7.949 | 15.527 |
| 14 a 17 años | 4.364 | 4.407 | 8.771 |
| **Total** | **15.584** | **16.291** | **31.875** |

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 31 de diciembre de 2011.
Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas 28 de Diciembre de 2011. Dirección Aseguramiento – SDS.

**Cuadro 23. Distribución de la población de NNA en situación de desplazamiento afiliada al régimen subsidiado por EPS-S**

| EPS | GRUPO ETAREO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | MENOR DE UN AÑO | 1 - 5 años | 6 - 13 años | 14 - 17 años | Total |
| CAPRECOM | 84 | 1.794 | 3.813 | 1.959 | 7.650 |
| COLSUBSIDIO | 19 | 931 | 2.054 | 1.179 | 4.183 |
| ECOOPSOS | 14 | 150 | 241 | 147 | 552 |
| HUMANA VIVIR | 18 | 988 | 2.196 | 1.267 | 4.469 |
| SALUD CONDOR | 0 | 97 | 218 | 130 | 445 |
| SALUD TOTAL | 235 | 2.483 | 5.078 | 2.918 | 10.714 |
| SOLSALUD | 60 | 521 | 1.530 | 916 | 3.027 |
| UNICAJAS | 17 | 166 | 397 | 255 | 835 |
| **Total** | **447** | **7.130** | **15.527** | **8.771** | **31.875** |

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Noviembre de 2010.
Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 3 de Diciembre de 2010.
Dirección Aseguramiento – SDS.

**Inversión realizada en beneficio de los niños, niñas y adolescentes en situación de desplazamiento a 31 de diciembre de 2011.**

**Recursos invertidos a través de los proyectos de Salud Pública**

Respecto a la intervención con salud a su casa ésta se desarrolla con enfoque familiar es decir que permite una relación dialógica en donde es evidente la necesidad de reconocer las dinámicas individuales de los sujetos que integran la familia permeadas por las relaciones de género y las asignaciones culturales de poder que marcan diferencias importantes en los roles que al interior de ella se asumen.

En estos proyectos el Énfasis en el abordaje respecto a la etapa de infancia es el acompañamiento psicosocial a niños y niñas en situación de desplazamiento con énfasis en las relaciones intrafamiliares, la afectividad y el reconocimiento de sus habilidades hacia el fortalecimiento de su salud mental, así como el acompañamiento a mujeres gestantes reconociendo e informando el impacto de la gestación en su cuerpo y en su salud individual.

Por tanto los recursos ejecutados a 31 de diciembre de 2011 son los siguientes:

| PROYECTO | RECURSOS EJECUTADOS VIGENCIA 2011 |
|---|---|
| Proyecto 623 Salud a su Casa | $ 354.005.211 |
| Proyecto 624 Salud al Colegio | $ 125.759.677 |
| Proyecto 626 Instituciones Saludables y Amigables. | $ 490.143.819 |
| Proyecto 627 Comunidades Saludables | $ 558.058.917 |
| Proyecto 629 Fortalecimiento de la gestión distrital en Salud Pública | $ 298.405.224 |
| Proyecto 630 Salud al Trabajo | $ 67.430.240 |

Los recursos de los proyectos 626, 627 y 630 no se encuentran discriminados por género, edad, ni grupos étnicos, los proyectos 623 y 624 orientan sus recursos y metas a la atención de niños niñas y adolescentes

**Inversión De Recursos Régimen Subsidiado**

Proyecto 618 subcomponente 1.1 "Afiliación al régimen subsidiado por continuidad mediante subsidios totales, aseguramiento de la población beneficiaria niveles I y II del SISBEN"

Para el cuarto trimestre de 2011, la inversión de recursos se realizó con una población de 78.247 personas y con una UPC que para el cuarto trimestre es de $80.332 y con una ejecución de recursos para el trimestre de $ 12.571.507.307 y acumulada a diciembre 31 de 2011 por valor de 26.057.657.174.

Es de aclarar que el Ministerio de la Protección Social, expidió la Ley 1438 de 2011, en la cual se eliminan los contratos para el Régimen Subsidiado y establece el mecanismo de giro mes vencido (Decreto 971 de 2011, Resolución 1238 de 2011 del MPS y Resolución SDS 404 de 2011) igualmente, mediante acuerdo 23 del 16 de mayo de 2011 de la CRES modificó la UPC del año, disminuida a: 321.328.80 a partir del 1 de abril de 2011.

El ajuste de la UPC se tendrá en cuenta una vez se realice la liquidación de Contrato 7251 de 2010.

B. Inversión de recursos para la atención de la población en Situación de Desplazamiento como Participante Vinculado 2011.

**PROYECTO 620**

La Dirección de Aseguramiento en Salud a través del proyecto 620 realiza la contratación de servicios de salud para la población en situación de desplazamiento forzado, residente en Distrito Capital con Empresas Sociales del Estado -ESE-,Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-de la Red Complementaria, Así como reconoce servicios de salud prestados por urgencias. No obstante y teniendo en cuenta que la población en mención debe ingresar al Régimen Subsidiado en el marco de la Normatividad Vigente (Ley 100/93, Ley 1122/2007 y Ley 1438/2011).

**RECURSOS PROPIOS**

Durante la vigencia 2011, el presupuesto inicial fue de: $ 12.963.862.000 y los recursos definitivos para este mismo año; ascendieron a $17.233.939.275, de los cuales se comprometieron el 63.57% de los recursos disponibles que equivalen a $10.947.083.935

El presupuesto para el cuarto trimestre se ejecuta a través de las 16 ESE contratadas para garantizar la atención en salud de la población en situación de desplazamiento forzado víctimas de la violencia no afiliada al SGSSS, se presentó una facturación al cuarto trimestre $ 1.956.916.248 y al final del periodo de 2011 por un valor de $8.881.948.771.