



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Rendición de Cuentas 2017 Sector Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial

RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SECTOR SALUD
PLAN DE DESARROLLO “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”
VIGENCIA 2017

Bogotá D.C. Noviembre de 2017

2

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Tabla de Contenido

1. Introducción.....	12
2. Contexto	13
3. Balance de la Gestión de los objetivos, programas y estrategias del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”.....	16
3.1. Principales logros de la Gestión del Sector Salud	16
3.1.1. Pilar Uno “Igualdad de Calidad de Vida”	16
3.1.1.1. Atención Integral en Salud	17
3.1.1.1.1. Proyecto Estratégico - Atención Integral en Salud [AIS].....	17
3.1.1.1.1.1. Proyecto 1186 – Atención Integral en Salud	17
3.1.1.1.1.2. Proyecto 1184 – Aseguramiento y social universal en salud.....	93
3.1.1.1.1.3. Proyecto 1185 – Atención a la población pobre no asegurada, vinculados y no POSS 97	
3.1.1.1.1.4. Proyecto 1187 - Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS capital salud 99	
3.1.1.1.1.5. Proyecto 1188 - Garantía de la atención prehospitalaria [APH] y gestión del riesgo en emergencias en Bogotá D.C.....	113
3.1.1.1.2. Proyecto Estratégico - Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS	117
3.1.1.1.2.1. Proyecto 1189 - Organización y operación de servicios de salud en redes integradas 117	
3.1.1.1.3. Proyecto Estratégico - Investigación Científica e Innovación al servicio de la salud... 121	
3.1.1.1.3.1. Proyecto 1190 - Centro Distrital de educación e investigación en salud.....	121
3.1.1.1.4. Proyecto Estratégico - Modernización de Infraestructura Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud.....	126



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

3.1.1.1.4.1.	Proyecto 1191 - Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud.....	126
3.1.1.1.4.2.	Proyecto 7522 - Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Salud	127
3.1.2.	Eje Transversal “Gobierno Legítimo, fortalecimiento local y eficiencia”	133
3.1.2.1.	Gobernanza e influencia local, regional e internacional	133
3.1.2.1.1.	Proyecto Estratégico - Fortalecimiento de la Institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud	133
3.1.2.1.1.1.	Proyecto 1192 - Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud	133
3.1.2.1.1.2.	Proyecto 7523 – Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.....	136
3.1.2.1.1.3.	Proyecto 7525 - Fortalecimiento de la participación social y servicio a la ciudadanía	147
3.2.	Componente de Gestión	151
3.3.	Relación y estado de los procesos de contratación.....	154
4.	Impactos generados.....	155
5.	Fortalezas a destacar y mantener.....	158
6.	Retos.....	160
7.	Dificultades encontradas.....	162
8.	Recursos invertidos por el sector.....	163
9.	Relación de Anexos	167





Listado de Gráficos

Gráfica 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud abordadas durante los meses de enero a agosto de 2017	20
Gráfica 2. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles analizadas en personas menores de 70 años. Bogotá. 2005-2016*	21
Gráfica 3 Población participante en las jornadas de hábitos de vida saludables en las Subredes integradas de Servicios de Salud Bogotá-Septiembre 2017.....	22
Gráfica 4 Ubicación de puntos “Cúidate, Sé feliz” en el Distrito Capital. Año 2017.....	24
Gráfica 5 Población por modalidad de atención psicosocial y por género. Bogotá, D.C. Enero-Septiembre 2017	30
Gráfica 6 Prevalencia del exceso de peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVAN. Bogotá 2009-2016	34
Gráfica 7 Tendencia del Bajo Peso al Nacer en recién nacidos de Bogotá. Serie 2012- 2017 (corte a Agosto)	35
Gráfica 8 Tendencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, Serie 2012- 2017 [corte a agosto].....	36
Gráfica 9 Tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá. Serie 2012- 2017 [corte a Septiembre 2017].....	37
Gráfica 10 Tendencia de la prevalencia de bajo peso gestacional en gestantes captadas por el SISVAN. Bogotá, serie 2012- 2017 [corte a agosto 2017]	37
Gráfica 11 Comportamiento de la Lactancia Materna a Nivel Distrital 2008-2017.....	38
Gráfica 12 Tendencia de la Mortalidad Materna años 2012 - 2016, Bogotá D.C.	39
Gráfica 13 Tendencia de la mortalidad perinatal, Bogotá, D.C Años 2012-2016 y periodo enero a septiembre 2016-2017.	43
Gráfica 14 Tasa de mortalidad fetal, neonatal temprana y perinatal Bogotá, D.C. 2012 – 2016 y 2017 a septiembre 30	44



Gráfica 15 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años 2010 a 2016, Bogotá	46
Gráfica 16 Tasa de transmisión materno infantil de VIH x 1. 000 nacidos vivos, 2012- SE 39 de 2017. Bogotá D.C.	51
Gráfica 17 Incidencia de Sífilis congénita por 1000 Nacidos Vivos, Año 2012 a Semana Epidemiológica 39 de 2017. Bogotá D.C.....	52
Gráfica 18 Comparativo de la tasa de mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. años 2010 – 2016, año 2017: enero a septiembre.	55
Gráfica 19 Comparativo de la tasa de mortalidad infantil Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.....	57
Gráfica 20 Comparativo de la tasa de mortalidad en menores de 5 años Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.....	60
Gráfica 21 Proporción de incidencia de VIH/Sida por 100.000 habitantes, 2006 - SE 39 de 2017. Bogotá D.C.....	62
Gráfica 22 Tasa de transmisión materno infantil de Hepatitis B x 1. 000 nacidos vivos, 2012 - 2016. Bogotá D.C.	63
Gráfica 23 Número de casos de IAD notificados en UCI adulto, pediátrica y neonatal. Enero a agosto de 2013 a 2017 en Bogotá D.C.....	65
Gráfica 24 Tasa de incidencia de IAD en UCI adulto, pediátrica y neonatal. Enero a agosto de 2013 a 2017 en Bogotá D.C.....	66
Gráfica 25 Comparativo de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.....	74
Gráfica 26 Comparativo de la tasa de mortalidad por neumonía en las localidades donde se concentra el 57,5% de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.	76
Gráfica 27 Morbilidad por Tuberculosos 2012 a 2016; 2017 a periodo semana epidemiológica 1 a la 39	79
Gráfica 28 Comportamiento de la Tasa de mortalidad por Tuberculosis todas sus formas y asociada a coinfección TB/VIH 2012 a 2016; 2017 a semana 39.....	80



Gráfica 29 Desvinculación de niños y adolescentes trabajadores y promoción del trabajo adolescente protegido en las localidades del distrito.....	82
Gráfica 30 Implementación de entornos laboralmente saludables (EELS) en unidades de trabajo informal con exposición a agentes ocupacionales cancerígenos o alto impacto.	83
Gráfica 31 Porcentaje de casos captados a través del SIVIM con activación de ruta según tipo de evento - Comparativo 2016 - 2017. Bogotá D.C	89
Gráfica 32 Principales eventos atendidos por los Equipos de Respuesta Inmediata – ERI, Enero a Septiembre 2016 – 2017.....	92
Gráfica 33 Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a septiembre de 2017	94
Gráfica 34 Estadísticas de Atención 2017 - Centros locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado y Sedes de la Secretaría de la Mujer “Casas de Todas”	96
Gráfica 35 Índice de donación de Sangre x 1.000 habitantes en el Distrito Capital	108
Gráfica 36 Fortalecimiento de competencias en el Talento Humano.....	117
Gráfica 37 Distribución centros de Atención Prioritaria en Salud por Subred	119
Gráfica 38 Número de muestras recibidas en apoyo a la vigilancia en salud pública en el área de Vigilancia de Enfermedades. Laboratorio de Salud Pública. 2015-2017 (septiembre).....	122
Gráfica 39 Número de muestras recibidas en apoyo a la vigilancia Sanitaria. Laboratorio de Salud Pública 2015 – 2017- Septiembre	123
Gráfica 40 Diseño de uso y accesibilidad al sistema	128
Gráfica 41 Sistema de Información PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones).....	128
Gráfica 42 Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud SIAS	129
Gráfica 43 Sistema Integral de referencia y Contrareferencia SIRC.....	129
Gráfica 44 Aplicativo Cuídate y se feliz.....	130
Gráfica 45 Sistema de información Salud urbana y gestión de riesgo	130



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 46 Sistema de información distrital y de monitoreo al acceso	131
Gráfica 47 Sistema SIVIGILA	131
Gráfica 48 Versión inicial del Geoportal sector Salud	132
Gráfica 49 Notificaciones de intoxicación con fármacos en Bogotá D.C. 2012-Sep 2017.....	138
Gráfica 50 Notificaciones de intoxicación por sustancias químicas Bogotá D.C. enero – septiembre 2016 vs enero – septiembre de 2017.....	139
Gráfica 51 Número de animales entregados en adopción por el Centro de Zoonosis Vs Eutanasias practicadas por el Centro de Zoonosis 2013 - 2017 corte septiembre	142
Gráfica 52 Índice de Riesgo para la Calidad del Agua potable de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. 2012 – 2017*. *enero – septiembre 2017	143
Gráfica 53 Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento, Bogotá D.C. 2012 – 2017*. *enero – septiembre 2017	144





Listado de Tablas

Tabla 1 Población beneficiada de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo Enero a Agosto de 2017.	23
Tabla 2 Estrategias Prevención Consumo de SPA. Plan de Intervenciones Colectivas.	29
Tabla 3 Modalidad Individual - Niveles de atención – Orientación temática. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017	30
Tabla 4 Modalidad familiar - Niveles de atención – Orientación temática. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017	31
Tabla 5 Modalidad comunitaria - Niveles de atención. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017	32
Tabla 6 Mortalidad Materna por Sub red y Localidad de Residencia, Enero a Septiembre 2017. Bogotá	40
Tabla 7 Tasa de mortalidad perinatal Bogotá, D.C. comparativo enero - septiembre 2016-2017	44
Tabla 8 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres de 10-14 y 15 a 19 años, por localidad de residencia. Bogotá D.C. Años 2014 a 2016	47
Tabla 9 Nacimientos en madres adolescentes de 10-14 por localidad de residencia Enero - Septiembre 2016-2017. Bogotá	48
Tabla 10 Nacimientos en madres adolescentes de 15-19 por localidad de residencia Enero - Septiembre 2016-2017. Bogotá	49
Tabla 11 Comparativo de la mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. Años 2016 y 2017 meses enero a septiembre.	55
Tabla 12 Clasificación de la mortalidad infantil en Bogotá D.C, Años 2016 y 2017 meses enero a septiembre	58
Tabla 13 Porcentaje de Vacunación por biológico, Bogotá, D.C Años 2012-2016	68
Tabla 14 Coberturas de Vacunación, enero a septiembre, años 2016-2017. Bogotá, D.C	68
Tabla 15 Número de casos nuevos de eventos transmisibles por localidad de residencia, año 2016-2017, semana epidemiológica 1 a la 39	71



Tabla 16 Número de niños y adolescentes desvinculados del trabajo, promoción del trabajo adolescente protegido, reincidencia en trabajo infantil.	81
Tabla 17 Participación de la población afiliada por localidad a 30 de septiembre de 2016	94
Tabla 18 Participación de la población afiliada por Subred Integrada de Servicios de Salud a 30 de septiembre de 2017	95
Tabla 19 Histórico afiliaciones de oficio por Localidad - 2017	96
Tabla 20 Atenciones realizadas en salud a la población pobre no asegurada a 30 de septiembre de 2017	97
Tabla 21 Total atenciones en el periodo por red de servicio, tipo de atención, tipo de usuario y grupo etéreo .	98
Tabla 22 Llamadas gestionadas por la “Línea Salud para Todos” a septiembre 30 de 2017	98
Tabla 23 Fortalecimiento de Competencias a Profesionales en IVE, 2015-2017	106
Tabla 24 Trasplantes de órganos 2012 -2017 (septiembre) y pacientes en Lista de Espera.....	110
Tabla 25 Incidentes de PROCAD que ingresaron a CRUE en cada periodo; variación en el promedio de ingresos; comparativo número de incidentes de PROCAD atendidos vs despachos CRUE, enero a Septiembre de 2017	115
Tabla 26 Atenciones realizadas en los puestos de primeros auxilios en Transmilenio, enero – septiembre 2017.	116
Tabla 27 Cursos de capacitación Subdirección Gestión de riesgo en emergencias y desastres	116
Tabla 28 Número de casos recibidos para confirmación por tipo de vigilancia en el área de Vigilancia de Enfermedades. Laboratorio de Salud Pública. 2016-2017 (septiembre)	122
Tabla 29 Número de Caninos y Felinos Vacunados. Bogotá D.C. 2013 – 2016.	141
Tabla 30 Visitas de IVC realizadas en establecimientos comerciales, institucionales e industriales en Bogotá D.C. 2017	144
Tabla 31 Indicadores por Dimensiones.....	152
Tabla 32 Indicadores trazadores - Bogotá D.C. 2014 a 2017 (A septiembre 2017)	155



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 33 Mortalidad evitable-Bogotá D.C. - Comparativo 2014 a 2016	156
Tabla 34 Cobertura de vacunación por biológico – Bogotá D.C. Enero a agosto 2014-2016	156
Tabla 35 Presupuesto Aprobado y Ejecución FFDS a septiembre 30 de 2017	164
Tabla 36 Ejecución De Reservas Presupuestales - 30 De Septiembre 2017	165
Tabla 37 Reservas Constituidas y Ejecución a septiembre 30 de 2017 FFDS	166





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SECTOR SALUD PLAN DE DESARROLLO “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS” VIGENCIA 2016

1. Introducción

Con la expedición de la Ley 1757 de 2015 Estatutaria de la Participación, el gobierno nacional entra a reglamentar la rendición de cuentas para la rama ejecutiva del poder público, como mecanismo para hacer seguimiento a la gestión. En esta Ley se entran a definir los siguientes principios para la rendición de cuentas, con alcances para los niveles nacional y territorial: [1]. Obligatoriedad de la rendición de cuentas a la ciudadanía; [2]. Manual único y lineamientos para el proceso de rendición de cuentas; [3]. Estrategia de rendición de cuentas; [3]. Espacios de diálogo para la rendición de cuentas; [4]. Rendición de cuentas de las instancias de participación; y, [5]. Audiencias Públicas Participativas.

En esta Ley, el gobierno nacional entra a definir la rendición de cuentas como: “...un **procesos conformado por un conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo [...]tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia de la gestión de la administración pública y a partir de allí lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno, eficiencia, eficacia, transparencia...**”.

Dentro de este contexto, la Veeduría Distrital expidió los lineamientos metodológicos de rendición de cuentas de la Administración Distrital, con el propósito de materializar los procesos en el Distrito Capital conexos con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, por la cual se crea la Ley de Transparencia y derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones; Decreto 503 de 2011, por el cual se adopta la política pública de participación incidente para el Distrito Capital; Documento Conpes 3654 de 2010, por el cual se establece la política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva del orden nacional; Acuerdo Distrital 380 de 2009, por el cual se modifica el Acuerdo 131 de 2004; Acuerdo Distrital 131 de 2004, por el cual se establecen informes de rendición de cuentas de la gestión contractual y administrativa a cargo del Distrito, sus localidades y entidades descentralizadas y se dictan otras disposiciones y las Leyes 850 de 2003, reglamentaria de las veedurías ciudadanas y 489 de 1998, por la cual, entre otros, se establecen los alcances de las audiencias públicas.

12



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En cumplimiento de lo establecido en los “Lineamientos Metodológicos Rendición de Cuentas Administración Distrital Diciembre de 2016”, en el cual se estipula la elaboración del **Informe Público de Rendición de Cuentas de la Administración Distrital**, se elaboró el presente informe de Rendición de Cuentas del Sector Salud correspondiente al período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2017, como insumo para la estructuración del diálogo público y para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a realizarse en noviembre 30 de 2017 en el Centro Integrado Distrital de Salud.

Acorde con la metodología, el documento se estructura en nueve apartes. La primera corresponde con una breve introducción. La segunda incorpora el contexto general de política pública en el cual se enmarca la rendición de cuentas a realizarse en noviembre 30 de 2017. La tercera parte incorpora el balance de resultados de los objetivos, programas y estrategias del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020. La cuarta parte incluye los impactos generados por la gestión adelantada por el sector salud en el contexto de la actual administración. La quinta parte se refiere a las fortalezas a destacar y mantener. La sexta parte contiene los retos de gestión. La séptima parte refiere las dificultades y obstáculos encontrados. La octava parte contiene el detalle de los recursos invertidos por el sector. La novena y última parte, incluye los anexos.

2. Contexto

La nueva administración de Bogotá D.C. enfrenta grandes desafíos para el cuatrienio 2016-2020 en materia de salud y calidad de vida. El más importante sacar la salud de la crisis y dirigirla por la senda que le señalan los desarrollos normativos y las tendencias mundiales. Por un lado, la Ley Estatutaria ratifica la salud como derecho fundamental; y por el otro, el Plan Nacional de Desarrollo ordena avanzar en un nuevo modelo de salud y prestación de servicios, fundamentados en la atención integral y las redes integradas de servicios. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud sugiere avanzar en modelos de cobertura universal y planes de salud integrales prestados por Redes Integradas de Servicios de Salud [RISS] de carácter público y privado.

“Bogotá Mejor para Todos” 2016-2020, se constituye en una apuesta política para recuperar la salud de la población de la Ciudad, transformar el sector y alcanzar la universalidad en salud y la eficiencia en el uso de los recursos, tal y como lo prometió en su campaña el Alcalde electo de Bogotá D.C.: “...los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva...”. Esto se hará conforme a las directrices y lineamientos de la normatividad vigente, en particular lo determinado en la Ley Estatutaria de Salud, 1751 de 2015, el





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1753 de 2015, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021¹ del Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales se establece la obligatoriedad de garantizar el derecho fundamental a la salud, la atención integral y la organización de los servicios de salud en redes integradas.

Para lograrlo se recuperará y transformará el sistema de salud de la Ciudad sobre la base de un nuevo modelo de atención, prestación, remuneración y pago, aseguramiento, gobernanza y rectoría en salud, bajo los enfoques de salud urbana, atención primaria en salud [APS] y gestión del riesgo. La gestión de los servicios estará enfocada en combatir las causas prioritarias de enfermar y morir en aras de mejorar el nivel de salud y la experiencia del ciudadano cuando los utiliza, aplicando los principios de eficiencia, eficacia y efectividad. La Atención Primaria en Salud Resolutiva seguirá siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, superando el concepto de puerta de entrada y de primer nivel de atención y la fragmentación entre planes de beneficios y actores.

Las líneas de acción van desde el aseguramiento social universal en salud; la atención integral en salud; la gestión compartida del riesgo en salud y el fortalecimiento de la Empresa Promotora de Salud [EPS] Capital Salud; la organización y operación de servicios de salud en redes integradas; el pago por red con incentivos al desempeño; la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica [EAGAT]; la consolidación de estructuras para la ciencia, tecnología, innovación e investigación en salud para Bogotá D.C.; la actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud; la Comisión Distrital Intersectorial de Salud y Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado y el gobierno de Red, entre otros.

(1). **Con el nuevo modelo de atención integral en salud** basado en la gestión integral del riesgo en salud, la atención primaria en salud resolutiva, el enfoque de salud urbana. La gestión de los servicios estará enfocada en combatir las causas prioritarias de enfermar y morir en aras de mejorar el nivel de salud y la experiencia del ciudadano cuando los utiliza, aplicando los principios de eficiencia, eficacia y efectividad. La Atención Primaria en Salud Resolutiva seguirá siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, superando el concepto de puerta de entrada y de primer nivel de atención y la fragmentación entre planes de beneficios y actores.

¹Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, Artículo 6. Resoluciones Reglamentarias 1841 de 2013 y 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, en armonía con la Resolución 4015 de 2013 sobre planes financieros plurianuales territoriales en salud.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Con la organización y operación de los servicios de salud se superará la separación artificial de lo individual y lo colectivo, del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio de Salud, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas inmediatas de servicios, bajo el enfoque de atención integral en salud y gestión compartida del riesgo, con rutas integrales de atención que permiten atención oportuna y de calidad, garantizando una relación equilibrada entre asegurador y prestador; un modelo de atención centrado en combatir las causas de enfermar y morir, un modelo de prestación en redes y una ampliación de la atención del sector a afiliados del régimen contributivo.

(2). **Con el nuevo modelo de prestación de servicios de salud se** organizarán los servicios de salud en red conformada por subredes integradas de servicios de salud [RISS]. La red Pública Integrada de Servicios de Salud contará con dos tipos de centros de atención: ambulatorios y hospitalarios como prestadores primarios y complementarios, integrando a la oferta los servicios especializados a estos prestadores; siendo una solo red de servicios de salud coordinada por un comité de red, donde participan la Secretaria distrital de salud, la EAPB mixta y la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y técnica, igualmente mixta sin ánimo de lucro, con autonomía administrativa y financiera, con el objeto social de desarrollar actividades de logística y de servicios no misionales como apoyo a la gestión de las ESE del Distrito Capital. En estas subredes se implementará la gestión compartida del riesgo contenida en las Rutas Integrales de Atención.

El modelo AIS implementa un nuevo modelo de gestión de riesgo que opera a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de las Redes integrales de Prestación de Servicios de Salud, integrando las Empresas Promotoras en Salud; en la Red Pública Integrada de Servicios de Salud Distrital, por las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud: Subred Norte, Subred Sur, Subred Centro Oriente y Subred Sur Occidente, con la rectoría de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.

En total cuatro subredes, constituidas por Centros de Atención Prioritaria en Salud [CAPS], en los cuales se resolverán de forma integral las demandas de salud de la población, con el fin de reducir la congestión de los servicios de urgencias que presentaron un porcentaje de ocupación del 250% en 2015; Unidades Prestadoras de Servicios, servicios básicos y complementarios de salud y apoyadas por la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica. El sistema se fortalecerá con la actualización y modernización de la infraestructura en salud. De igual forma, se busca favorecer la interoperabilidad de las subredes de servicios a través de la centralización y unificación de la operación de la información administrativa, técnica y financiera





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

de las mismas con el uso de una plataforma tecnológica virtual accesible para todos los ciudadanos.

(3). **Con el nuevo modelo de remuneración** se soportará la incorporación de un mecanismo de pago que disminuya los costos de transacción de facturación, cartera y glosas, mejore la relación pagador – prestador y corrija problemas como la subutilización de los servicios, doble pago e insatisfacción del usuario; a través de una tarifa que garantice el pago de los costos fijos y variables en contraprestación a la ejecución de acciones eficientes.

(4). **Con el nuevo modelo de aseguramiento** se desarrollará un mecanismo ágil que facilite alcanzar el aseguramiento y acceso universal a servicios de calidad en conjunto con un ejercicio de gestión compartida del riesgo, que consiste en lograr el trabajo conjunto de los agentes del sistema para que a través de ruta integrales e integradas de salud se dé respuesta oportuna y eficaz a las necesidades de la población.

(5). **Con el nuevo modelo de gobernanza** se buscará fortalecer y renovar la institucionalidad de la Secretaría Distrital de Salud, fomentar la participación ciudadana y comunitaria, incentivar la cultura de confianza y respeto entre los actores del sistema y otros sectores de la administración, disponer un nuevo esquema de inspección vigilancia y control que permita la disminución de barreras de acceso y consolidar espacios distritales y locales de planeación y toma de decisiones en política pública desde los enfoques de determinantes sociales y salud urbana.

3. Balance de la Gestión de los objetivos, programas y estrategias del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”

3.1. Principales logros de la Gestión del Sector Salud

3.1.1. Pilar Uno “Igualdad de Calidad de Vida”

En este pilar el Plan de Desarrollo propone “[...] *propiciar la igualdad y la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia [...]*”, a través de los programas “Atención Integral en Salud” y “Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud”, la Entidad contribuirá a transformar el modelo actual de salud, con el fin de que sea más resolutivo, con una atención no fragmentada y disminuya las barreras de acceso.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

3.1.1.1. Atención Integral en Salud

Se propone avanzar en un nuevo modelo de salud y prestación de servicios, fundamentados en la atención integral y las redes integradas de servicios desde la promoción y fomento de la salud en los espacios de vida, primordialmente en vivienda, trabajo, educación y espacio público, hasta la atención especializada a nivel domiciliario y hospitalario utilizando como herramientas la Gestión Integral del Riesgo en Salud y la Atención Primaria en Salud Resolutiva.

La operación del nuevo modelo de prestación de servicios está sustentado en la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cual se ofrecen y garantizan integralmente y de forma articulada los servicios del Plan de Intervenciones Colectivas [PIC]; donde las poblaciones son atendidas por equipos multidisciplinarios, y el Plan Obligatorio en Salud [POS], superando las barreras que se crearon en torno a los planes de beneficios, esquemas de afiliación, operación y financiación.

3.1.1.1.1. Proyecto Estratégico - Atención Integral en Salud [AIS]

3.1.1.1.1.1. Proyecto 1186 – Atención Integral en Salud

Desarrolla las acciones para la gestión de la salud pública y la operación del Plan de Intervenciones Colectivas en el contexto de la salud urbana bajo el modelo de atención integral en salud basado en la Atención Primaria en Salud Resolutiva y la gestión compartida del riesgo, favoreciendo la atención integral en salud mediante el diseño y la activación de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud y de las rutas de atención, sectoriales e intersectoriales, a partir del fortalecimiento de la gobernanza y gobernabilidad.

En concordancia con el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, se desarrolla la operación y efectividad de las intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, en el marco de los procesos transversales de Gobernanza, Vigilancia en Salud Pública, [Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Sanitaria y Ambiental] y Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, así como en cuatro espacios [Público, Vivienda, Trabajo y Educativo] en los cuales transcurre la vida de las personas de la ciudad, como una estrategia de empoderamiento y continuidad de las políticas públicas de salud y la corresponsabilidad ciudadana frente a la implementación de las mismas².

² Guía técnica para la operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá D.C., Agosto de 2016





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para dar respuesta a las necesidades poblacionales, en especial de aquellas que se encuentra en mayor vulnerabilidad se plantearon 3 procesos transversales [Gobernanza, Gestión de Programas, Vigilancia en Salud Pública] y 4 espacios de vida [Vivienda, Trabajo, Educativo, Espacio Público] que actúan de manera articulada.

En ese sentido a continuación se presentan los logros obtenidos desde la gestión en los diferentes espacios, para cada una de las metas:

Meta: Garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral

Han sido atendidas 1.108.121³ personas durante el 2016 y 2017 con corte a julio. En Espacios de vida cotidiana a julio se abordaron para acciones de promoción de hábitos saludables a 90.348 personas y se activó ruta a 19.998.

Construcción e implementación de la Ruta Integral de Atención de Infancia, con las 28 atenciones establecidas, 220 acciones y su respectiva apropiación en lo local y realización de la campaña del Buen Trato, obedeciendo al Acuerdo 485 del 27 de Diciembre del 2011, donde se logró una cobertura de 6.000 Niños, Niñas y Adolescentes y 1600 Cuidadores, dicha campaña se adelanta en articulación con Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Línea 106, Salud Oral, PAI.

Se desarrollan intervenciones en 100 Hogares de Protección para personas mayores, cuyo propósito es brindar a los cuidadores herramientas de promoción de la salud; y desde el espacio educativo, se han realizado 50 intervenciones intergeneracionales en los colegios de la Subred Integral de Servicios de Norte y Sur llegando a un total de 1.750 niños-niñas.

Fortalecimiento del sistema SOFIA de la Secretaría de la Mujer en el tema de activación de rutas intersectoriales de atención a violencias.

En la implementación de la política de etnias se ha logrado contar con 28 acciones afirmativas de las cuales 12 definidas en la política Indígena; 6 negros y afro descendiente; 5 raizales y 5 Gitanos, en los planes de acción.

³ Dato preliminar dado que las bases fuentes de información se encuentran en proceso de depuración.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se ha desarrollado el primer estudio tamiz de salud mental en Bogotá, proceso desarrollado en convenio con la OPS y avances en la adopción de la Ruta Integral para la Atención de problemas y trastornos mentales y epilepsia, con base en las orientaciones del nivel nacional y acorde a las necesidades de la población y se ha implementado la Jornada Intersectorial en el Espacio Público del Día Internacional de la Lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas en el mes de mayo para el posicionamiento de acciones de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.

Se valoraron 7.403 familias con riesgos ambientales identificando a 16.370 personas expuestas y concertando 6.402 planes de acción; así mismo 11.367 familias han implementado los planes acordados y se les ha realizado seguimiento y monitoreo a 8.375 planes (incluye viviendas caracterizadas en el año 2016); se concertaron 472 Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar (HCB) con la iniciativa mascota verde, de los cuales 368 se han caracterizado y se han monitoreado 121 HCB logrando intervenir 721 madres comunitarias y 8431 niños menores de 5 años.

Se identificaron riesgos colectivos en salud ambiental en 447 instituciones educativas donde se gestionó la recuperación de puntos críticos con la participación de 8891 estudiantes y 929 docentes por medio de 387 asesorías en salud ambiental a 1385 docentes y 470 círculos conversacionales con 6370 estudiantes.

Se caracterizaron 148 barrios para identificar riesgos en salud ambiental en el escenario barrial. Se desarrollaron 367 acciones itinerantes y 8 jornadas en el espacio abordando 7867 personas.

En la estrategia cuidate y se feliz se socializo las recomendaciones en salud correspondiente al Índice Bogotano de Calidad del Aire –IBOCA- a 72.147 personas y el Índice de Radiación Solar Ultravioleta IUV a 69.029 personas. Se identificaron o conformaron 119 redes comunitarias con participación de 2112 personas donde desarrollaron 41 iniciativas en salud ambiental.

Meta: Reducir para 2020 la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 15 por cada 100.000 menores de 70 años.

Se ha realizado el fortalecimiento a las IPS a través de su caracterización, asistencia técnica y planes de mejora [Gráfica 1]. Adicionalmente se realiza asistencia técnica a las 20 EAPB de Bogotá abordando las temáticas de indicadores de protección específica y detección temprana, caracterización y priorización de metas e implementación de las rutas integrales de atención para condiciones crónicas.



Gráfica 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud abordadas durante los meses de enero a agosto de 2017



Fuente: Reporte de Subredes a 30 de junio de 2017 proyecto de inversión 1186, Datos preliminares sin ajustes al sistema.

A través de los diferentes espacios de vida cotidiana se han realizado las siguientes acciones: Espacio Vivienda, se identificaron y direccionaron a 1544 personas con enfermedad crónica sin tratamiento, de ellas 151 personas recibieron canalización efectiva a servicios de salud lo que corresponde a un 98,5% de efectividad. En el espacio educativo fueron abordadas 238 instituciones educativas en el tema específico hábitos de vida saludables y en el espacio Trabajo, se realizaron acciones de consejería para prevención de consumo de tabaco a 496 trabajadores, consejería a 141 trabajadores con consumo problemático de bebidas alcohólicas, educación en prevención de exposición a rayos ultravioleta a 242 personas, consejería a 6837 trabajadores en la importancia de realizar actividad física, que aportan a reducir la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas.

Durante 2005 a 2016 se evidencia disminución de las tasas por enfermedades crónicas seleccionadas (diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal, enfermedades respiratorias crónicas (excepto asma), cáncer uterino, cáncer de mama, y cáncer de próstata), tanto en las no ajustadas por edad, como en las ajustadas. El uso de tasas ajustadas por edad permite la comparabilidad entre los diferentes años de observación pues estandariza por la estructura de edad de una población estándar recomendada por la Organización Mundial de la Salud [Gráfica 2].

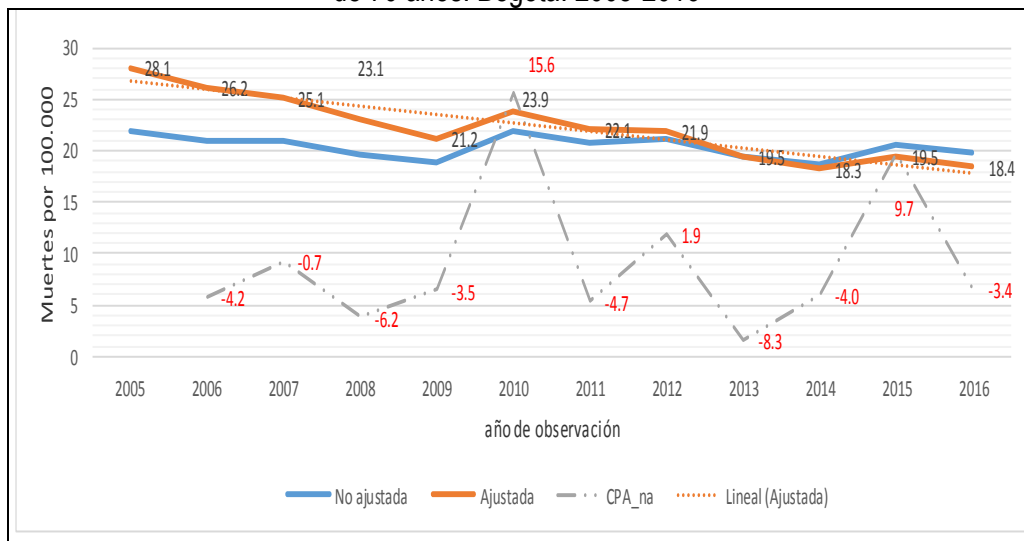
La carga en prevalencia y mortalidad para esta agrupación de enfermedades crónicas podría estar siendo afectada en alguna medida por cambios potenciales en situaciones demográficas, como la migración hacia la ciudad (fuente: migración Colombia) y por situaciones externas tales como la

⁴ Fecha de corte a agosto 2017



contaminación ambiental, el consumo de bebidas azucaradas, el tabaquismo, entre otras, que requieren la participación de otros sectores (como en los casos de movilidad, ambiente, educación y hacienda).

Gráfica 2. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles analizadas en personas menores de 70 años. Bogotá. 2005-2016*



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- Análisis Demográfico. Finales: 2005-2015 y Bases de datos DANE-RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales.- Análisis Demográfico.- (preliminar publicación 30 de marzo 2017)

* Las enfermedades crónicas analizadas incluyeron: diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, insuficiencia renal, enfermedades respiratorias crónicas (excepto asma), cáncer uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata* CPA_na: Cambio porcentual anual según tasas no ajustadas

Meta: Aumentar al 30% la cobertura en detección temprana de alteraciones relacionadas con condiciones crónicas, (Cardiovascular, Diabetes, EPOC, Cáncer)

Mediante el seguimiento a las actividades de protección específica y detección temprana según la Resolución 4505 de 2012 se logra evidenciar un incremento en la proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina del 18.6% en el año 2015 al 36.6 % para el año 2016, lo que favorece la detección oportuna de condiciones crónicas de la población objeto. Asimismo en la proporción de mujeres con realización de mamografía se observó un incremento del 22 % al 29.4% en el 2016 con respecto al año anterior.

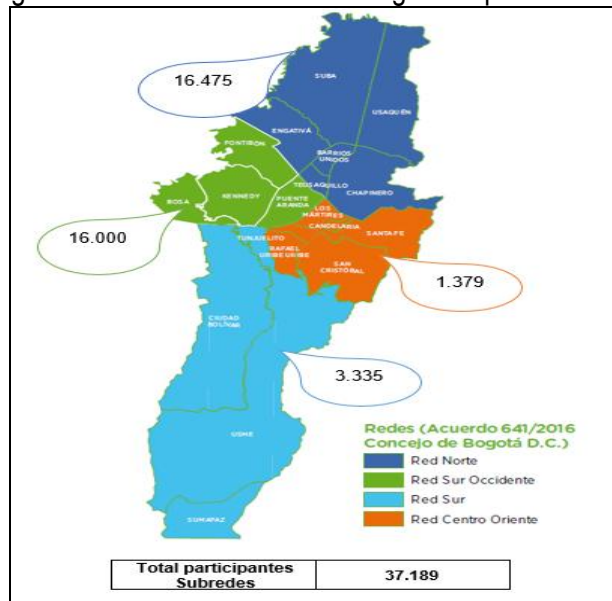
En cumplimiento del Acuerdo 614 de 2015 del Concejo de Bogotá, “por medio del cual se establecen estrategias para el control de la obesidad y el sobrepeso en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”, y de la Ley 1355 de 2009 se han realizado Jornadas Distritales y celebración de fechas conmemorativas a partir de la agenda saludable para la movilización social en salud. Una de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

estas jornadas fue el desarrollo de la Semana de Hábitos y Estilos de Vida Saludables realizada del 18 al 24 de Septiembre de 2017, en la cual participaron 37.189 personas pertenecientes a las cuatro subredes de Bogotá, distribuidas de la siguiente manera [Gráfica 3]:

Gráfica 3 Población participante en las jornadas de hábitos de vida saludables en las Subredes integradas de Servicios de Salud Bogotá-Septiembre 2017.



Fuente: Informes finales de jornadas hábitos de vida saludables Subredes Integradas de Servicios de Salud-Septiembre de 2017

El objetivo de las Jornadas fue promover Hábitos de Vida Saludables en cada uno de los Espacios de Vida Cotidiana de la población general para fortalecer factores protectores y reducir la exposición y afección por las condiciones crónicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y salud en la población de Bogotá. Las acciones fueron encaminadas a promover y estimular la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte como acciones que previenen el sedentarismo y las condiciones crónicas durante todo el curso de vida; promover hábitos de alimentación saludables, para prevenir el exceso de peso en todo el curso de vida y evitar factores obesogénicos: educar en Hábitos de Vida Saludable en la población general para fortalecer factores protectores y reducir la exposición y afección por las condiciones crónicas; y fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de la población en Bogotá.

Espacio Vivienda: En este espacio se desarrollan acciones de seguimiento y consejería familiar e individual en hábitos de vida saludables y acciones de gestión de riesgo específica a personas con condiciones crónicas por reportarse sin asistencia regular a los programas de las subredes.





Se han caracterizado 11194 familias en el espacio vivienda, [Tabla 1], donde se desarrollaron acciones de seguimiento y consejería familiar e individual en hábitos de vida saludables y acciones de gestión de riesgo específica a personas con condiciones crónicas por reportarse sin asistencia regular a los programas de las subredes.

Tabla 1 Población beneficiada de las acciones integradas implementadas en espacio vivienda periodo Enero a Agosto de 2017.

Espacio Vivienda	Número absoluto	%
Familias caracterizadas en espacio vivienda	11194	
Familias caracterizadas que presentaron riesgo para enfermedades crónicas y que recibieron consejería de hábitos de vida saludables.	2946	26%
Familias caracterizadas que presentaban riesgo de condiciones crónicas con planes implementados para la promoción de hábitos saludable y detección de riesgo para condiciones crónicas.	2836	96,2%
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama	1049	
Mujeres mayores de 50 años sin tamizaje para CA -Mama, que reciben orientación para acceso a servicios de detección temprana	1049	100%
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años sin tamizaje	10080	
Mujeres a riesgo de Cáncer de cuello uterino entre 21-69 años que reciben orientación para tamizaje.	10080	100%
Hombres mayores de 50 años caracterizados	1879	
Consejería a hombres mayores de 50 años que reciben orientación frente a detección temprana de cáncer próstata	1879	100%

Fuente: Reporte de Subredes a 30 de Junio de 2017, Información sujeta a ajustes a partir de datos registrados en el sistema de información.

En el Espacio Público se desarrolla actualmente la estrategia “*Cuidate Se Feliz*”, que tiene por objetivo identificar alertas de riesgo para enfermedades crónicas en mayores de 18 años, haciendo énfasis en la identificación y consejería frente a alertas de riesgo para obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Durante el proceso de implementación de la estrategia se ha contado con 22 equipos en parques, centros comerciales y zonas de alta afluencia de público en días de semana y diferentes puntos de valoración en ciclovía, [Gráfica 4].

A la fecha la estrategia ha realizado la valoración de alertas de riesgo, realizando consejería específica en 60 lugares diferentes de la ciudad, durante el 2017 a corte 30 de agosto se han valorado de acuerdo con lo reportado por las Subredes a 82.542 personas de las cuales el 7.8% presentaba alerta de riesgo cardiovascular alto, 21,4% alerta de riesgo cardiovascular medio, a cada grupo se dio recomendaciones específicas de solicitud de atención en su servicios de salud a través de canalización u orientación en hábitos de vida saludables.



Gráfica 4 Ubicación de puntos “Cuidate, Sé feliz” en el Distrito Capital. Año 2017.



En las Unidades de Trabajo Informal - UTI [Espacio Trabajo], se hace énfasis en el abordaje preventivo y de orientación a tamizaje de personas con riesgo de condiciones crónicas y enfermedades crónicas, presentando los siguiente resultados: Asesoría a 835 UTIS de las cuales 98.5% recibieron información del autocuidado para las condiciones crónicas; se ha identificado 1365 trabajadores con riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y cáncer.

En el Espacio Educativo a través de la acción integrada *Sintonizarte* se desarrollaron acciones específicas para mejorar los hábitos de vida saludable y generar factores protectores para condiciones crónicas realizando asistencia técnica a 402 instituciones educativas, abordando 10984 estudiantes y 2689 docentes.

Se continuó con la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, para la población en situación de discapacidad obteniendo los siguientes logros:

Se abordaron 2.711 personas con y sin discapacidad [cuidadoras y líderes] vinculadas a la estrategia a partir, principalmente, de acciones colectivas con grupos comunitarios en el espacio público en la acción integrada “Comunidades Protectoras y promotoras de la Salud”, en tres componentes: cuidate comunidad; competencias ciudadanas para la promoción de la salud y movilización de organizaciones y redes sociales.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para el periodo enero a agosto de 2017, se ha dado continuidad a las acciones colectivas para y con población con discapacidad mediante la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en las 20 localidades, con un acumulado de 8.905 (dato preliminar) personas con y sin discapacidad (cuidadoras y líderes), que se han vinculado a la estrategia, de las cuales entre los meses enero a marzo, se incrementa una cobertura de 1.790 personas con y sin discapacidad (dato preliminar), participando en 29 centros de escucha, 28 comités de familia de Rehabilitación Basada en Comunidad, 35 grupos de formación en liderazgo en Rehabilitación Basada en Comunidad, 17 redes de discapacidad y 29 redes de cuidadoras.

Adicionalmente, entre abril a agosto, se da continuidad a la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad [RBC], incluyendo nuevas acciones en los espacios de vida cotidiana y en los componentes transversales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC, aportando al incremento de la cobertura en 7.115 personas con y sin discapacidad [dato preliminar], fortaleciendo la ruta de inclusión.

Es así como en el Espacio Vivienda, en la acción integrada “cuidado para la salud familiar”, se ha trabajado con familias priorizadas con necesidades derivadas de una discapacidad priorizadas [Alta dependencia, Afectaciones psicosociales, menores de 5 años con malformaciones congénitas y otras alteraciones del desarrollo, comorbilidades crónicas], se alcanza una cobertura de 3.739 familias intervenidas con personas con discapacidad. Las acciones han permitido la valoración del riesgo y la identificación de barreras con logros en autonomía, participación social y la generación de acciones tendientes a la apropiación de prácticas de cuidado, ajustes razonables para el mejoramiento de los procesos de funcionamiento, acorde a la necesidad. De la misma forma, se han activado las rutas en salud y sociales pertinentes a cada caso.

En el Componente cuidarte con la estrategia "Facilitadores de socio cuidado" [Espacio Educativo] se han intervenido 21 Instituciones educativas distritales [IED] de las 40 programadas, en las acciones de convocatoria y desarrollo de capacidades a facilitadores que serán padrinos y madrinan de escolares con discapacidad para promover su participación, incluyendo entre los meses abril a agosto un promedio de 200jóvenes sin discapacidad y alrededor de 100 escolares con discapacidad con los que inician plan de trabajo.

En espacio público, se ha participado en dos acciones integradas “Comunidades Protectoras y Promotoras de la Salud”, con lo siguiente: fortalecimiento de líderes de RBC, con la participación de 958 personas, en 16 grupos; en la Red de cuidadoras, se ha trabajado con 1.060 personas en 35 grupos; y en actividades lúdico pedagógicas "desarrollo de capacidades a partir de la corporalidad" se cuenta con una cobertura de 843 en 16 grupos. En la acción integrada “Gestión del riesgo en salud en el espacio público” en constructores del espacio público, se ha llegado a la comunidad con acciones

25



itinerantes en las que se han identificado barreras físicas, comunicativas y actitudinales, se ha educado a la comunidad para afectar determinantes sociales relacionados con la transformación de prácticas inclusivas y la promoción de hábitos saludables, tendientes a disminuir las barreras identificadas.

En el Espacio Trabajo, mediante la intervención de equipos multidisciplinarios se ha intervenido 42 trabajadores con discapacidad en las Unidades de trabajo informal [UTIS] realizando caracterización y orientación a rutas de salud y sociales, además de promover hábitos y rutinas protectoras de la salud en el trabajo.

En el componente de Gestión de Programas y Acciones, se desarrolla la estrategia de IPS Accesibles e Incluyentes [IAI] donde se avanza en 217 IPS de 385 programadas para la vigencia, con las cuales se desarrollan las fases de identificación de barreras de acceso y humanización en la atención. Se ha dado inicio a la conformación y cualificación de equipos de autoevaluación para valorar los criterios de accesibilidad, políticas institucionales de inclusión, incidencia en el mejoramiento de los sistemas de información y conformación de redes internas y externas para promover escenarios de salud seguros e incluyentes, así como, incorporar oportunidades de mejora en los planes institucionales.

Acorde con los resultados expuestos, se encuentra que en el 2017, se ha incrementado la vinculación de población en 6.611 personas con discapacidad y sin discapacidad [cuidadores y líderes], en comparación con el segundo semestre del 2016, teniendo en cuenta que en el presente año se tiene un acumulado de 8.905 personas (Dato Preliminar) con los siguientes logros:

- ✓ Afianzamiento de acciones para la inclusión y el goce efectivo del derecho a la salud de la población con discapacidad.
- ✓ Empoderamiento en prácticas de cuidado y en la participación en redes promotoras y protectoras de la salud, que se constituyen en dispositivos que activan la ruta de la inclusión y de factores que afectan positivamente su calidad de vida.
- ✓ Familias orientadas en prácticas de cuidado, informadas en la ruta de la inclusión y con mayor autonomía.
- ✓ Líderes adquiriendo competencias para promover la salud y procesos de inclusión en sus comunidades.
- ✓ Redes de cuidadores conformándose y fortaleciéndose para orientar en cuidado a otras familias y cuidadores.
- ✓ Población con discapacidad educada en prácticas de salud, autocuidado, estrategias para el manejo de estrés, ciudadanía y convivencia.
- ✓ Jóvenes formándose como facilitadores de la inclusión y participación de niños y jóvenes con discapacidad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Meta: Aumentar en un 15% las personas que tienen prácticas adecuadas de cuidado y auto cuidado en Salud Oral

Para el periodo enero a septiembre de 2017 se cuenta con 42.971 participantes en el proceso de identificación y disminución de riesgos, de los cuales a la fecha se encuentran en proceso de valoración de prácticas cotidianas de salud oral.⁵

Dentro de los participantes en el proceso de construcción de prácticas de salud oral en lo corrido del año 2017, se mantiene el posicionamiento de la salud oral como base fundamental para el desarrollo humano, individual y colectivo, propiciando en los espacios de vida cotidiana, escenarios sociales, reflexivos y críticos alrededor de la construcción y resignificación de la calidad de vida del ser humano.

Desde el espacio vivienda, de las 11.194 familias caracterizadas según eventos de interés en Salud Pública, 8.617 son abordadas por riesgos en inadecuadas prácticas en Salud Oral. Del total de 480 Hogares Comunitarios de Bienestar [HCB] abordados, 380 hogares con 7.083 niños, participan para prevenir o disminuir riesgos en Salud Oral. En espacio educativo, en el componente Cuidarte se abordaron 446 IED por primera vez con 1902 docentes⁶ y 34.400 estudiantes para la clasificación de la calidad del cepillado⁷ y desde el espacio Público, se desarrollaron 48 iniciativas comunitarias para promocionar prácticas cotidianas en Salud Oral con 946 personas. 2 acciones itinerantes en promoción de prácticas cotidianas a 104 personas. Fortalecimiento en 34 organizaciones comunitarias como generadoras de prácticas cotidianas con participación de 664 personas. 5 jornadas de promoción de la salud que incluyeron el componente de salud oral con 599 asistentes.

Meta: Reducir a 2020, en una quinta parte, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 64,7% de la proporción de prevalencia de alteraciones en la salud relacionadas con trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental, enfermedad neuropsiquiátrica y consumo problemático de alcohol.

Desde el espacio vivienda se han caracterizado 7.745 familias para la promoción de salud mental y de ellas 6.961 reciben información, educación y comunicación en salud mental, especialmente en el abordaje de temáticas como pautas de crianza y manejo de emociones, espacios de encuentro en la familia, fortalecimiento de la comunicación y los vínculos, comunicación asertiva, protección hacia la infancia y la adolescencia.

⁵Base de datos Identificación y Monitoreo del Riesgo (Registro 2016 Corte abril 2017, año 2017 Enero a Septiembre de 2017), Preliminar).

⁶ Fuente: Consolidado del reporte de resultados 1186, periodo 01012017/ 30092017 con corte a 30 de septiembre. Preliminar

⁷ Fuente: Base de datos Identificación y Monitoreo del Riesgo (Enero a Septiembre de 2017), Preliminar





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

De otra parte, desde el espacio educativo se han desarrollado 1.115 grupos conversacionales de "Acompañarte" en 348 instituciones educativas con participación de 1.792 docentes y 6.925 estudiantes. A través del desarrollo de estos grupos se viabiliza la gestión colectiva de riesgos por medio a través del abordaje de las siguientes temáticas: Exploración de situaciones de salud mental, identificación de signos de alarma en salud mental, pautas de crianza, promoción del buen trato, prevención de las violencias, prevención de conducta suicida, trastornos conducta alimentaria, consumo de SPA, alcohol, hostigamiento escolar, prevención del cutting; promoción de autocuidado de cuerpo y proyecto de vida, reconocimiento de habilidades, resolución de conflictos, adecuado manejo de redes sociales y tipos de violencias, entre otras.

De manera complementaria en estos colegios se conformaron 270 grupos promotores de la salud mental y la convivencia con 3346 estudiantes, los cuales son grupos de estudiantes que adelantan procesos de autogestión al interior de cada colegio, orientado a movilizar iniciativas que faciliten la promoción de la salud mental, la divulgación de la línea 106 y la gestión de acciones de convivencia escolar. Finalmente se ha realizado 37 Grupos prioritarios en salud mental con 441 estudiantes. En estos grupos se adelantan sesiones de tamización y activación de ruta de acuerdo con las necesidades identificadas.

En el marco del espacio trabajo se han identificado 9.901 trabajadores informales de los cuales 141 fueron con consumo problemático de bebidas alcohólicas; se realizaron 171 asesorías para la promoción de la salud mental en unidades de trabajo informal con perfil de psicología. En centro de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución, se realizaron 809 escuchas activas por profesional de psicología 244 asesorías psicosociales entre otros. Con consumo de otras sustancias psicoactivas 2, se realizaron 1526 asesorías por psicología para los adolescentes identificados.

A la luz de las acciones lideradas desde el espacio público se han desarrollado 17 acciones Itinerantes que promocionaron la salud mental logrando llegar a 2366 personas, 72 Grupos con iniciativas comunitarias en salud mental con participación de 1331 personas y 91 iniciativas comunitarias de barras futboleras con participación de 1001 personas.

Se ha realizado también, valoración diagnóstica de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá, a partir de los estudios (Estudio tamiz de salud mental, II Estudio Distrital de consumo de sustancias psicoactivas) que permiten evaluar la situación en el Distrito, su impacto en segmentos de población según zonas geográficas, grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos para orientarlas acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas.





En torno a las acciones relacionadas con el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, para el diseño e implementación de la estrategia de prevención universal, selectiva e indicada del consumo de sustancias psicoactivas, que logre dar respuesta al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas de manera integral a todos los cursos vitales”, se implementan en las localidades las siguientes acciones para población en general: Línea Psicoactiva Distrital [universal, selectiva e indicada], Servicios de Acogida de Personas con Consumo de SPA [Prevención Indicada], Implementación de la Estrategia Farra en la Buena [Prevención Indicada], Implementación de Dispositivos de Base Comunitaria en el Instituciones [Prevención Selectiva e Indicada], Acción Integrada Sintonizarte – Acción Pedagógica Acompañarte [Prevención Universal], La acción cubre 383 instituciones educativas distribuidas con: 65 en la Subred Sur, 96 en la Subred Sur Occidente y 127 en la Subred Norte y 95 en la Subred Centro Oriente, Servicios de Orientación para Jóvenes con Consumos Iniciales de Sustancias Psicoactivas [SOJU] [Prevención Selectiva e Indicada], cuentan con nueve (9) equipos psicosociales en el distrito distribuidos dos (2) en la Subred Sur, dos (2) en la Subred Sur Occidente y dos (2) en la Subred Norte y tres (3) en la Subred Centro Oriente. De mayo a julio de 2017, se ha logrado impactar en 2768 jóvenes, específicamente en mejoramiento en habilidades para la vida (n=2210), aumento en la percepción del riesgo (n=666), superación del consumo (n=1380) y deserción de casos (n=281) y Centros Móviles de Atención Integral [CEMAI] y Servicios de Acogida [Tabla 2].

Tabla 2 Estrategias Prevención Consumo de SPA. Plan de Intervenciones Colectivas.

Estrategia	Tipo de Prevención			Cobertura
	Universal	Selectiva	Indicada	
Centros Móviles de Atención CEMAI			X	2994 personas entre los 18 y 90 años
Servicios de Acogida de Personas con Consumo de SPA			X	3516 Personas entre los 18 y 90 años
Línea Psicoactiva	X	X	X	5850 personas de todos los momentos vitales
Servicios de Orientación para Jóvenes con Consumo de SPA		X	X	5526 jóvenes entre los 10 y 26 años
Acción Integrada Sintonizarte: Acción Pedagógica Acompañarte	X			383 instituciones educativas, 1004 estudiantes y 760 docentes.
Espacio Vivienda: Cuidado para la Salud en Vivienda No Familiar		X	X	3 instituciones del Sistema de responsabilidad Penal para Adolescentes 1 penitenciaría distrital

Fuente: Subdirección de Determinantes en Salud. Subsecretaría de Salud Pública. SDS

En el marco de las estrategias de promoción de la salud mental y prevención de eventos que afectan la salud mental, se ha logrado la identificación de 2.409 personas con riesgos frente a trastornos mentales, conducta suicida, violencia física, psicológica o sexual, consumo problemático de alcohol o de sustancias psicoactivas o factores de riesgo frente a violencia de género. De esta manera se ha

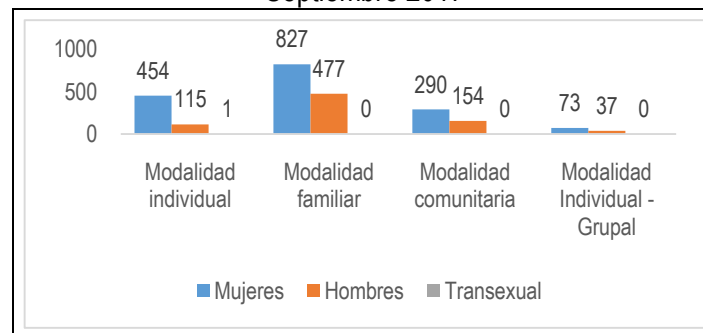


aportado a la gestión del riesgo en salud mental a través de la activación de la ruta de promoción y mantenimiento así como 565 personas con riesgo prioritario con activación de ruta de atención a través del módulo SIRC (información preliminar con corte a julio de 2017 – fuente: base de datos de caracterización social y ambiental del espacio vivienda cruzado con módulo SIRC).

Meta: A 2020 garantizar la atención integral en salud como medida de reparación a 7.200 personas víctimas del conflicto.

A septiembre de 2017, en el marco de la Acción Integrada 3 “Atención psicosocial con enfoque diferencial a víctimas de conflicto armado”, han ingresado un total 2.428 personas en las distintas modalidades de atención psicosocial. La modalidad familiar concentra el mayor porcentaje de población atendida con un 53,8%, representados en 1.304 personas; le sigue la modalidad individual con un 23,5%, que concentra 570 personas; en una menor proporción se encuentra la atención en la modalidad comunitaria con un 18,2%, que corresponde a 444 personas; y por último la modalidad individual – grupal con un 4,5% que corresponde a 110 personas, [Gráfica 5].

Gráfica 5 Población por modalidad de atención psicosocial y por género. Bogotá, D.C. Enero-Septiembre 2017



Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial – SDS. Periodo 1 enero – 30 septiembre 2017

La atención psicosocial individual se realiza en dos niveles de atención de acuerdo con el daño psicosocial evidenciado. De las 570 personas incluidas en la modalidad, 30% han priorizado la atención terapéutica y 70% el proceso de consejería y apoyo, con las orientaciones temáticas. [Tabla 3].

Tabla 3 Modalidad Individual - Niveles de atención – Orientación temática. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017

Orientación Temática	Modalidad de Atención		Total general
	Atención terapéutica	Consejería y apoyo	
Atención en crisis o primeros auxilios psicológicos	0	0	0



Orientación Temática	Modalidad de Atención		Total general
	Atención terapéutica	Consejería y apoyo	
Fortalecimiento de la Autoestima, Autoconfianza y de los recursos para el Afrontamiento	0	113	113
Atención a víctimas con antecedentes de violencia sexual y violencia basada en género en el marco del conflicto	35	0	35
Afrontamiento de las emociones en Niños, Niñas y Adolescentes	2	0	2
Afrontamiento del duelo y la pérdida en Niños, Niñas y Adolescentes	2	0	2
Fortalecimiento de la identidad de NNA y del Horizonte de vida	0	8	8
Atención en crisis de segundo orden	17	0	17
Afrontamiento de Miedo	39	0	39
Habilidades para fortalecimiento en manejo de emociones	0	153	153
Solución de problemas	0	22	22
Afrontamiento de la amenaza	4	0	4
Afrontamiento de Culpa y vergüenza	5	0	5
Reconstrucción de sentidos a partir de la experiencia de desaparición forzada.	3	0	3
Atención en Duelo y re-experimentación de pérdidas	53	0	53
Reconstrucción en proyecto de vida	0	95	95
Acompañamiento en restitución de derechos	0	8	8
Afrontamiento de la Desaparición Forzada	11	0	11
Total general	171	399	570

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial. SDS. Periodo 1 enero – 30 septiembre 2017.

La atención psicosocial familiar se realiza en dos niveles de atención de acuerdo con el daño psicosocial evidenciado, según lo que se observa en la Tabla 4, de las 441 familias incluidas en la modalidad, 22,5% han priorizado la atención terapéutica y 77,5% el proceso de consejería y apoyo, con las orientaciones temáticas que igualmente se observan en la misma tabla.

Tabla 4 Modalidad familiar - Niveles de atención – Orientación temática. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017

Orientación Temática	Atención terapéutica	Consejería y apoyo	Total general
Protección y cuidado intrafamiliar	18	0	18
Solución de problemas intrafamiliares	0	54	54
Afrontamiento frente a la re-estructuración de Roles	0	19	19
Afrontamiento de la culpa	1	0	1
Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	0	104	104
Afrontamiento del Miedo	31	0	31
Atención en procesos de duelo	14	0	14
Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	0	154	154
Trámite de dificultades en el comportamiento	9	0	9
Trabajo en seguridad y autoprotección	0	9	9
Resignificación de la relación con la persona desaparecida forzosamente	3	0	3
Transformaciones de la cotidianidad a partir de la desaparición forzada	8	0	8
Reconstrucción de sentidos a partir de la experiencia de desaparición forzada.	3	0	3
Atención a los efectos transgeneracionales del conflicto armado	9	0	9
Atención a las violencias de género en la familia	0	2	2
Atención en casos de violencia sexual, con ocasión del conflicto armado	3	0	3
Total general	99	342	441

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Periodo 1 enero – 30 septiembre 2017.



La atención psicosocial comunitaria se realiza en tres niveles de atención de acuerdo con el daño psicosocial evidenciado, de las 25 organizaciones y/o procesos comunitarios incluidos en la modalidad comunitaria, el 76% han priorizado el fortalecimiento colectivo. El 12% reconocimiento social y el 12% reconstrucción de las memorias, [Tabla 5].

Tabla 5 Modalidad comunitaria - Niveles de atención. Bogotá, D.C. Enero-septiembre de 2017

Niveles de Atención	Número de Organizaciones
Fortalecimiento Colectivo	19
Reconocimiento Social	3
Reconstrucción de las memorias	3
Total general	25

Fuente: Matriz seguimiento atención psicosocial SDS. Periodo 1 enero – 30 septiembre 2017.

Meta: A 2020 aumentar la respuesta efectiva a un 84% de los niños, niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la línea 106.

En el periodo reportado el porcentaje de respuestas efectivas de los niños niñas y adolescentes identificados en alto riesgo desde la línea 106 fue del 55.6%, de 1.448 situaciones de violencia expresadas, el 45% fueron notificados a los sistemas de vigilancia epidemiológica (SIVIMM-SISVECOS). La violencia física es la que más incidencia ha presentado a lo largo del año ocupando una tercera parte de las intervenciones relacionadas con violencia, seguida de la violencia sexual y la violencia por negligencia.

Se han realizado 28.314 intervenciones, de las cuales el 20.242 corresponden a temas relacionados con la promoción de salud y 7.479 corresponde a acciones de prevención.

Con respecto a los grupos promotores que empiezan a funcionar en el espacio educativo, en lo que va corrido del periodo van conformados 357 grupos promotores con 3.366 estudiantes, que se convierten en multiplicadores de acciones de promoción de salud mental. En el periodo reportado se ha terminado de ejecutar el componente acompañarte en 150 Instituciones educativas.

En lo que respecta a la canalización de rutas, desde la línea 106 se han realizado 30 activaciones desde el mes de agosto a través del formato de canalización, reflejando la oportunidad que tienen los ciudadanos de ser escuchados y de recibir una respuesta por parte de sector.

La línea 106 “El poder de ser escuchado” como un espacio de comunicación para la ayuda, la intervención psicosocial y/o soporte en situaciones de crisis; ha continuado con su fuerte compromiso con la detección oportuna de situaciones de riesgo para la infancia y la adolescencia, la promoción de hábitos saludables y la prevención de factores de riesgo que puedan afectar la salud mental. Al 30 de septiembre presenta una efectividad del 55.6%, en franco orden con la esperada para el 2017 del



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

60%. De igual forma se han generado 28.314 intervenciones a través de los diferentes canales de comunicación e información.

Meta: A 2020 mejorar en un 60% las pautas de crianza y protección hacia la infancia y adolescencia captada en los espacios educativos y de vivienda.

En el marco de la acción integrada “Cuidado de la salud familiar” se abordaron a 6.952 familias que tienen niños, niñas y adolescentes de 1 a 17 años. En el marco del proceso se ha adelantado la aplicación de 5.547 inventarios de práctica de crianza en estas familias, los cuales sirven de línea de base para concertar planes familiares orientados a fortalecer prácticas de crianza⁸. Las intervenciones con las familias se han orientado al trabajo en habilidades para la vida, prevención de violencias, habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud física y mental, apego y la comunicación, tipos de estímulos y refuerzos, incorporación de hábitos en el proceso de crecimiento del niño, manejo del castigo, identificación del rol dentro del hogar, estimulación a los niños y niñas, comunicación, resiliencia, fortalecimiento de los vínculos afectivos en el hogar y fortalecimiento de los factores protectores en los diferentes cursos de vida.

Se diseñó la iniciativa “Mi Mascota Verde y Yo”, a través de la cual se han intervenido 421 Hogares Comunitarios de Bienestar de los cuales en 286 [67%] se desarrolló la sesión de vínculos, afecto y valores con la participación de 294 madres comunitarias y 2.659 niños y niñas y en 101 [24%] HCB se desarrolló la sesión de Pautas de crianza con la asistencia y participación de 334 madres comunitarias y 2.461 niños y niñas. De manera complementaria se viene adelantando la estrategia de AIEPI Comunitario de la cual se llevaron a cabo 517 sesiones y en 270 de estas se integró el fortalecimiento de las pautas de crianza.

A través de la estrategia Sintonizarte, cuyo componente “Acompañarte” está orientado a la gestión del riesgo en salud mental. En este componente se adelantan grupos conversacionales con padres de familia para abordar las pautas de crianza; a la fecha se ha avanzado con el desarrollo de 107 grupos conversacionales en pautas de crianza con 937 padres y madres de familia.

En el marco del proceso adelantado desde el espacio vivienda se adelanta actividades encaminadas a realizar la caracterización, intervención y seguimiento a cada familia. En ese proceso, con el monitoreo y evaluación del plan familiar se identifica transformación de las pautas de crianza en 3.163 de familias con niños, niñas y adolescentes entre 1 y 17 años intervenidas. En ese sentido las familias

⁸Fuente: seguimiento al proyecto de inversión 1186 – información preliminar con corte a julio 2017.



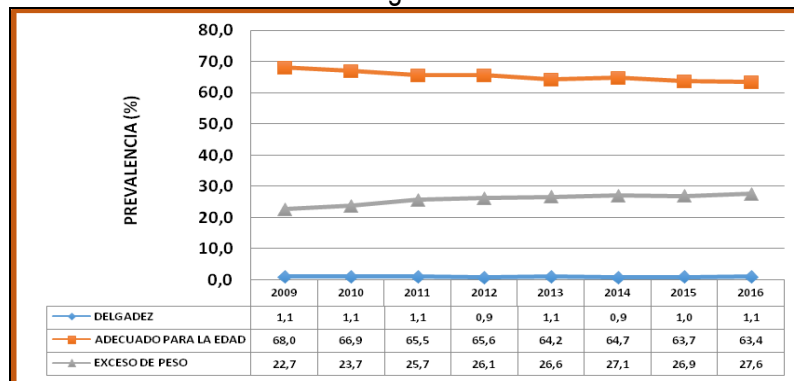
han generado movilizaciones en torno a la forma de relacionarse en su interior en pro de la adopción de prácticas de cuidado, fortalecimiento de vínculos afectivos y habilidades para la vida así como orientaciones en para el mejoramiento de la comunicación y la asertividad, todo ello a favor de la infancia y la adolescencia; estas intervenciones han favorecido alrededor de 6.025 padres, madres y cuidadores y 5.100 niños niñas y adolescentes.

Meta: Reducir al 26% el exceso de peso en la población de 5 a 17 años en el distrito a 2020.

Para el indicador de exceso de peso en escolares y adolescentes de Bogotá, para el año 2016, arrojo un 27.6 %, lo que evidencia un aumento en comparación con el año inmediatamente anterior [Año 2015: 26.9%]⁹, [Gráfico 6].

Se ha realizado seguimiento a 527 familias con escolares y adolescentes con exceso de peso y 2.000 acciones de consejería alimentaria y nutricional, en estas familias y se ha intervenido 383 instituciones educativas públicas y privadas con equipos interdisciplinarios que ofrecen sesiones pedagógicas a estudiantes y docentes con temáticas de inclusión de hábitos de alimentación saludable y practica de actividad física.

Gráfica 6 Prevalencia del exceso de peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVAN. Bogotá 2009-2016



Fuente: SISVAN, tamizaje nutricional 2016. SDS

⁹ Los datos obtenidos para determinar el estado de evolución del exceso de peso (Sobrepeso y Obesidad) en escolares y adolescentes del Distrito Capital, están tomados de una muestra de 100 mil estudiantes pertenecientes a 90 colegios públicos y privados que se encuentran en el programa de Vigilancia Epidemiológica SISVAN de la Secretaria Distrital de Salud.



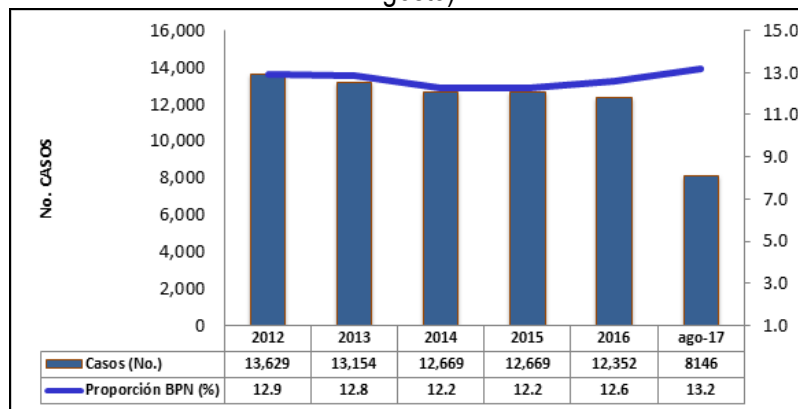
Meta: Erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019.

El seguimiento a los indicadores de desnutrición en menores de 5 años en Bogotá presenta el siguiente comportamiento:

Bajo peso al nacer: Para Bogotá, la proporción de bajo peso al nacer presenta una tendencia estacionaria entre el 12,2% y el 12,9%, en el periodo 2012 a 2016. Sin embargo, según la información preliminar, con corte a agosto de 2017, la proporción se incrementa a 13,2%, que puede estar afectada por la disminución marcada de nacimientos presentada en Bogotá en el presente año. [Gráfica 7].

Este comportamiento evidencia la necesidad de intervenciones integrales en salud sexual y reproductiva para identificar y tratar oportunamente las complicaciones durante la gestación que pueden influir en la presentación del Bajo Peso al Nacer: infecciones, pre-eclampsia, pobre ganancia de peso durante la gestación, patologías crónicas. Por otro lado, las EAPB, deben fortalecer la demanda inducida al control prenatal y la aplicación estricta de las guías de manejo para la gestante.

Gráfica 7 Tendencia del Bajo Peso al Nacer en recién nacidos de Bogotá. Serie 2012- 2017 (corte a Agosto)



Fuente: Sistema de estadísticas vitales- Bases DANE- SVSP-SDS 2017

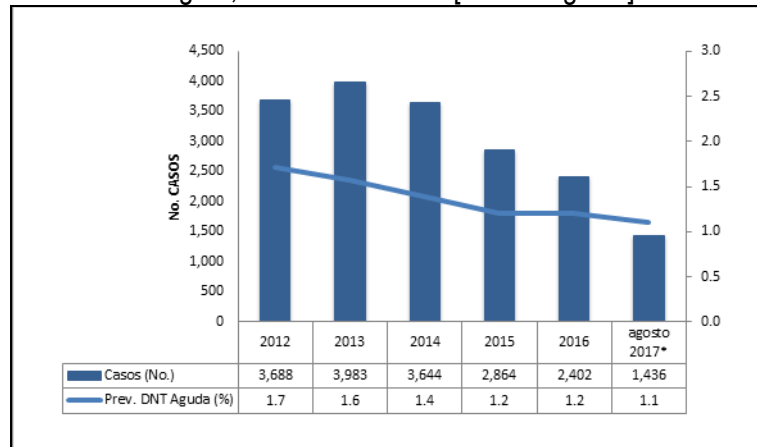
Desnutrición aguda en menores de 5 años: Para Bogotá, este indicador presenta tendencia a la disminución, pasando de 1,7% en 2012 a 1,2% en el 2016. Para el periodo de enero a agosto de 2017 el indicador se encuentra en 1.1%. [Gráfica 8].

La multicausalidad de la desnutrición infantil y su relación con las condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables de las familias residentes en localidades de alta vulnerabilidad, afectadas



por la pobreza, el desempleo y en algunos casos en condición de desplazamiento, evidencia la necesidad de intervenciones que van más allá del sector salud.

Gráfica 8 Tendencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá, Serie 2012- 2017 [corte a agosto]



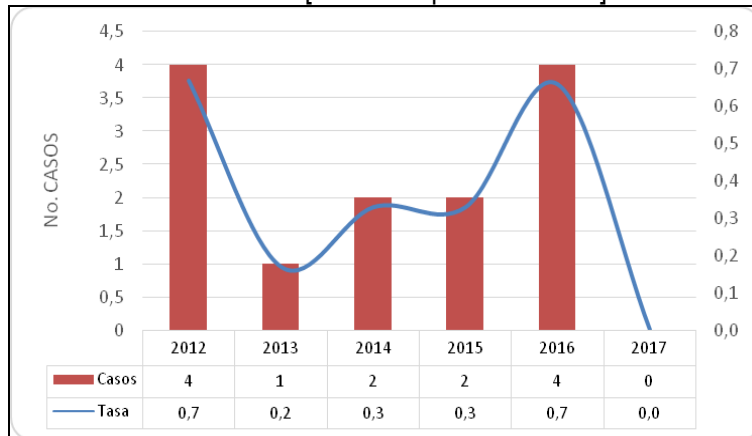
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – SVSP-SDS 2017

Como parte de los logros para este año se continua el Fortalecimiento de la Red de Vigilancia Nutricional con mantenimiento de las UPGDs que notifican al SISVAN promedio de notificación mensual de 38.700 reportes; se consolida la red de vigilancia nutricional conformada por 309 IPS públicas y privadas que notifican al subsistema y permiten la identificación de los casos de desnutrición. Por otra parte se realizan Investigaciones Epidemiológicas de Campo al 100% de los casos de Bajo Peso al Nacer y Desnutrición en menores de 5 años.

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años: El comportamiento de la tasa presenta una tendencia fluctuante en el periodo 2012 – 2016; pasó de 2,7 por 100.000 menores de 5 años en 2008 a 0,7 en 2016. Para 2017, con corte a septiembre NO se han reportado casos de este evento residentes en Bogotá [Gráfica 9]. La identificación y tratamiento oportuno de la desnutrición en menores de 5 años constituye una de las estrategias más efectivas para disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición, sin embargo, la afectación de los determinantes estructurales de las familias de niños y niñas de alta vulnerabilidad socioeconómica y ambiental es la medida más costo efectiva para erradicar la mortalidad por esta causa.



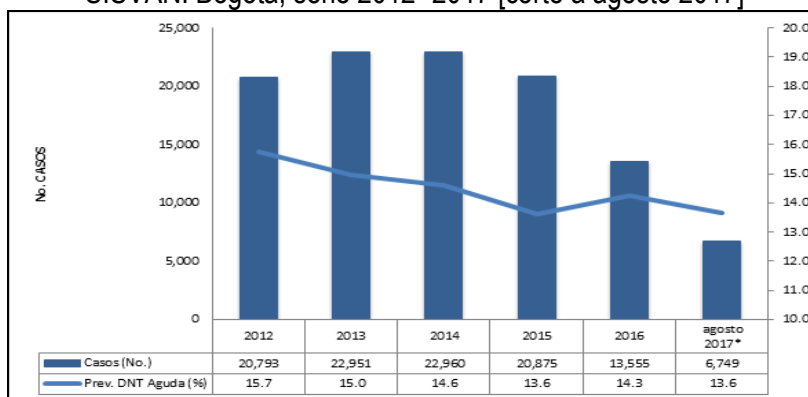
Gráfica 9 Tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de Bogotá. Serie 2012- 2017 [corte a Septiembre 2017]



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 17-04-2017)

Bajo Peso Gestacional: La prevalencia de Bajo Peso en mujeres gestantes presenta tendencia a la disminución, pasó de 15,7% en 2012 a 13,6% en 2017 (corte a agosto). [Gráfica 10]. La identificación oportuna de las gestantes con inadecuada ganancia de peso durante la gestación permite instaurar las medidas para la recuperación nutricional y control de patologías que pueden afectar el crecimiento intrauterino. La adherencia al control prenatal y las acciones de promoción y prevención dirigidas a mujeres en edad fértil contribuyen a la reducción del Bajo Peso Gestacional, redundando en el peso adecuado de recién nacido fruto de la gestación.

Gráfica 10 Tendencia de la prevalencia de bajo peso gestacional en gestantes captadas por el SISVAN. Bogotá, serie 2012- 2017 [corte a agosto 2017]



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



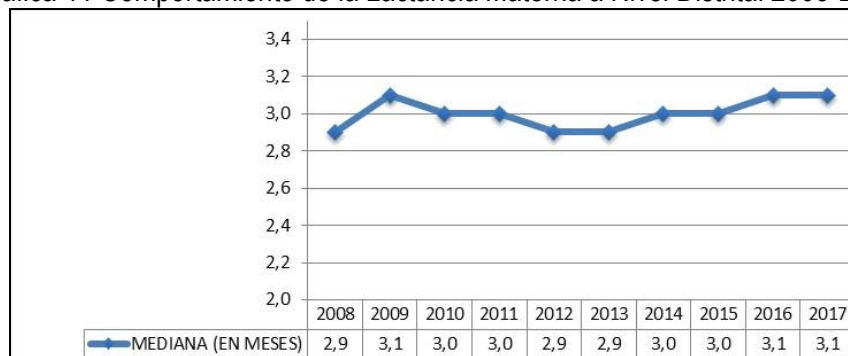
Desde los espacios de vida cotidiana y los componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública se desarrollaron las siguientes acciones:

- ✓ 6.391 familias con orientación en la estrategia AIEPI comunitario, temas de vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención accidentes a cuidadores de menores de 5 años.
- ✓ 793 niños y niñas menores de 5 años con identificación de desnutrición aguda y con activación de rutas de atención para atención por parte de salud y de servicios sociales.
- ✓ 566 niños y niñas menores de 5 años con recuperación de su estado nutricional.
- ✓ 449 mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional con seguimiento y canalizadas a servicios sociales.
- ✓ Se diseñó e implementó el plan de choque contra la mortalidad por desnutrición en 14 unidades de prestación de servicios de salud de la red pública distrital.
- ✓ Se realizó jornada de cualificación en el tratamiento intrahospitalario de la desnutrición aguda dirigido a profesionales de los hospitales de la red pública con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social con la asistencia de más de 300 profesionales de la salud.
- ✓ Desde el componente de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública se caracterizaron 259 IPS públicas y privadas, brindando orientación técnica en clasificación y seguimiento nutricional e identificación de la desnutrición aguda moderada y/o severa.

Meta: Incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses.

La lactancia materna exclusiva para los menores notificados al SISVAN, presenta un comportamiento estacionario en el periodo 2012- 2017, con una mediana de 3.1 meses de duración [Gráfica 11].

Gráfica 11 Comportamiento de la Lactancia Materna a Nivel Distrital 2008-2017



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y nutricional SISVAN- SVSP- SDS 2017 *Información preliminar, junio de 2017

Dentro de los logros más relevantes se tienen:



- ✓ A partir del 2017 se reactivó el proceso para la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la infancia (IAMi) en 259 IPS públicas y privadas.
- ✓ Desde el espacio vivienda, se abordó 712 familias con orientación y promoción de la lactancia materna, donde se observaron 712 niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva.
- ✓ 534 madres comunitarias con orientación en alimentación infantil saludable y lactancia materna.
- ✓ De manera conjunta con la Mesa Regional se lidera el III Congreso Internacional de Lactancia Materna celebrado los días 29,30 y 31 de agosto 2017, con la participación de al menos 500 profesionales de la salud.
- ✓ Se elaboran los lineamientos técnicos para el proyecto “Bogotá Unida por la Lactancia Materna” cuyo propósito es implementar en las IPS públicas y privadas las estrategias IAMi, Salas Amigas de la Familia Lactante, fortalecer las salas de extracción de leche materna y los procesos de consejería, este proyecto iniciara a partir de noviembre 2017.

Meta: A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.

La evolución de la mortalidad materna muestra un comportamiento de reducción para el periodo 2012 a 2016 del 48,7%, pasando de una razón de 40,8 por 100.000 nacidos vivos [n=43 casos] en el año 2012 a 28,5 por 100.000 nacidos vivos durante el año 2016 [n=28 casos], en cuanto a la frecuencia se presenta una reducción de 19 casos para el periodo estudiado, [Gráfica 12].

Gráfica 12 Tendencia de la Mortalidad Materna años 2012 - 2016, Bogotá D.C.



FUENTE 2012-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE
 Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017). 2016: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico
 ajustada agosto 2017 preliminar



Para el periodo enero a diciembre del año 2016 se presentaron para el Distrito Capital 28 muertes maternas según datos preliminares y 98.689 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 28,5 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Para el mismo periodo año 2015 se registraron 35 muertes maternas y 102.778 nacimientos, estimándose una razón de mortalidad de 34,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

El 70% de las localidades, donde se concentra los casos de mortalidad materna en el periodo 2014 [Acuerdo 645 del Consejo de Bogotá, Plan de Desarrollo 2016 -2020 “Bogotá Mejor para todos, pagina102] corresponde a: localidad Suba [23,3%] y localidad Engativá [10%] pertenecientes a la Subred Norte; localidad Bosa [13,3%] y localidad Kennedy [13,3%] de la Subred Sur occidente; y la localidad Ciudad Bolívar [10%] de la Subred Sur. A continuación se hace referencia al comportamiento de estas cinco localidades como comparativo al indicador alcanzado durante 2016 con la línea de base.

De manera general estas cinco localidades Pareto, para el periodo 2016 registro 15 muertes maternas, 56.574 nacimientos y una razón de 26,5 muertes por 100.000 nacidos vivos. Durante el año 2014 las localidades del Pareto presentaron la ocurrencia de 20 muertes maternas y 60.408 nacimientos para la estimación de una razón de 33,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, al respecto se presenta una variación del 25% de los casos y una variación absoluta de 6,6 muertes menos por 100.000 nacidos vivos. Para el Distrito y especialmente en las localidades del Pareto se han generado estrategias para el monitoreo y mejoramiento de la calidad de la atención materna e infantil en la red de prestadores públicos y privados así como la articulación con las EAPB.

Al realizar un análisis comparativo del periodo enero a septiembre de los años 2012 a 2017 se presenta una reducción del 43,8% al pasar de una razón de mortalidad materna de 34,2 por 100.000 nacidos vivos para el año 2012 a 23 por 100.000 nacidos vivos año 2017, así como reducción en casos de 11 defunciones maternas a igual corte. De manera específica el periodo de enero a septiembre de 2017 se han presentado 16 muertes y una RMM de 23, 7 casos menos en comparación con el mismo periodo del año inmediatamente anterior [año 2016 23 casos y una razón de 30.6].

Como se observa en la Tabla 6 el 87,5% (n=14) de las muertes maternas ocurridas con corte enero a septiembre año 2017 residían en las localidades que conforman el Pareto, mostrando un aumento de 4 casos en comparación a igual periodo año 2016; sin embargo a nivel Distrital se muestra una disminución de 7 casos, año 2017 versus año inmediatamente anterior.

Tabla 6 Mortalidad Materna por Sub red y Localidad de Residencia, Enero a Septiembre 2017. Bogotá

LOCALIDAD	2016	2017
-----------	------	------





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	TOTAL	Razón por 100.000 NV	TOTAL	Razón por 100.000 NV
01. USAQUEN	2	42,5	0	0
03. SANTAFE	2	195,7	0	0
05. USME	2	47,8	0	0
06. TUNJUELITO	1	50	0	0
07. BOSA	3	39,2	4	56,3
08. KENNEDY	2	18,6	1	9,9
09. FONTIBON	1	31	0	0
10. ENGATIVA	2	29,8	1	16,3
11. SUBA	1	9,6	2	20,1
12. BARRIOS UNIDOS	1	82,1	1	94
14. LOS MARTIRES	1	117,5	0	0
18. RAFAEL URIBE	3	73,7	0	125
19. CIUDAD BOLIVAR	2	26,8	6	84,5
99. SIN INFORMACIÓN	0	0	1	
Total SIN LOCALIDAD	0	0	1	0
TOTAL	23	30,6	16	23

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-10-2017 y ajustado 18-10-2017). 2016 ajustado en enero

El comportamiento de las muertes maternas a nivel Distrital para el año 2017 en relación a los grupos de edad más afectados, muestran al grupo de 30 a 34 años con un aporte del 43,7% (n=7) del total ocurridos y una razón de 50,15 por 100.000 nacidos vivos, seguido de las adolescentes 15 a 19 con el 18,7% (n=3) y una razón de mortalidad materna - RMM del 32,4 por 100.000 nacidos vivos, el grupo 25 a 29 muestra una RMM igual a la alcanzada por el Distrito de 23 por 100.000 nacidos vivos y un aporte del 25% (n=4); los grupos 20 a 24 años y 35 a 39 años aportan 6,2% y 1 caso cada uno y una razón de 12,2 y 5,4 por 100.000 nacidos vivos respectivamente.

Para el año 2016 el grupo más afectado fueron las mujeres mayores de 35 años con un aporte del 26% (n=6) y una RMM de 71,4 por 100.000 nacidos vivos, con un mayor aporte 34,7% (n=8) se encontró el grupo 20 a 24 años alcanzando una razón de 39,7 por 100.000 nacidos vivos, las mujeres de 15 a 19, 25 a 29 y 30 a 34 años aportan el 13% y 3 casos cada grupo con RMM de 28,6, 16,1 y 18,7 por 100.000 nacidos vivos respectivamente.

La gestación en edades extremas es decir mujeres menores de 19 años y mayores de 35 durante la gestación es considerada un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales por lo cual requiere un manejo en instituciones de nivel especializado. Los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de apgar, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de factores que son asociados con la edad avanzada.

En relación a las causas de muerte materna se presentan con corte a septiembre año 2017 un 62,5% (n=10) defunciones por causas directas, siendo los trastornos hipertensivos y TEP –embolias las principales causas seguido de la sepsis y la hemorragia. Las causas indirectas corresponde a un



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

31,25% con eventos relacionados como pielonefritis, cáncer de lengua, acceso cerebral por encefalitis bacteriana, trombosis de venas cerebrales y un caso (n=6,25%) notificado por el instituto de medicina legal el cual se encuentra causas en estudio. En comparación con el año anterior, el porcentaje de causas directas fue de 56,5% y las indirectas de 43,5%

Desde la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá se lidera el pacto por la atención segura de madres y niños menores de 1 año, donde se busca realizar acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres y niños y niña de manera articulada en cooperación con instituciones prestadoras de salud y empresas administradores de planes de beneficios de la red pública y privada. Dicho pacto está enmarcado en cuatro estrategias a saber: Vigilancia epidemiológica intensificada inmediata –VEII, Intervención institucional inmediata e integrada. –IIII, Estrategia de Comunicación y la Participación y veeduría Comunitaria.

Se realizan acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas para la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo.

En el componente Materno Perinatal, a septiembre se realizaron 92 visitas de asesoría y asistencia técnica a los servicios Materno Perinatales (21 USS/ 33 IPS). Durante el año 2017 a septiembre, se realizaron 23 simulacros de código rojo, 21 simulacros por choque séptico en pacientes obstétricas en ESE-IPS. Se realizaron 9 simulacros código azul en las ESE e IPS y 8 simulacros de adaptación neonatal, 13 simulacros de nacimiento humanizado.

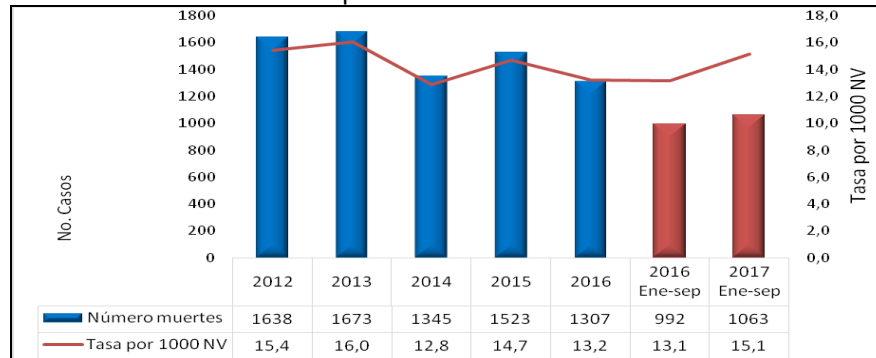
Se fortalecieron las competencias a 9.561 profesionales de las IPS-EPS, de igual forma, se fortalecieron las competencias de 132 profesionales que inician el servicio Social Obligatorio.

Meta: A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.

Para el periodo 2012 a 2016 la mortalidad perinatal muestra un comportamiento fluctuante presentado aumentos en el año 2015 con posterior descenso en el siguiente año, [Gráfica 13].



Gráfica 13 Tendencia de la mortalidad perinatal, Bogotá, D.C Años 2012-2016 y periodo enero a septiembre 2016-2017.



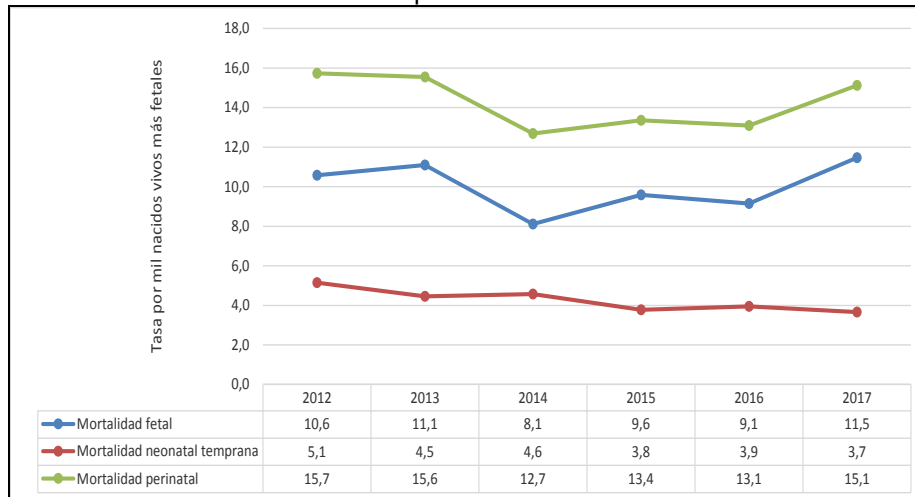
FUENTE 2012-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017). 2016: Bases de datos SDS- RUAF-ND.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Análisis Demográfico ajustada agosto 2017 preliminar

En contraste, en el periodo enero – septiembre de los años 2012 a 2017, la tasa de mortalidad perinatal mostró una tendencia al descenso para 2014, 2015 y 2016 con tasas inferiores a 13,4 muertes por mil nacidos vivos más fetales. Para el año 2017 se registra una tendencia al aumento con una tasa de 15,1 muertes por mil nacidos vivos más fetales.

En promedio durante el periodo analizado, el 70% de las muertes perinatales fueron fetales (ocurrieron entre las 22 semanas de gestación y/o 500 gramos de peso y el nacimiento) y el 30% neonatales tempranas (se presentaron entre el nacimiento y los 7 días de vida). La tasa de mortalidad fetal registra una reducción para el año 2014 y una tendencia al aumento para los años 2015, 2016 y 2017, en este último año la tasa se ubica por encima de la registrada en los años 2012 y 2013 con 11,5 muertes fetales por mil nacidos vivos más fetales; mientras que la neonatal temprana muestra una tendencia a la reducción para los años 2015, 2016 y 2017, [Gráfica 14] registrando en este último año la tasa más baja de todo el periodo con 3,7 muertes neonatales tempranas por cada mil nacidos vivos más fetales.



Gráfica 14 Tasa de mortalidad fetal, neonatal temprana y perinatal Bogotá, D.C. 2012 – 2016 y 2017 a septiembre 30



FUENTE 2012-2013: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Año 2013 ajustado con datos definitivos publicación DANE 30 de julio del 2015. FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar. FUENTE 2015: Bases de datos SDS -RUAF-ND, (corte marzo 9 del 2016) preliminar. FUENTE 2016: Bases de datos SDS -RUAF-ND, (corte enero del 2017) preliminar. FUENTE 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-10-2017 y ajustado 18-10-2017)

Según localidad, [Tabla 7], se evidencia reducción de la tasa de mortalidad perinatal en 5 de las 20 localidades: Usaquén, Santafé, Barrios Unidos, Teusaquillo y Ciudad Bolívar. Las localidades de Chapinero, San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria y Rafael Uribe registraron aumento en el número de casos y tasa.

Tabla 7 Tasa de mortalidad perinatal Bogotá, D.C. comparativo enero - septiembre 2016-2017

LOCALIDAD	2016		2017	
	Número	Tasa por 1000 NV mas fatales	Número	Tasa por 1000 NV mas fatales
1-USAQUEN	58	12,2	48	10,6
2-CHAPINERO	7	4,5	15	10,1
3-SANTAFE	20	19,3	18	14,8
4-SAN CRISTOBAL	38	8,5	60	15,0
5-USME	52	12,3	70	17,5
6-TUNJUELITO	31	15,4	29	15,4
7-BOSA	91	11,8	89	12,4
8-KENNEDY	131	12,1	146	14,3
9-FONTIBON	40	12,3	50	17,7
10-ENGATIVA	80	11,8	96	15,5
11-SUBA	147	14,0	143	14,2
12-BARRIOS UNIDOS	19	15,4	14	13,0
13-TEUSAQUILLO	16	16,4	11	12,4
14-MARTIRES	12	14,0	12	14,8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDAD	2016		2017	
	Número	Tasa por 1000 NV mas fetales	Número	Tasa por 1000 NV mas fetales
15-ANTONIO NARIÑO	12	12,8	11	13,4
16-PUENTE ARANDA	23	10,4	27	14,7
17-CANDELARIA	0	0	13	60,5
18-RAFAEL URIBE	55	13,4	65	18,1
19-CIUDAD BOLIVAR	119	15,8	107	14,9
20-SUMAPAZ	0	0	0	0
SIN DATO DE LOCALIDAD	41		39	
Total general	992	13,1	1063	15,1

FUENTE 2016: Bases de datos SDS -RUAF-ND, (corte enero del 2017) preliminar. FUENTE 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-10-2017 y ajustado 18-10-2017)

Con relación al análisis diferencial para el año 2016 en las localidades de mayor concentración (Pareto) de mortalidad perinatal en Bogotá D.C, se registraron 741 muertes perinatales y 56.788 nacidos vivos más fetales, estimándose una tasa de mortalidad de 13,0 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales. En el período 2014 se registraron 722 muertes perinatales en estas mismas localidades (Pareto) y 60.860 nacidos vivos más fetales, estimándose una tasa de mortalidad de 11,9 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales. Lo anterior corresponde a una variación de 2,6% en el número de muertes y una variación absoluta en la tasa de 2,3 %, sin reducción diferencial.

Las unidades de análisis realizadas evidencian la persistencia de problemas relacionados con las debilidades en la demanda inducida por parte de EAPB e IPS. Se observa la débil realización de estrategias de captación temprana de mujeres gestantes, la no caracterización de mujeres en edad fértil y mujeres con condiciones de riesgo, debilidades en la demanda inducida a planificación familiar, consulta preconcepcional y control prenatal, el no seguimiento a gestantes de alto riesgo o inasistentes, las debilidades en el trabajo articulado entre las EAPB y las IPS, la no adherencia a guías y protocolos de manejo materno-perinatal.

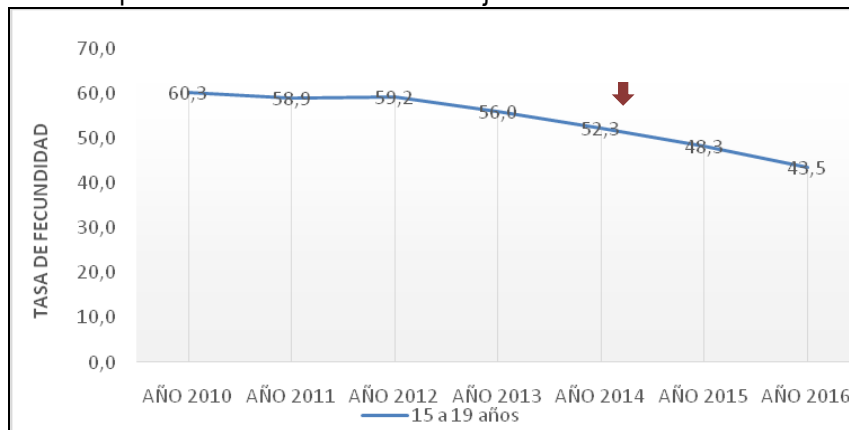
Como parte de las acciones para impactar en la meta se mantiene y fortalece las estrategias desarrolladas en relación con la reorganización de servicios materno perinatales a la luz de la Ruta Integral de Atención (RIA) en la ciudad, la asesoría y asistencia técnica a las IPS y EAPB en el componente materno- perinatal del modelo de atención integral en salud, la participación activa desde el sector salud en la mesa intersectorial de la RIA de la primera infancia dentro de la Política de Cero a Siempre, la consolidación de 28 fichas de atención de la primera infancia y el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en protocolos y guías de atención materno perinatales a través de capacitaciones o simulacros.

Meta: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.



Se observa una tendencia a la disminución en el Distrito Capital de las tasas específicas de fecundidad en mujeres en edades de 15 a 19 años, evidenciando en el año 2016 una reducción de la Tasa en un 16,8% en relación con la tasa reportada en el año 2014 (línea de base); sin embargo continua siendo un reto la reducción de este indicador, teniendo en cuenta los determinantes en salud asociados al embarazo a temprana edad, así como el riesgo asociado a la morbilidad materna perinatal, [Gráfica 15].

Gráfica 15 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años 2010 a 2016, Bogotá



FUENTE POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008

Fuente NV 2010-2014: -Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE.

Fuente 2015-2016: -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2017

El seguimiento a la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, aporta al análisis del fenómeno de embarazo en adolescente y de manera simultánea orienta la formulación de acciones que se traducen en afectación positiva de determinantes en relación con la salud sexual y reproductiva de las generaciones jóvenes de la ciudad. Así mismo, el sector salud evidenciando los nacimientos en mujeres menores de este rango de edad, realiza seguimiento a la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de manera sostenida y adelanta acciones de promoción, educación y prevención de eventos de abuso y violencia sexual, bajo enfoques de derechos, determinantes en salud y curso de vida.

Se observa una tendencia de reducción en las tasas y el número de nacimientos 10 a 14 años principalmente en las localidades de Candelaria, Mártires y Kennedy; y también una reducción en las tasas y el número de nacimientos 15 a 19 años principalmente en las localidades Usme, Kennedy y Ciudad Bolívar, [Tabla 8].



Tabla 8 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres de 10-14 y 15 a 19 años, por localidad de residencia. Bogotá D.C. Años 2014 a 2016

LOCALIDAD	2014				2015				2016			
	10 a 14 Años		15 a 19 Años		10 a 14 Años		15 a 19 Años		10 a 14 Años		15 a 19 Años	
	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad	Nacimientos	Tasa específica de fecundidad
01- USAQUEN	23	1,47	542	29,5	23	1,1	542	29,3	21	1,4	479	28,4
02-CHAPINERO	3	0,97	131	28,5	3	0,7	131	23,7	2	0,6	117	31,8
03-SANTAFE	4	1,01	261	60,7	4	2,1	261	62,2	6	1,5	238	55,4
04-SAN CRISTOBAL	29	1,58	1382	75,6	29	1,7	1382	67,9	23	1,4	1080	64,8
05-USME	30	1,51	1289	63	30	1,4	1289	60,4	34	2,3	1170	75,8
06-TUNJUELITO	12	1,43	492	57	12	1,3	492	52,1	12	1,7	400	54,7
07-BOSA	48	1,71	1897	68,8	48	1,7	1897	69,1	40	1,4	1800	57,2
08-KENNEDY	57	1,41	2323	54,7	57	1,4	2323	50,5	32	0,7	1887	39,9
09-FONTIBON	9	0,66	514	35,6	9	0,6	514	29,4	6	0,4	402	25,9
10-ENGATIVA	15	0,5	1124	34,3	15	0,6	1124	31	19	0,6	845	26,1
11-SUBA	45	1,04	1846	40	45	0,6	1846	36,6	27	0,6	1432	29,2
12-BARRIOS UNIDOS		0,86	172	21,7		0,5	172	17,1		0	111	13,5
13-TEUSAQUILLO	1	0,57	73	15,2	1	0,3	73	11,7	3	0,9	69	16,7
14-MARTIRES	19	6,68	227	63,6	19	7,2	227	54,7	2	0,7	141	45,9
15-ANTONIO NARIÑO	3	0,76	208	48,3	3	1	208	35	4	1	161	41,1
16-PUENTE ARANDA	6	0,73	381	40,2	6	0,5	381	32,1	4	0,6	262	34,2
17-CANDELARIA	1	3,18	69	72,1	1	3,5	69	54,6		0	41	57,3
18-RAFAEL URIBE	23	1,46	1121	40,2	23	1,6	1121	65,8	22	1,6	867	60,9
19-CIUDAD BOLIVAR	85	2,7	2573	81	85	1,7	2573	72,2	55	1,7	2030	62,3
20-SUMAPAZ	1	3,24	8	30,1	1	0	8	7,6		0	3	10,8
SIN DATO DE LOCALIDAD	1		53		1		53		2		141	
TOTAL GENERAL	415	1,39	16686	52,3	415	1,2	16686	48,3	314	1,1	13676	43,5

FUENTE POBLACIÓN Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008Fuente NV 2014: -Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Fuente 2015-2016: -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares - Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2017

Durante el periodo enero- septiembre del año 2017 se han presentado 228 nacimientos de mujeres de 10 a 14 años, presentando una disminución de 87 casos y un porcentaje de reducción del 27,6% al compararlo con año inmediatamente anterior 2016 (315). Las localidades con mayor reducción de casos entre los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años son Sumapaz reducción del 100% sin



ocurrencia de caso para el año 2017 versus 1 caso 2016, Antonio Nariño reducción del 75% al pasar de 4 casos a 1 y Engativá reducción 68,4% con 19 a 6 casos. Las localidades de Chapinero y Mártires presentan un aumento de 150% (de 2 años 2016 a 5 casos 2017) y Teusaquillo aumento de 66,7% (3 a 5 casos) [Tabla 9].

Tabla 9 Nacimientos en madres adolescentes de 10-14 por localidad de residencia Enero - Septiembre 2016-2017. Bogotá

LOCALIDAD	ENERO-SEPTIEMBRE 2016			ENERO-SEPTIEMBRE 2017		
	NACIMIENTOS	MUJERES 10-14 AÑOS	TASA DE FECUNDIDAD	NACIMIENTOS	MUJERES 10-14 AÑOS	TASA DE FECUNDIDAD
Usaquén	21	15.021	1,4	13	14.795	0,9
Chapinero	2	3.306	0,6	5	3.261	1,5
Santafé	6	3.434	1,8	3	3.371	0,9
San Cristóbal	23	16.143	1,4	15	15.884	0,9
Usme	34	15.064	2,3	25	15.054	1,7
Tunjuelito	11	6.952	1,6	8	6.820	1,2
Bosa	40	29.558	1,3	30	29.989	1,0
Kennedy	33	44.914	0,7	24	45.146	0,5
Fontibón	6	14.305	0,4	6	14.447	0,4
Engativá	19	29.483	0,7	6	29.223	0,2
Suba	27	45.322	0,6	18	45.687	0,4
Barrios Unidos	0	7.060	0,0	1	7.024	0,1
Teusaquillo	3	3.494	0,9	5	3.439	1,5
Mártires	2	2.980	0,7	3	2.959	1,0
Antonio Nariño	4	3.880	1,0	1	3.836	0,3
Puente Aranda	4	7.069	0,6	2	6.903	0,3
Candelaria	0	610	0,0	3	605	5,0
Rafael Uribe	22	13.583	1,7	23	13.327	1,7
Ciudad Bolívar	55	32.006	1,7	37	32.252	1,1
Sumapaz	1	286	3,4	0	291	0,0
Sin dato	2	SD	N/A	0	N/A	0,0
TOTAL	315	294470	1,1	228	294313	0,8

Durante el periodo enero- septiembre del año 2017 se han presentado 9241 nacimientos de mujeres de 15 a 19 años mostrando un porcentaje de reducción del 34,3% y 4836 casos al comparar con igual periodo año 2016 (14077). Se presenta una reducción en todas las localidades del Distrito siendo Antonio Nariño con una reducción de 52% pasando de 168 casos a 80, Candelaria con un 46,5% porcentaje de reducción y de 43 a 23 nacimientos. De manera preliminar se encuentra una reducción de la tasa específica de fecundidad entre mujeres de 10 a 14 años, del 27% disminuyendo de 1,1 año 2016 a 0,8 por 1.000 mujeres para el año 2017. La tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, evidencia una mayor reducción (34,2%) con una TEF de 45,2 año 2016 a 29,7 por 1.000 mujeres para el año 2017, [Tabla 10].



Tabla 10 Nacimientos en madres adolescentes de 15-19 por localidad de residencia Enero - Septiembre 2016-2017. Bogotá

LOCALIDAD	ENERO-SEPTIEMBRE 2016			ENERO-SEPTIEMBRE 2017			
	NACIMIENTOS	MUJERES 15-19 AÑOS	TASA DE FECUNDIDAD	NACIMIENTOS	MUJERES 15-19 AÑOS	TASA DE FECUNDIDAD	DE
Usaquén	501	16.847	30,3	345	16.536	20,9	
Chapinero	117	3.682	31,9	66	3.672	18,0	
Santafé	253	3.548	73,8	181	3.430	52,8	
San Cristóbal	1.102	16.659	68,0	733	16.194	45,3	
Usme	1.210	15.431	79,7	756	15.191	49,8	
Tunjuelito	405	7.309	57,1	267	7.088	37,7	
Bosa	1.849	31.449	58,6	1208	31.579	38,3	
Kennedy	1.935	47.305	41,0	1285	47.244	27,2	
Fontibón	413	15.533	26,5	245	15.583	15,7	
Engativá	873	32.393	27,4	558	31.825	17,5	
Suba	1.463	49.031	29,8	1010	49.145	20,6	
Barrios Unidos	111	8.240	13,7	79	8.087	9,8	
Teusaquillo	73	4.142	17,9	52	4.071	12,8	
Mártires	145	3.073	48,0	124	3.021	41,0	
Antonio Nariño	168	3.917	43,7	80	3.848	20,8	
Puente Aranda	268	7.660	36,3	167	7.391	22,6	
Candelaria	43	715	61,9	23	695	33,1	
Rafael Uribe	887	14.234	64,3	630	13.798	45,7	
Ciudad Bolívar	2.101	32.606	64,6	1387	32.526	42,6	
Sumapaz	7	278	25,6	4	273	14,7	
Sin dato	153	0,0	0,0	41	N/A	0,0	
TOTAL	14077	314052	45,2	9241	311197	29,7	

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

- ✓ Acciones de formación a "agentes" del Distrito en derechos sexuales, derechos reproductivos y prevención de la maternidad y la paternidad temprana; se lleva a cabo evento de sensibilización y socialización del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad temprana a 150 profesionales de los equipos operativos que implementan acciones integradoras en los Espacios de Vida (Espacio Educación, Espacio Vivienda, Espacio Público, Espacio Trabajo).
- ✓ Armonización de Rutas Integrales de Atención RIA en salud para la prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana
- ✓ Habilitar y hacer seguimiento a IPS para servicios de atención integral, salud sexual y reproductiva.
- ✓ Construir e implementar la "Plataforma Virtual" de atención y remisión en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes para la resolución de dudas relacionadas con Sexualidad, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Salud Reproductiva en convenio suscrito entre la Secretaria Distrital de Salud y la Fundación



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Cardio Infantil, denominada www.sexperito.co y dirigida a adolescentes y jóvenes. Se tiene un total de 291,423 visitas.

- ✓ Socialización de piezas comunicativas diseñadas por la SDIS para el programa distrital, la plataforma de sexperito y las enviadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el tema de conmemoración de la Semana Andina.
- ✓ Articular los sistemas de alertas y reporte de casos de maternidad y paternidad temprana entre el sector salud y educación para mejorar el reporte distrital y mejorar los sistemas de información de "Bogotá Para Todos" mediante desarrollo reunión mensual del equipo técnico para la prevención y atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, se elabora un documento preliminar con análisis epidemiológico del comportamiento de la Maternidad y Paternidad Temprana correspondiente al segundo semestre de 2017.
- ✓ Durante la vigencia se han logrado espacios de participación y retroalimentación por parte de la estrategia de intervención para seguimiento y monitoreo de la maternidad y paternidad temprana. En actividades que se desarrollan a nivel Distrital tales como; Primer encuentro juvenil y cultural de jóvenes, semana andina, ferias de salud, pagina web Sexperto. Adicional se desarrollaron actividades programadas por plan de acción; grupos focales con adolescentes y jóvenes, gestantes, padres de familia y docentes e identificando casos trazadores y embarazos subsiguientes y aplicando el formato de investigación epidemiológica de campo maternidad y paternidad temprana.

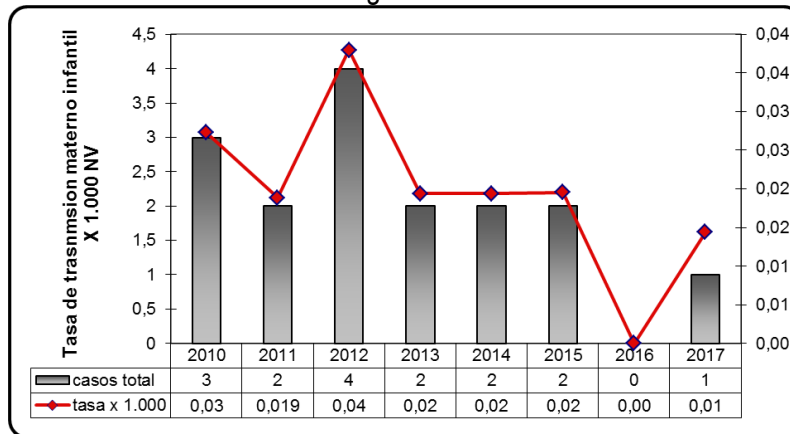
Meta: A 2020 reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año

Para el año 2016 se logró mantener el número de casos en cero, logrando alcanzar la meta propuesta de reducir la transmisión materna infantil de VIH a menos de 2 casos por año. Durante los años 2012 – 2015 el número de casos de Transmisión materno infantil [TMI] de VIH ha mantenido un comportamiento similar; de estos casos se ha realizado unidad de análisis al 100%, las cuales han permitido identificar aspectos importantes durante la atención, que han afectado el seguimiento desde la gestación. Sin embargo es importante aclarar que de los 10 casos notificados para este periodo de tiempo, uno de los casos que corresponde al año 2014, a pesar de contar con atención integral, durante la gestación, el parto y el pos parto se dio la TMI de VIH, [Gráfica 16].





Gráfica 16 Tasa de transmisión materno infantil de VIH x 1.000 nacidos vivos, 2012- SE 39 de 2017.
Bogotá D.C.



Fuente SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud 2010-2016datos finales. Semana Epidemiológica 39 de *2017 dato preliminar.

Fuente 2012 - 2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos

Fuente 2015 - 2.016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente *2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 17-09-2017 (Corte 10-09-2017)

A semana epidemiológica 39 de 2017, se mantiene la notificación de un caso de transmisión materno infantil de VIH al cual se le realizó unidad de análisis evidenciando que durante la gestación, parto y posparto se garantizó la atención integral con pruebas a la gestante negativas y se concluyó que la transmisión materno infantil se dio por lactancia materna. En este sentido se considera un logro importante para la ciudad, en relación con el número de partos que se atienden en las diferentes unidades prestadoras de servicios de salud, mantener la meta propuesta en aras de alcanzar la certificación en el Distrito Capital de la eliminación de transmisión materno infantil de VIH.

Entre los logros obtenidos se encuentran:

- ✓ En los Programas y Acciones de interés en salud pública (AISP) se realizan las asistencias técnicas a las IPS frente a los eventos de interés en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realiza formación de 614 profesionales para Asesoría para Prueba Voluntaria (APV) y entrenamiento de Prueba Rápida de VIH.
- ✓ Desde nivel central se han entregado 376.274 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).
- ✓ Se han realizado 4.183 pruebas rápidas de VIH, a través de la estrategia “Ponte a prueba” inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- ✓ Desde Información, Educación y Comunicación para la salud (IEC se han realizado 2 procesos de diseño y divulgación de información para las jornadas, campañas y actividades comunicativas en sexualidad responsable. Se han apoyado 83 procesos de fortalecimiento de capacidades para las



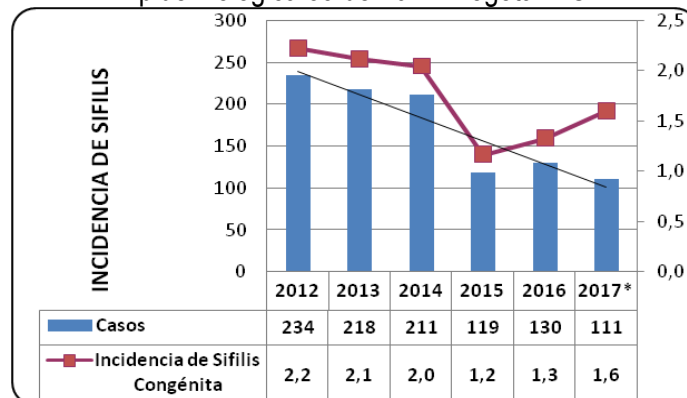
intervenciones del PSPIC en los que participaron 876 personas del talento humano de las Subredes.

- ✓ Se abordaron instituciones educativas con el componente amarte donde se realizaron grupos conversacionales con estudiantes y asesorías a docentes en la estrategia amarte
- ✓ Asistencias técnicas a UPGD críticas en notificación en fortalecimiento del protocolo, definición operativa de caso, algoritmo de diagnóstico para VIH, importancia del seguimiento para la toma de decisiones acorde al comportamiento.

Meta: A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.

Este indicador presenta una clara tendencia a la disminución de este indicador, para el año 2016 la Ciudad tiene una incidencia de Sífilis congénita de 1,3 por 1000 nacidos vivos. Es importante tener en cuenta que el año 2015 fue de implementación de las nuevas guías y protocolos, evidenciando en el 2016 mayor adherencia a los algoritmos diagnósticos, por lo que se podría explicar el 0,1 de diferencia entre estos dos años teniendo en cuenta que para 2015 la incidencia fue de 1,2 por 1000 nacidos vivos, [Gráfica 17]. La mayor incidencia de sífilis congénita por localidad de residencia para el año 2016, está en las localidades de: Candelaria, Mártires, Santa fe y Usme, relacionado de manera importante con las condiciones de vulnerabilidad como niveles educativos bajos, altas inequidades de género y barreras geográficas para el acceso a salud.

Gráfica 17 Incidencia de Sífilis congénita por 1000 Nacidos Vivos, Año 2012 a Semana Epidemiológica 39 de 2017. Bogotá D.C



Fuente SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud 2010-2016datos finales. Semana Epidemiológica 39 de *2017 dato preliminar

Fuente 2012 - 2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos

Fuente 2015 – 2.016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente *2017: Base de datos aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES Ajustado 17-09-2017 (Corte 10-09-2017)



A pesar de que de que la notificación de casos ha mejorado y el diagnóstico también, se deben continuar las acciones implementadas para alcanzar la meta de incidencia de sífilis congénita a 0,5 por 1000 nacidos vivos para la Ciudad. A semana epidemiológica 39 de 2017 [30 de septiembre] se han notificado 111 casos de sífilis congénita (datos preliminares) mostrando un aumento de 11,7% de los casos comparado con el mismo periodo del año 2016 donde se notificaron 98 casos.

Es importante tener en cuenta que se debe fortalecer el seguimiento del tratamiento a las parejas, dado que este aumento de casos también está relacionado con reinfección por no tratamiento oportuno o esquemas incompletos, que hacen que al momento del parto la infección este activa; estos casos con reinfección aportan el 8,5% del total de casos (datos preliminares)

Para este indicador es importante tener en cuenta el comportamiento en sífilis gestacional. Para el país, el evento de sífilis gestacional muestra una disminución en la notificación de los casos, pasando de una razón de prevalencia de 7,4 casos por 1000 nacidos vivos en 2010 a 6,0 en 2016. Lo anterior evidencia un comportamiento diferencial con el Distrito Capital donde ha existido una clara tendencia al aumento pasando de una prevalencia de 5,0 casos por 1000 nacidos vivos en 2012 a 6,6 por 1000 nacidos vivos en 2016. Para 2017 a semana 39 se han notificado 495 casos (datos preliminares) que cumplen definición de acuerdo al protocolo; comparado con el año 2016 para el mismo periodo (515 casos) hay una disminución de casos de 4,6%.

En Bogotá la razón de prevalencia de sífilis gestacional muestra para el año 2016 una clara tendencia al aumento en comparación con el año 2015, para el año 2017 a pesar que se evidencia una disminución de casos la prevalencia continua siendo alta. Para Sífilis gestacional las localidades con mayor prevalencia por lugar de residencia son Candelaria, Mártires y Santafé en los primeros 3 lugares.

Las acciones implementadas para la disminución de casos se enfocan a acciones de seguimiento con: investigaciones epidemiológicas de campo, fortalecimiento de capacidades técnicas a IPS y EAPB priorizadas, se realizan procesos de canalización y apoyo social gestantes, además de acciones de promoción y prevención desde los espacios de vida cotidiana.

Entre los logros obtenidos se encuentran:

- ✓ El Espacio Vivienda ha realizado fortalecimiento técnico a los equipos, relacionados con la identificación, seguimiento y canalización de casos de gestantes con diagnóstico de Sífilis.
- ✓ En los Programas y Acciones de interés en salud pública (AISP) se realizan las asistencias técnicas a las IPS frente a los eventos de interés en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realiza formación de 614 profesionales para Asesoría para Prueba Voluntaria (APV) y entrenamiento de Prueba Rápida de Sífilis



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Procesos de seguimiento y socialización del comportamiento del eventos con las subredes para la toma de decisiones, generando plan de choque en el marco del “Pacto por la atención segura de madres y niños”
- ✓ Desde nivel central se han entregado 376.274 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).
- ✓ Se han realizado 3.570 pruebas rápidas de sífilis, a través de la estrategia Ponte a prueba inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- ✓ Desde Información, Educación y Comunicación para la salud (IEC) durante el se han realizado procesos de diseño y divulgación de información para las jornadas, campañas y actividades comunicativas en sexualidad responsable. Se han apoyado 83 procesos de fortalecimiento de capacidades para las intervenciones del PSPIC en los que participaron 876 personas del talento humano de las Subredes.
- ✓ Fortalecimiento del trabajo interdirecciones para el abordaje de manera conjunta del seguimiento a los eventos relacionados con salud materna e infantil con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno a las gestantes diagnosticadas con sífilis y sus parejas, aportando a disminución del riesgo de tener casos de sífilis congénita.
- ✓ Mesas periódicas de trabajo con las EAPB para el seguimiento de las acciones implementadas para el abordaje de la salud materna e infantil
- ✓ Desde el espacio público el desarrollo de jornadas Distritales como incentivo a prácticas de cuido y el abordaje integral de la sexualidad.
- ✓ Se abordaron instituciones educativas con el componente amarte donde se realizaron grupos conversacionales con estudiantes y asesorías a docentes.

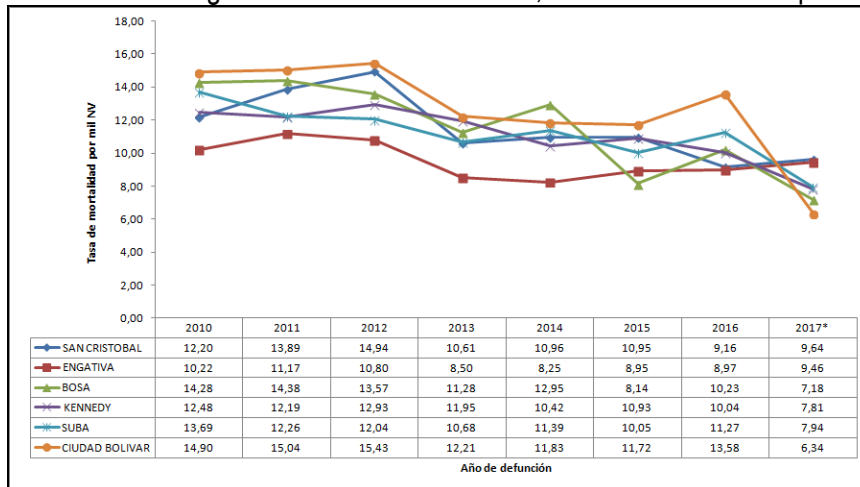
A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.

La tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Bogotá ha disminuido comparativamente entre los años 2016 y 2017, con corte al mes de septiembre pasando de 9,4 a 8,0 casos por 1000 nacidos vivos con una reducción importante de casos en las localidades del pareto (*las que concentran el 60% de los casos de mortalidad*), excepto en San Cristóbal en donde el número de defunciones infantiles únicamente ha descendido en 3 casos, [Gráfica 18].





Gráfica 18 Comparativo de la tasa de mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. años 2010 – 2016, año 2017: enero a septiembre.



Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

Estas localidades han presentado 350 casos y actualmente representan el 63% de las mortalidades infantiles del Distrito para el año 2017, mientras el año anterior concentraron el 65% (n=463). La disminución en el número total de casos en estas localidades respecto el 2016 es del 24%(n=113 casos), lo cual representa una tasa acumulada de 8,0 para el D.C.

La disminución en el número de casos se evidencia en 5 localidades así: Engativá disminuye en 6 casos, sin embargo la tasa de mortalidad infantil para los dos años se mantiene en 9,5; Bosa disminuye 13 casos, pasando de una tasa de 8,9 (2016) a 7,2 (2017); Ciudad Bolívar disminuye en 50 casos, pasando de una tasa de 12,7 (2016) a 6,3 (2017); Kennedy disminuye 17 casos, pasando de una tasa de 8,9 (2016) a 7,8 (2017); Suba disminuye 20 casos, pasando de una tasa de 9,5 (2016) a 7,9 (2017) entre enero y Septiembre, [Tabla 11].

Tabla 11 Comparativo de la mortalidad infantil en las localidades donde se concentra el 60% de la mortalidad. Bogotá D.C. Años 2016 y 2017 meses enero a septiembre.

LOCALIDAD	TOTAL			
	2016		2017	
	Número de muertes	Tasa por 1000 NV	Número de muertes	Tasa por 1000 NV
4-SAN CRISTOBAL	41	9,25	38	9,64
7-BOSA	68	8,89	51	7,18
8-KENNEDY	96	8,92	79	7,81
10-ENGATIVA	64	9,52	58	9,46



LOCALIDAD	TOTAL			
	2016		2017	
	Número de muertes	Tasa por 1000 NV	Número de muertes	Tasa por 1000 NV
11-SUBA	99	9,54	79	7,94
19-CIUDAD BOLIVAR	95	12,72	45	6,34

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

De acuerdo a la clasificación 667 de causas de mortalidad, en el acumulado de enero a septiembre de 2017 se distribuye así: el 31%(n=176) Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 15%(n=82)Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; 14%(n=77) Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal; 11%(n=62) Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento; 10%(n=58) Sepsis bacteriana del recién nacido. El 19% restante se presenta en 16 causas de mortalidad de acuerdo a la clasificación 667.

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en salud Pública se han desarrollado acciones de seguimiento mediante aplicación de listas de chequeo a 355 IPS públicas y privadas priorizadas en las localidades de la ciudad, en las cuales se han realizado 263 acompañamientos técnicos, para verificación de implementación de Estrategia de Sala ERA (en Instituciones con Sala ERA y Sin sala ERA), atención integral para la primera infancia y/o AIEPI y con estrategias de comunicación implementadas relacionadas a la prevención de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y signos de alarma.

De la misma manera de las 61 IPS públicas y privadas priorizadas que con atención a partos, se han realizado 34 acompañamientos técnicos para el seguimiento a IPS que atienden partos, para verificación de realización de seguimiento a niños con bajo peso al nacer, prematuros o con factor de riesgo y con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje (TSH, agudeza visual y audiometría).

A través del módulo de Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC), se activaron 263 rutas prioritarias de niños y niñas que por su condición médica han sido identificados y gestionados con la EAPB.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, se realizan actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde los espacios de vida cotidiana en los cuales se desarrollan acciones puntuales para los niños, niñas y adolescentes del distrito capital, siendo estas, en el Espacio Público con la concertación, implementación y evaluación de 44 iniciativas comunitarias, para el abordaje integral de riesgos en salud relacionados con infancia en promoción de prácticas de AIEPI comunitario, donde se abordaron 747 personas, 101 líderes

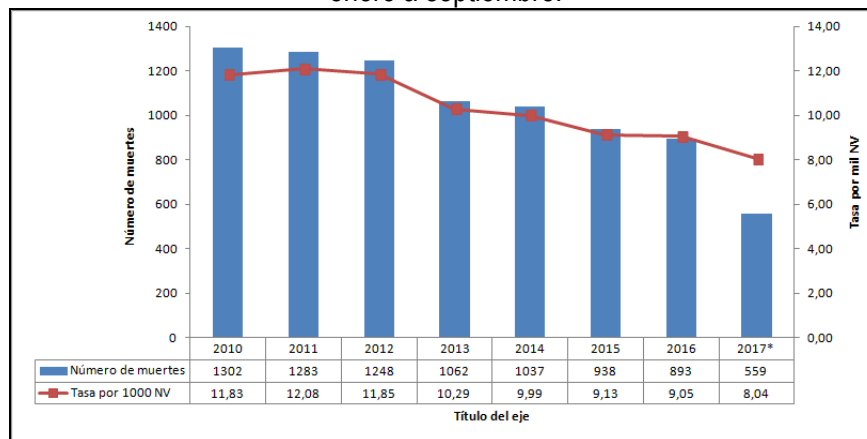


comunitarios y 33 organizaciones y/o redes sociales en salud y en el Espacio de vivienda, mediante la Acción Integrada Cuidado para la salud familiar, se identificaron 7242 familias con 2513 niños y niñas menores de 1 año con eventos priorizados como: esquema vacunación incompleto, menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, sin control de crecimiento y desarrollo, prematuros, con riesgo o diagnóstico de desnutrición, anomalía congénita sin control y signos de peligro de muerte.

Meta: A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad infantil presenta una tendencia a la reducción pasando de una tasa de 11.83 [1.302 casos] en 2010 a 9.05 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos [893 casos] en 2016, que corresponde a una reducción del 23.50%, [Gráfica 19].

Gráfica 19 Comparativo de la tasa de mortalidad infantil Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.



Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

Para 2017 se ha presentado un descenso del 21% (n=148) en el número total de fallecimientos en el grupo de menores de un año, pasando de 707 a 559 mortalidades en este grupo de edad.

De acuerdo con las definiciones establecidas a nivel mundial, una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento (28); la muerte neonatal es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se dividen en muertes neonatales tempranas: las ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)



y muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28º día de vida (7-27 días)¹⁰

En relación con lo anterior, la clasificación de la mortalidad infantil en la ciudad para los años 2016 y 2017, se presenta a continuación:

Tabla 12 Clasificación de la mortalidad infantil en Bogotá D.C, Años 2016 y 2017 meses enero a septiembre

Clasificación de la muerte	2016		2017	
	Número de muertes	Porcentaje	Número de muertes	Porcentaje
Neonatal temprana	299	46%	257	42%
Neonatal tardía	142	24%	136	20%
Postneonatal	266	30%	166	38%

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

En la tabla 12, se evidencia que aproximadamente el 70% de la mortalidad infantil en la ciudad se presenta en el menor de un mes, y teniendo en cuenta que la primera causa de mortalidad infantil en la ciudad son las malformaciones congénitas, se corresponde con la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual: *“los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de los fallecimientos de neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas. Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad”*¹¹.

En la ciudad de Bogotá se evidencia disminución en el número absoluto de casos en la mortalidad neonatal temprana 14%(n=42), neonatal tardía 4%(n=6) y Postneonatal 38%(n=100).

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en salud Pública se han desarrollado acciones de seguimiento mediante aplicación de listas de chequeo a 355 IPS públicas y privadas priorizadas en las localidades de la ciudad, en las cuales se han realizado 263 acompañamientos técnicos, para verificación de implementación de Estrategia de Sala ERA (en

¹⁰<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>

¹¹En:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Instituciones con Sala ERA y Sin sala ERA), atención integral para la primera infancia y/o AIEPI y con estrategias de comunicación implementadas relacionadas a la prevención de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y signos de alarma.

De la misma manera de las 61 IPS públicas y privadas priorizadas que con atención a partos, se han realizado 34 acompañamientos técnicos para el seguimiento a IPS que atienden partos, para verificación de realización de seguimiento a niños con bajo peso al nacer, prematuros o con factor de riesgo y con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje (TSH, agudeza visual y audiometría).

A través del módulo de Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC), se activaron 263 rutas prioritarias de niños y niñas que por su condición médica han sido identificados y gestionados con la EAPB.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, se realizan actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde los espacios de vida cotidiana en los cuales se desarrollan acciones puntuales para los niños, niñas y adolescentes del distrito capital, en ese sentido desde el Espacio de vivienda, mediante la Acción Integrada Cuidado para la salud familiar, se han identificado 5.155 familias, con niños y niñas menores de 1 año con eventos priorizados [esquema vacunación incompleto, menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, sin control de crecimiento y desarrollo, prematuros, con riesgo o diagnóstico de desnutrición, anomalía congénita sin control y signos de peligro de muerte], a quienes se les ha fortalecido en la implementación de las 18 Prácticas del AIEPI comunitario a cuidadores de niños y niñas menores de 1 años.

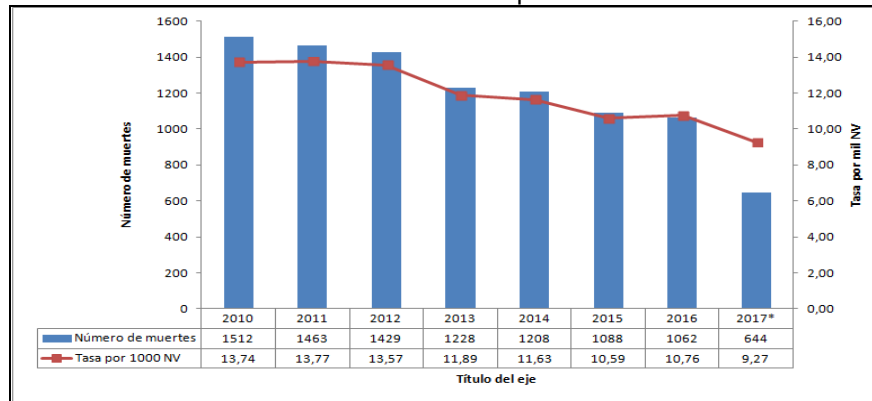
Meta: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020

La tasa de mortalidad en menores de 5 años presenta una reducción del 21.69%, pasando en 2010 de una tasa de 13.74 [1.512 casos] a 10.76 [1.062 casos] en 2016, [Gráfica 20].





Gráfica 20 Comparativo de la tasa de mortalidad en menores de 5 años Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.



Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

Al mes de septiembre de 2017, la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha presentado un descenso del 24% [n=205] en el número total de casos, pasando de 849 a 644 mortalidades en este grupo de edad; proporcionalmente, la mortalidad en menores de 5 años se presenta en 19 localidades: Suba 15% [n=87], Kennedy 13% [n=77], Engativá y Bosa 10% [n=57], Ciudad Bolívar 8% [n=45], San Cristóbal 7% [n=41] y Fontibón 6% [n=38]; el 31% de los casos están en 13 localidades restantes. La localidad de Sumapaz no registra mortalidades a la fecha.

La mortalidad infantil representa el 86% [n=506] de la mortalidad en menores de cinco años, por cuanto las primeras causas de defunción en el menor de cinco años son similares: Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada 9% [n=50], Feto y recién nacido afectados por parto precipitado 5% [n=27], Conducto arterioso permeable, Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y Malformación congénita del corazón, no especificada 4% [n=22]. El 72% restante se concentra en las demás 163 causas de defunción.

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en salud Pública se han desarrollado acciones de seguimiento mediante aplicación de listas de chequeo a 355 IPS públicas y privadas priorizadas en las localidades de la ciudad, en las cuales se han realizado 263 acompañamientos técnicos, para verificación de implementación de Estrategia de Sala ERA (en Instituciones con Sala ERA y Sin sala ERA), atención integral para la primera infancia y/o AIEPI y con estrategias de comunicación implementadas relacionadas a la prevención de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y signos de alarma.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

A través del módulo de Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC), se han activado 590 rutas prioritarias de niños y niñas que por su condición médica han sido identificados y gestionados con la EAPB.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, se realizan actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde el Espacio de vivienda, mediante la Acción Integrada Cuidado para la salud familiar, se han identificado familias para un total de 8.149 niños y niñas menores de 5 años con eventos priorizados (esquema vacunación incompleto, con signos y síntomas de EDA, con riesgo o diagnóstico de desnutrición, con factores de riesgo para cualquier violencia, con alteraciones del desarrollo), así mismo se promueven en padre de familia y/o cuidadores, la implementación de la lactancia materna, prevención de accidentes, buen trato, signos de peligro de muerte, lavado de manos, y suministro de micronutrientes al niño.

En los Hogares Comunitarios de Bienestar se identificaron 7.455 niños y niñas menores a 5 años con eventos priorizados, en los cuales se han implementado estrategias para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia, se implementa estrategia AIEPI comunitario con la implementación de las prácticas prevención de accidentes, buen trato signos de peligro de muerte, lavado de manos, higiene adecuada, alimentación complementaria, lactancia materna, vacunación, desarrollo psicomotor.

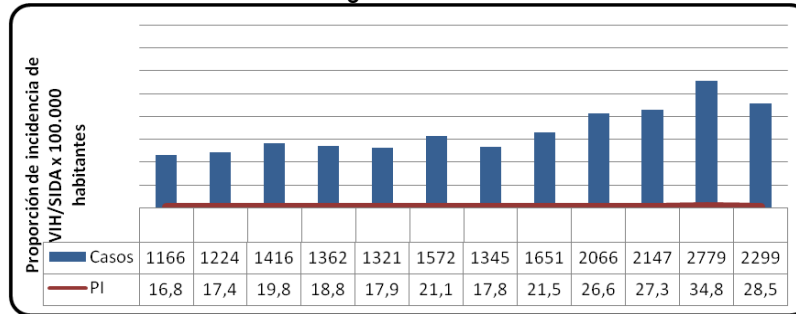
Meta: A 2020 el 80% de las personas viviendo con VIH en el Distrito Capital, cuentan con tamizaje, conocen su diagnóstico y alcanzan una carga viral indetectable.

Desde el año 2006 hasta el año 2015, el número de casos de VIH/Sida por 100.000 habitantes en la ciudad de Bogotá se encuentra en ascenso, con pequeñas caídas en los años 2009, 2010 y 2012, [Gráfica 21].





Gráfica 21 Proporción de incidencia de VIH/Sida por 100.000 habitantes, 2006 - SE 39 de 2017.
Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA 2006 a 2016 datos finales, semana epidemiológica 39 de 2017 dato preliminar.

La proporción de incidencia de casos por 100.000 habitantes en el año 2016 con respecto al año 2015, aumentó en un 22,7%. Al comparar el número de casos hasta la semana 39 del año 2017 con el mismo periodo del año 2016, se observa un aumento en la notificación de casos del 11%, mientras que en 2016 hasta el mes de septiembre se habían notificado 2.086 casos, en lo que va corrido del 2017 hasta el mes de septiembre se han notificado 2.299 casos de VIH/Sida, dato preliminar.

Las localidades con mayor proporción de casos donde se concentra la epidemia, con base en los datos son, Candelaria, Chapinero, Mártires, Santa Fe y Teusaquillo, localidades en las cuales históricamente reside la población en mayor estado de vulnerabilidad a la infección por VH.

El ascenso en el número de casos desde el año 2013 se asocia principalmente al acceso a la prueba de VIH, mediante la estrategia Distrital Ponte a Prueba y las intervenciones del Proyecto VIH del Fondo Mundial, entre ellas los estudios de seroprevalencia de VIH y comportamiento sexual en las poblaciones en mayor contexto de vulnerabilidad como lo son las mujeres trans, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las mujeres en ejercicio de la prostitución y habitantes de calle.

En 2017 se realizaron las siguientes acciones:

- ✓ En los Programas y Acciones de interés en salud pública (AISP) se realizan las asistencias técnicas a las IPS frente a los eventos de interés en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realiza formación de 614 profesionales para Asesoría para Prueba Voluntaria (APV) y entrenamiento de Prueba Rápida de VIH – Sífilis.
- ✓ Desde nivel central se han entregado 376.274 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).

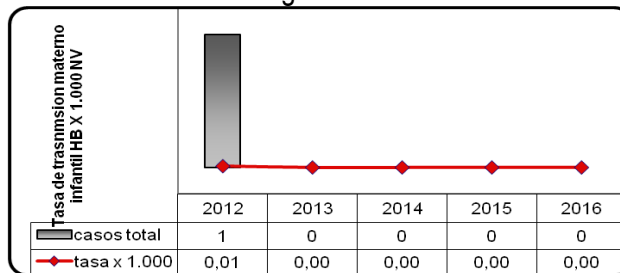


- ✓ Se cuenta con equipos de salud por subred para la atención de la población en ejercicio de prostitución y sectores LGBTI lo que garantiza una mayor cobertura en eventos de salud.
- ✓ Se han realizado capacitaciones a 40 personas de los equipos de salud para la identificación de personas víctimas de trata.
- ✓ Se han realizado 4.183 pruebas rápidas de VIH, a través de la estrategia Ponte a prueba inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- ✓ Se han realizado 157 asistencias técnicas a UPGD críticas en el fortalecimiento de Implementación del protocolo de vigilancia en salud pública del evento, con énfasis en la definición de caso, algoritmo diagnóstico, ajustes y seguimiento de casos.
- ✓ Se han intervenido 5.528 Personas en Situación de Prostitución en Centros de escucha.
- ✓ Fortalecimiento de acciones colectivas a Organizaciones y Redes en salud de personas viviendo con VIH desarrollando 14 sesiones abordando los siguientes temas : Política pública, Participación, derechos sexuales y reproductivos, autoestima, prevención de infecciones de trasmisión sexual y VIH Hominización, (manejo terapéutico con hormonas a personas transgénero), prevención de ITS, consumo de SPA y VIH Transformaciones Corporales, política pública, auto estima, derechos sexuales y reproductivos prevención de ITS, consumo de SPA y VIH Transformaciones Corporales, política pública, derechos sexuales y reproductivos.

Meta: A 2020 mantener en 2 casos o menos la trasmisión materno infantil de la Hepatitis B.

Durante los últimos 4 años el número de casos de Transmisión materno infantil -TMI de Hepatitis B se ha mantenido en cero casos. Para el año 2016 se logró mantener el número de casos en cero, comportamiento que se mantiene a semana epidemiológica 39 de 2017, dado que no se han notificado casos de TMI de Hepatitis B, [Gráfica 22].

Gráfica 22 Tasa de transmisión materno infantil de Hepatitis B x 1.000 nacidos vivos, 2012 - 2016. Bogotá D.C.



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud 2010-2016 datos finales.
Fuente 2012 - 2014: Certificado de Nacido Vivo - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos Definitivos. Fuente 2015 - 2.016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE Y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares. Ajustado 21-12-2016 (Corte 12-12-2016)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Dentro del comportamiento del evento, para 2017 a semana epidemiológica 39 de las 53 mujeres notificadas al sistema de vigilancia con diagnóstico probable de hepatitis B, 18 casos se encontraban en gestación lo que aporta el 34% de los casos, mientras que para el mismo periodo de tiempo del año 2016, se habían notificado 67 mujeres con hepatitis B de las cuales 39 casos se encontraban en periodo de gestación y aportaban el 58% de los casos en mujeres. Este comportamiento puede estar relacionado con un subregistro en la notificación, dado que estamos en fase de implementación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de Hepatitis B a nivel nacional.

Las acciones desarrolladas se trabajan de manera transversal en los diferentes espacios con el fin de hacer un abordaje integral de ITS, de tal forma que el objetivo principal en las estrategias de los espacios de vida cotidiana estén encaminadas a la gestión del riesgo. Desde el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSPIC), al mes de septiembre se ha enfatizado en los espacios con IPS en el diagnóstico, atención, seguimiento a las gestantes con antígenos de superficie de hepatitis B positivos para completar su diagnóstico y atención oportuna.

Adicionalmente como parte de las estrategias la ciudad cuenta con 54 IPS que atienden partos donde se inicia el esquema de vacunación al recién nacido con las vacunas de BCG y Hepatitis B; la cobertura de vacunación a septiembre de 2017 en el biológico de Hepatitis B al recién nacido en las primeras 24 horas de vida, es 76.5% con un total de 80.325 dosis administradas.

Sensibilización a los profesionales de la salud y las familias gestantes frente a la importancia de la vacuna de hepatitis B en las primeras 24 horas del recién nacido; Se cuenta con 614 profesionales entrenados y capacitados en asesoría para prueba voluntaria y entrenamiento en pruebas rápidas.

Desde el Espacio Vivienda se ha realizado fortalecimiento técnico a los equipos, relacionados con la identificación, seguimiento y canalización de casos relacionados con ITS.

Desde nivel central se han entregado 376.274 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. [Fuente consolidado almacén SDS].

Para el espacio educativo se abordaron 17 instituciones educativas con la difusión de mensajes con 17 acciones de comunicación para incentivar en las personas una sexualidad saludable y el acceso oportuno al control prenatal en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos desde la estrategia AMARTE.

Meta: A 2020 disminuir a 2,4 casos por 1.000 días de uso de dispositivo, las Infecciones asociadas al mismo.

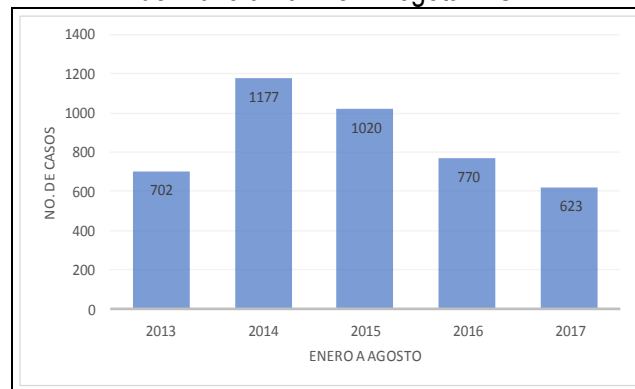


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Para el período de enero a agosto de los años 2013 a 2017¹², tanto el número de casos como la tasa de incidencia de Infecciones Asociadas a Dispositivos - IAD han mostrado un comportamiento descendente pasando de 2,94 por 1000 días dispositivo en 2013 a 1,85 en 2017, [Gráficas 23 y 24].

En este sentido al periodo relacionado se ha cumplido con la meta propuesta para el Distrito; sin embargo por ser dato preliminar y teniendo en cuenta que este año es de implementación de la nueva herramienta el valor del indicador puede variar al cierre del periodo.

Gráfica 23 Número de casos de IAD notificados en UCI adulto, pediátrica y neonatal. Enero a agosto de 2013 a 2017 en Bogotá D.C.



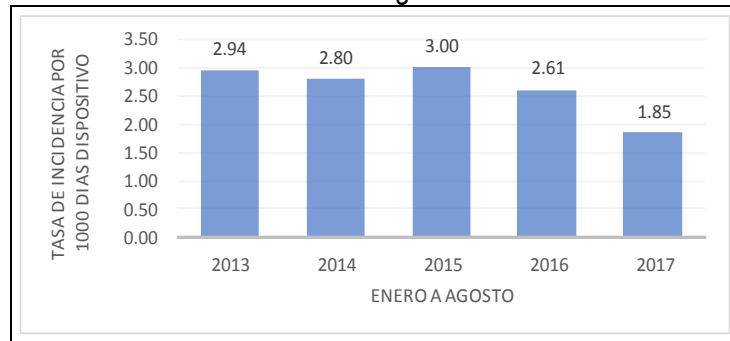
Fuente: Enero a agosto 2013 – 2016. Tablas Excel para notificación de IAAS en el Distrito Capital. Junio Agosto 2016 , SIVIGILA 2016.. Enero a agosto 2017 semana epidemiologica 35 SIVIGILA.(Datos preliminares).

¹² La información se presenta con corte agosto de 2017, dado por la periodicidad establecida desde el Instituto Nacional de Salud (INS) para la notificación de la información colectiva de las IAD.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 24 Tasa de incidencia de IAD en UCI adulto, pediátrica y neonatal. Enero a agosto de 2013 a 2017 en Bogotá D.C



Fuente: Enero a agosto 2013 – 2016. Tablas Excel para notificación de IAAS en el Distrito Capital. Junio Agosto 2016 , SIVIGILA 2016.. Enero a agosto 2017 semana epidemiológica 35 SIVIGILA.(Datos preliminares).

Desde el segundo semestre del 2016 la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a Dispositivos - IAD ha tenido cambios en la herramienta para la recolección de la información, aunque las definiciones de casos se han mantenido constantes. A partir de junio de 2016 la captura de información se realizó a través del SIVIGILA online tanto para la notificación de casos individuales y colectivos de este evento. Esta herramienta reemplazó las tablas Excel que tradicionalmente había usado la Secretaria Distrital de Salud (SDS) para recolectar los datos para calcular los indicadores distritales.

A principios del 2017, se implementó la notificación de Infecciones Asociadas a Dispositivos - IAD a través del SIVIGILA de escritorio lo cual representa un nuevo cambio en la manera de consolidar la información generada por las IPS notificadoras. Estos cambios de herramienta han requerido un gran esfuerzo en la socialización y seguimiento de la notificación a las IPS las cuales son la fuente primaria del dato. Las modificaciones realizadas en la manera de consolidar la información podrían generar subregistro en las instituciones se adaptan a los cambios por tanto se debe ser cauteloso al momento de interpretar el descenso en el indicador que se viene presentando para el 2017.

Dentro de las acciones de fortalecimiento de la Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS, en el mes de julio de 2017, a partir del estado actual de la notificación de IAD por institución la cual se dio a conocer a los gerentes de cada IPS, se diseñaron tableros de control para el seguimiento de la notificación semanal y mensual. Así mismo, se fortaleció la realimentación de la notificación al 100% de las UCI.

Adicionalmente, se realizó fortalecimiento técnico en los protocolos de vigilancia de IAAS y manejo de brotes con las 65 UCI que componen la red, esto se realizó con el apoyo del INS.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Por otra parte se ha venido desarrollando de manera mensual el Comité distrital de infecciones (8 al mes de septiembre); en este espacio se abordan temas de interés para el subsistema de vigilancia en salud pública de la Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -IAAS, la Resistencia Bacteriana -RB y el Consumo de Antibióticos CAB. En este espacio se cuenta con la participación mensual de 130 personas de 84 IPS públicas y 19 privadas en promedio.

Para el fortalecimiento de la red de vigilancia, al mes de septiembre se han realizado asistencias técnicas a las UPGD con una cobertura de 19 UCI que equivalen el 29% del subsistema IAD [65 UCI]. Además, se hace seguimiento y realimentación de la notificación individual y colectiva de los tres subsistemas al 100% de las instituciones notificadoras.

Meta: Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI.

Al adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000, y que se traduce en la práctica en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles donde el objetivo 3 “Salud y Bienestar” se refiere explícitamente a temas de salud donde nuestra mayor intervención se observa en: “Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” y “Enfermedades infecciosas”, donde es necesario que para lograr cumplir estos objetivos se mantenga la implementación del Programa Ampliado Inmunizaciones –PAI- a través de dos modalidades de atención: vacunación intramural¹³ y programa extramural¹⁴, 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.

La población objeto del Programa Ampliado de Inmunización- PAI son los niños y niñas menores de 6 años, mujeres gestantes, niñas de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil [10 a 49 años] y adulto mayor de 60 años, donde cada día se busca que toda la población sujeto del programa sea cubierta con los biológicos que previenen enfermedades objeto del programa como son: Tuberculosis, Poliomieltis, 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, Varicela y Neumo 23.

¹³Hace referencia a los 400 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.

¹⁴Hace referencia a la estrategia de vacunación no institucional la cual se realiza por medio de las siguientes estrategias: Casa a casa, Concentración, Seguimiento, Jornadas y/o campañas de vacunación.





La mayor cobertura en los biológicos Anti polio, DPT, HB y *haemophilus* se logró el año 2013 y 2016 obteniendo el 103% y 95.6% respectivamente. La mayor cobertura en el biológico BCG se logró el año 2015 obteniendo el 107.4%, seguido del año 2016, en el cual el resultado fue de 106.8%. Es importante resaltar que este biológico es aplicado en la IPS que atiende el parto donde aproximadamente el 9% de los partos atendidos en el Distrito son de personas cuya residencia habitual no es Bogotá. Finalmente para el biológico Triple Viral el año con mejor cobertura fue el 2015 obteniendo el 98% y para el año 2016, se logra la cobertura del 95.3%, [Tabla 13].

Tabla 13 Porcentaje de Vacunación por biológico, Bogotá, D.C Años 2012-2016

BIOLOGICOS	2012		2013		2014		2015		2016	
	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
BCG	115382	95.8	113701	100.6	114799	103.0	116484	107.4	112338	106.8
POLIO	104091	86.4	116372	103.0	98218	88.1	98255	90.6	100435	95.5
DPT	104003	86.3	116403	103.0	98246	88.1	98331	90.7	100520	95.6
TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO	106861	89.0	105426	93.8	101463	90.3	103138	98.0	100338	95.3
HEPATITIS A	110875	92.3	107435	95.6	101588	90.4	103075	97.9	100471	95.4
TRIPLE VIRAL DE 5 AÑOS	105003	88.4	103877	87.4	100860	84.3	97875	89.7	93278	86.4

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. * Información de 1 de enero a 30 de septiembre de 2017.

El comparativo de las coberturas de vacunación del periodo comprendido entre enero a septiembre de los años 2016 y 2017, evidencia que en el año 2016 el porcentaje de cumplimiento para este periodo estaba en lo esperado (71,2%), [Tabla 14].

Tabla 14 Coberturas de Vacunación, enero a septiembre, años 2016-2017. Bogotá, D.C

BIOLOGICOS	2016		2017	
	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
POLIO	76219	72.5	70007	66.7
DPT	76303	72.5	69995	66.7
BCG	85757	81.5	82194	78.3
TRIPLE VIRAL 1 AÑO	75524	71.7	73850	70.2
HEPATITIS A	75580	71.7	73255	69.6
TRIPLE VIRAL 5 AÑOS	69529	64.4	68301	64.2

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de Vacunación, meta programada asignada por el ministerio de Salud y protección social. Ajustado 10-10-2017. Meta: Población menor de 1 año: 104.937, población de 1 año: 105.191 y Población de 5 años: 106.379

Se mantienen y fortalecen varias estrategias para alcanzar la meta propuesta:

- ✓ Fortalecimiento de la estrategia vacunación sin barreras en el 100% de IPS públicas y privadas del distrito.
- ✓ Realización mensual del Comité Distrital, donde se socializa y establecen estrategias para el cumplimiento de los trazadores en la población menor y de un año de edad.



- ✓ Asistencia técnica en IPS con baja cobertura de vacunación y revisión de los componentes del PAI, estableciendo estrategias para el cumplimiento.
- ✓ Seguimiento estricto a la cohorte de recién nacidos de menores de un año y de 1 año de edad, de cada una de las IPS Y EAPB en cada una de las localidades para asegurar el cumplimiento oportuno de la vacunación.
- ✓ Seguimiento a las cuatro Subredes prestadoras de servicios, a los menores de 1 año y de 1 año para cumplimiento al esquema de vacunación oportuna por equipo extramural que hace búsqueda de la población a través de las estrategias: casa-casa, seguimiento, jornadas de vacunación, entre otros, para administrar los biológicos requeridos, según edad y dosis establecidos por Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Seguimiento a través de tableros de control, herramienta que permite el seguimiento frente al cumplimiento de los biológicos por cada IPS y a su vez con el asegurador.
- ✓ Jornada de vacunación con Influenza para todos los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, adultos de 60 años y más, gestantes y población de riesgo.
- ✓ Jornadas de vacunación distritales, donde se intensifica las acciones de información, educación y comunicación, lo que permite captar la población sujeta y susceptible del programa, para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación para obtener coberturas de vacunación superiores al 95%.
- ✓ Verificación en terreno a través del Monitoreo Rápido de Coberturas (mayo 2017), se evidencia el cumplimiento del 92% para los biológicos pentavalente y polio en la población de 7 a 11 meses; para la población de un año de edad un cumplimiento por encima del 95% con todos los biológicos (Triple Viral 95.9%, Hepatitis A 95.8% y refuerzo de Neumococo 95%).

Meta: Reducir en 20% el diferencial que ocurre en las localidades dónde se concentra el 70% de la morbilidad por trasmisibles.

Es importante mencionar que esta meta corresponde a los casos nuevos de los siguientes eventos trazadores: Lepra, Meningitis, tos ferina y tuberculosis. Las localidades donde se concentra el 70% de la morbilidad de estos eventos son: Usaquén, Engativá, Suba, Rafael Uribe, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy, para las cuales en el año 2016 se reporta un total de 881 casos que comparado con la línea base 2014 (793 casos) hay un aumento del 11% de los casos; para el año 2016 se cuenta con una disminución del 40% de casos respecto al año inmediatamente anterior [2015= 844 casos]. Es importante tener en cuenta que para el 2016 estas localidades disminuyen el aporte porcentual sobre la ciudad comparada con el año de línea base, pasando de aportar el 68,5% de casos en el 2014 al 66,9% de casos. A septiembre de 2017 respecto al mismo periodo de 2016 hay una disminución del 5% de los casos en la Ciudad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

De las localidades donde se concentra el 70% de la morbilidad, se evidencia que 4 localidades aumentaron los casos donde Suba subió de 8,5% a 22% de casos, Ciudad Bolívar de 12,8 a 14,6% y Engativá de 6,4% a 7,3% y Bosa del 6,4% a 7,3% de casos. 4 localidades disminuyeron los casos donde Usaquén pasó de 10,6% a 2,4% de casos, Kennedy de 10,6% a 9,8%, San Cristóbal de 8,5% a 7,3% y Rafael Uribe de 10,6% a 7,3%.

A Septiembre de 2017 se continúa con el fortalecimiento de la vigilancia del comportamiento de los eventos trazadores. En cuanto a Meningitis a septiembre de 2017 se han presentado 41 casos (datos preliminares) por los 3 agentes objeto de vigilancia (*Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*) mientras que en el 2016 se presentaron 47 casos lo que representa una disminución del 12,7% respecto al mismo período del año anterior. La tasa de incidencia para septiembre de 2017 fue de 0.50 y para el 2016 la tasa de incidencia fue de 0.59 casos por cada 100.000 habitantes, [Tabla 15].

Respecto a Tosferina a septiembre de 2017 se han presentado 34 (datos preliminares) casos con una incidencia de 0,42; dado el comportamiento histórico del evento se esperaba un aumento de casos entre los años 2015 y 2016, lo anterior acorde con la literatura médica que refiere episodios epidémicos cada 3 a 5 años. En 2016 a septiembre se confirmaron 56 casos, con una incidencia de 0.70 casos por 100 mil habitantes, a septiembre del 2017 se observa una disminución del 39% en la positividad, sin la presentación de fallecimientos por esta causa desde el año 2016, [Tabla 15].

Para Lepra desde el año 2010 se reporta una prevalencia de menos de 1 caso por 10.000 habitantes en el distrito, alcanzando la meta propuesta de eliminación, en cuanto a la notificación de casos nuevos a septiembre de 2016 ingresaron a tratamiento 13 pacientes, al mismo periodo del 2017 se han diagnosticado 14 casos, observándose un aumento del 7,6%, [Tabla 15].

A Septiembre de 2016 se reportaron 893 casos nuevos de tuberculosis (datos preliminares), al mismo periodo del año 2017 se han diagnosticado 875 casos con una disminución del 2%, por lo cual desde el programa de control de la TB y vigilancia en salud pública se han intensificado las acciones de asistencia técnica, búsqueda de sintomáticos respiratorios con su respectivo tamizaje en las UPGD que históricamente realizan diagnósticos de TB, esto dado a la necesidad de aumentar el diagnóstico ya que la estimación de la incidencia para los años 2014 a 2016 según la OMS para Colombia se debería reportar 31 casos por 100.000 habitantes, reportando en 2016 25,3 casos, con una brecha entre lo notificado y lo diagnosticado, [Tabla 15].





Tabla 15 Número de casos nuevos de eventos transmisibles por localidad de residencia, año 2016-2017, semana epidemiológica 1 a la 39

LOCALIDAD	CASOS DE TB TODAS LAS FORMAS 2016	CASOS DE TB TODAS LAS FORMAS 2017	CASOS POSITIVOS TOS FERINA 2016	CASOS POSITIVOS TOS FERINA 2017	CASOS DE LEPRA 2016	CASOS DE LEPRA 2017	CASOS POSITIVOS MENINGITIS 2016	CASOS POSITIVOS MENINGITIS 2017	TOTAL DE CASOS 2016	TOTAL DE CASOS 2017
USAQUEN	47	43	2	1	2	0	5	1	56	45
CHAPINERO	23	14	0	1	0	0	0	0	23	15
SANTA FE	25	25	2	0	1	0	2	2	30	27
SAN CRISTOBAL	61	62	3	1	1	0	4	3	69	66
USME	32	44	7	1	1	0	1	1	41	46
TUNJUELITO	14	20	2	0	0	0	0	0	16	20
BOSA	55	69	6	1	2	3	3	4	66	77
KENNEDY	85	104	3	9	2	2	5	4	95	119
FONTIBON	42	29	2	2	1	1	3	1	48	33
ENGATIVA	102	75	9	2	0	1	3	3	114	81
SUBA	104	76	8	4	2	4	4	9	118	93
BARRIOS UNIDOS	27	17	1	1	0	0	5	0	33	18
TEUSAQUILLO	21	16	1	1	0	1	0	0	22	18
MARTIRES	33	25	2	0	0	0	1	0	36	25
ANTONIO NARIÑO	19	24	0	0	0	0	0	1	19	25
PUENTE ARANDA	48	37	0	2	0	0	0	2	48	41
CANDELARIA	9	11	0	0	0	0	0	0	9	11
RAFAEL URIBE	53	72	2	2	0	0	5	3	60	77
CIUDAD BOLIVAR	76	100	5	6	2	1	6	6	89	113
SUMAPAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOGOTA SIN DIRECCION	17	12	1	0	0	0	0	1	18	13
TOTAL GENERAL	893	875	56	34	14	13	47	41	1010	963

Fuente: SIVIGILA Semana epidemiológica 1 a 39, años 2016 –2017. Datos preliminares

Las acciones implementadas para la disminución de casos se enfocan en el control y contención de la transmisión relacionadas con: investigaciones epidemiológicas de campo, formulación de quimioprofilaxis a contactos, acciones de barridos para identificación de posibles casos o susceptibles, bloqueo de vacunación, fortalecimiento de capacidades técnicas a IPS y EAPB priorizadas en atención de eventos transmisibles, se realizan procesos de canalización y apoyo social a personas con lepra y tuberculosis, además de acciones de promoción y prevención desde los espacios de vida cotidiana.

De enero a septiembre 2017 se han realizado 2.178 Investigaciones Epidemiológicas de Campo (dato preliminar) de acuerdo con la notificación de eventos transmisibles con acciones de promoción y prevención para la mitigación de riesgos en los eventos relacionados con Eventos Prevenibles por Vacuna, identificación de acciones de fortalecimiento en la atención, seguimiento y diagnóstico de los casos. Al mismo tiempo, se realizaron 1.805 bloqueos de acuerdo a la notificación de eventos transmisibles con acciones de promoción y prevención. Dentro de esta actividad de bloqueos se encontraron coberturas de vacunación de pentavalente y triple viral por encima del 98%. A través de las Investigaciones epidemiológicas de campo se identificaron 104 personas que requirieron ser canalizadas por presentar comorbilidades en eventos transmisibles.

El Programa Ampliado de Inmunización realiza búsqueda de susceptibles con esquemas de vacunación incompletos; los resultados obtenidos en coberturas para Pentavalente en niños y niñas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

menores de 1 año fueron de 88,1% para el 2014, 90.7% para el 2015 y 95.6% para el 2016, además para disminuir la presentación de tos ferina en lactantes se realiza la vacunación de gestantes con DPTa reportándose para los años 2014 a 2016 porcentajes de cumplimiento superiores al 80%. A septiembre de 2017 los resultados obtenidos en coberturas para Pentavalente en niños y niñas menores de 1 año son de 66,7%.

Es importante tener en cuenta que a pesar que la meta incluye solo 4 eventos trazadores, el objetivo es disminuir la morbilidad de los eventos transmisibles por lo cual se desarrollan diferentes acciones desde la gestión de programas. A septiembre de 2017 desde el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores se realizaron 290 visitas a las IPS priorizadas para asistencia técnica en Enfermedades Transmitidas por Vectores, seguimiento a casos de Chagas crónico probable y/o confirmado para atención integral en salud, con resultado de 11 pacientes Chagas crónico con atención, verificación del seguimiento con resultado de 158 pacientes con malaria 135(85%) cuentan con instauración oportuna de tratamiento en las IPS, verificación del seguimiento con resultado de 195 Pacientes con leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico 194(99%) recibieron tratamiento.

Adicionalmente, se desarrolló el Evento conmemorativo de chagas dirigido a líderes comunitarios-COPACOS- Asociación de Usuarios- EAPB con participación aproximada de 100 personas, sobre las enfermedades transmitidas por vectores- Chagas y los derechos en el SGSSS. Por otra parte, se llevan 12 meses de implementación de tamizaje de chagas a gestantes, con la EPS Sanitas en la UAP Soledad se captaron 9 gestantes positivas entre 728 gestantes a riesgo tamizadas, se culmina con el piloto y la EPS sanitas establece continuar con el tamizaje en las gestantes a riesgo para Chagas.

Desde el Programa de Lepra a septiembre de 2017 para las personas con diagnóstico de Hansen se ha realizado la gestión de medicamentos de poliquimioterapia y acciones de prevención de discapacidad asociada, articulado con las IPS y EAPB. Se han desarrollado comités de evaluación de casos espaciales de Hansen, articulado con las IPS y EAPB, frente a prevención de discapacidad, búsqueda de convivientes y manejo de reacciones lepróticas y visitas domiciliarias de seguimiento. Frente a comportamiento de casos de enero a septiembre de 2017 se identificaron en el programa de eliminación un total de 20 casos, frente a los 25 casos de 2016 con una reducción de 20%.

Dentro de las estrategias en los espacios de vida cotidiana se han realizado 108 acciones itinerantes para la promoción de hábitos saludables que permitan reducir riesgos relacionados con las enfermedades transmisibles desarrollando las siguientes temáticas Prevención de zika, dengue, chikungunya, temáticas Salud del viajero y salud ambiental, lavado de manos, formas de prevenir enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, Zika o chikungunya), practicas saludables





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

relacionadas con cuidados durante viajes. En estas acciones, se contó con la participación de 30.704 personas.

Las jornadas se desarrollaron en las UPZ priorizadas contando con la participación de 13.404 mujeres y 12.489 hombres. Se implementaron 34 iniciativas comunitarias y se evaluaron 17 relacionadas con eventos transmisibles, con la participación de 723 mujeres y 66 hombres.

Desde el espacio vivienda se han implementado acciones en 11.469 familias de las cuales en 2.986 se ha realizado educación en salud para prevención de enfermedades transmisibles para lograr disminuir el índice de las mismas. Se han sensibilizado 373 personas en temáticas como tuberculosis, VIH y Sífilis en población privada de la libertad, habitante de calle, población LGTBI.

En el espacio educativo se abordaron 253 instituciones educativas con el componente cuidado realizando acciones de higiene de manos y etiqueta de tos a 6.160 estudiantes, 1.016 docentes y 754 padres de familia.

Adicionalmente en el componente de gobernanza se han desarrollado 23 actividades en redes sociales, 18 en medios de comunicación y 15 piezas comunicativas. A nivel de la subred se realizaron 2023 procesos de fortalecimiento de capacidades para las intervenciones del PSPIC en los que participaron 62.832 personas del talento humano que opera en las localidades. 5.992 del espacio educativo, 26.880 de vivienda, 12.152 de público, 8.624 de trabajo y 9.184 de procesos transversales.

Meta: A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital

La mortalidad por neumonía en el D.C se ha disminuido en 48% [n=23], pasando de 45 a 25 menores de cinco años fallecidos por esta causa respecto al mismo corte del año anterior [enero-septiembre], lo cual representa pasar de una tasa de mortalidad de 11,73 a 4,12; las 25 mortalidades reportadas a septiembre de 2017 se distribuyen en 9 localidades así: Bosa 24% [n=6], Kennedy 20% [n=5], Suba 16% [n=4], Engativá 12% [n=3], Fontibón y Ciudad Bolívar 8% [n=2], San Cristóbal, Usme y Teusaquillo 4% [n=1].

De acuerdo con la afiliación al SGSSS el régimen contributivo aporta el 76% [n=19] de la mortalidad por neumonía en la ciudad, y el porcentaje restante al régimen subsidiado 13%, [n=3] casos de Capital Salud; 8%, [n=2] casos de Compensar Régimen Subsidiado y 4%, [n=1] caso de la EPS Indígena Mallamas.

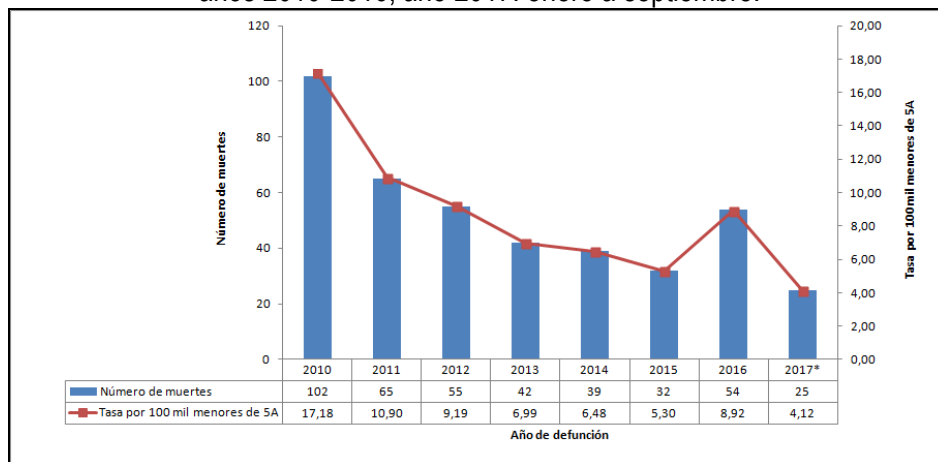




En Bogotá se presenta una reducción de la tasa en 69.15%, pasando de una tasa de 17.18 en 2010 a una tasa de 5.30 en 2015, [Gráfica 25]. Sin embargo en 2016 se presentó un aumento de la tasa a 8.92, lo anterior a diferentes factores, entre los que se encuentran: las variables climáticas muestran incremento en la temperatura de 1° C entre el año 2015 al 2016, facilitando la aparición de IRA de tipo bacteriana, la concentración de material particulado PM10 mostró incremento del 30% y PM2.5 del 40% respecto de los dos años anteriores, lo cual se puede atribuir a la combustión vegetal, además de todas las fuentes de emisión de contaminantes tanto fijas como móviles; respecto a lluvias, la temporada inició en la SE 10 [segunda semana de marzo] del 2016, circunstancia que aporta a la disminución del PM 2.5, y al incremento de la circulación viral.

Así mismo en 2016 circularon de manera concomitante Virus sincitial respiratorio - VSR, para influenza y subtipos de influenza [especialmente AH1N1]; mezcla viral reportada en la literatura mundial de mayor prevalencia en casos fulminantes de neumonías virales; la circulación de VSR en 2016 se concentró en el primer pico de enfermedad respiratoria, mientras que en 2015 la circulación fue sostenida a lo largo del año.

Gráfica 25 Comparativo de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en Bogotá D.C. años 2010-2016, año 2017: enero a septiembre.



Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública se han desarrollado acciones de seguimiento mediante aplicación de listas de chequeo a IPS públicas y privadas priorizadas en las localidades de la ciudad, a las cuales se les realizó 58 acompañamientos técnicos, para verificación de implementación de Estrategia de Sala ERA (en Instituciones con Sala ERA y sin Sala ERA), atención integral para la primera infancia y/o AIEPI y con estrategias de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

comunicación implementadas relacionadas a la prevención de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y signos de alarma.

De la misma manera se ha realizado seguimiento a IPS que atienden partos, para verificación de realización de seguimiento a niños con bajo peso al nacer, prematuros o con factor de riesgo y con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje (TSH, agudeza visual y audiometría).

En 40 IPS se fortaleció el proceso de implementación de las estrategias de mejora de higiene de manos y etiqueta de tos.

De los casos atendidos en Salas ERA, 2.045 menores de 5 años fueron atendidos, 1.784 niños con egreso domiciliario y el 72.45 % de éstos tuvieron seguimiento a las 48 horas. 29 UPGD tuvieron asistencia técnica con énfasis en la vigilancia de IRA, 76 profesionales ha sido capacitados en protocolos de atención de IRA y se han realizado 3 visitas de asistencia técnica a IPS centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave - IRAG.

A través del módulo de Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC), se activaron 102 rutas prioritarias de niños y niñas que por su condición médica hayan sido identificados y gestionados con la EAPB.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, se realizaron actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde los espacios de vida cotidiana en los cuales se desarrollan acciones puntuales para los niños, niñas y adolescentes del distrito capital, en donde se identificaron 5.362 familias con 309 niños y niñas con signos y síntomas de ERA; y se canalizaron 121 niños y niñas para atención en salud; se realizaron acciones para el fortalecimiento de prácticas saludables en 9.526 familias con identificación de signos de alarma, alimentación complementaria, lactancia materna, medidas de higiene, esquemas de vacunación y riesgos ambientales; se implementaron las 18 Prácticas del AIEPI comunitario a cuidadores de niños y niñas menores de 5 años; se identificaron riesgos en niños y niñas menores de 5 años con síntomas respiratorios, y canalización del 100%, se brindó recomendaciones sobre síntomas de alarma y seguimiento de casos, mediante el programa de prevención y manejo de ERA.

En el Espacio Público se desarrollaron en el espacio público 33 acciones itinerantes, en las temáticas "PREVENIR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ¡SALVA VIDAS!" con la participación de mujeres y hombres, las jornadas se desarrollaron en los siguientes lugares como Parques, vía pública, portales de transmilenio, centros comerciales.

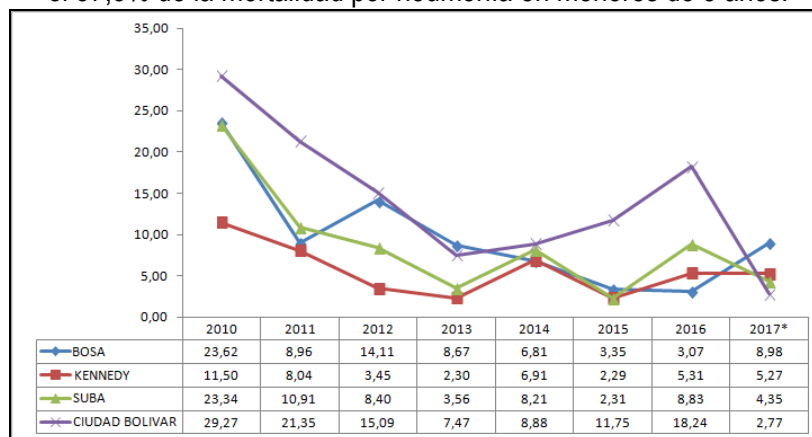


Meta: Reducir a la mitad, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5% de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años a 2020

De manera detallada, el 92%(n=23) de la mortalidad por neumonía se presenta en el menor de un año. El 52% de los casos (n=13) son menores de seis meses de edad.

Las localidades del pareto (*donde se concentra el 57,5% de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años*), para el año 2016 representaron el 50%(n=24) de los casos de mortalidad en la ciudad entre los meses de enero y septiembre, mientras que para este año, mientras que para este año concentran el 68%(n=17) de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años en la ciudad; siendo las localidades de Ciudad Bolívar y Suba quienes presentan un mejor comportamiento en la tasa de mortalidad por neumonía pasando la primera de 18,2(2016) a 2,8(2017) y la segunda de 6,6(2016) a 4,3 [2017], [Gráfica 26].

Gráfica 26 Comparativo de la tasa de mortalidad por neumonía en las localidades donde se concentra el 57,5% de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.



Fuente 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)

Fuente 2016: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE preliminares

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES (corte 14-08-2017 y ajustado 22-08-2017)

De acuerdo con la distribución por asegurador, el 20%(n=5) están afiliados a Salud Total, el 16%(n=4) a Famisanar, el 12%(n=3) a Capital salud (régimen subsidiado) y Sanitas EPS (contributivo); el 8%(n=2) a Cafesalud, Compensar EPS y régimen subsidiado y Cruz Blanca respectivamente; el 4%(n=1) Mallamas EPS INDIGENA y finalmente un caso del Régimen excepción (Medicol) que aporta el 4%; lo anterior evidencia que el régimen contributivo aporta el 76%(n=19) de la mortalidad por neumonía en la ciudad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

De las 2.060 IPS a las que se les realizó acompañamiento técnico, se aplicaron las listas de chequeo correspondientes a: 1.420 acompañamientos técnicos para atención integral para primera infancia y/o AIEPI, y de las cuales 650 tienen implementación, y 225 con planes de mejoramiento formulados. 1.240 IPS con estrategias de comunicación implementadas, relacionadas a la prevención de enfermedades prevalentes, promoción de la salud y signos de alarma.

De la misma manera se ha realizado seguimiento a 255 IPS que atienden partos, para verificación de realización de seguimiento a niños con bajo peso al nacer, prematuros o con factor de riesgo y con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje (TSH, agudeza visual y audiometría).

Se han realizado 67 Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE), que permite el análisis de casos de mortalidad por neumonía que se hayan presentado, en el Distrito con la participación de los entes implicados.

A través del módulo de Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia (SIRC), se activaron 104 rutas prioritarias de niños y niñas que por su condición médica hayan sido identificados y gestionados con la EAPB.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, se realizarán actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde los espacios de vida cotidiana, en el Espacio Público se promocionaron prácticas de la estrategia AIEPI comunitario, para prevención de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en temas como signos de alarma para infección respiratoria aguda, cuidados en casa para prevención de la enfermedad ante ERA, mediante la concertación, implementación y evaluación de 18 iniciativas comunitarias, con la participación 34 organizaciones y/o redes sociales en salud.

La población que participó en iniciativas comunitarias y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario fueron 813 personas y 56 líderes comunitarios.

En el Espacio de vivienda, se identificaron 5.328 familias con 181 niños y niñas con signos y síntomas de ERA; en 2.411 familias se realizaron acciones para el fortalecimiento de prácticas saludables en identificación de signos de alarma, alimentación complementaria, medidas de higiene, esquemas de vacunación y/o riesgos ambientales. En 480 Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar - HCB –se han identificado 93 niños y niñas con signos y síntomas de Era, los cuales fueron canalizados en su totalidad para la atención en salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En 4.535 familias con 3.532 niños y niñas, se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de las prácticas vacunación, alimentación complementaria, alimentación saludable, cuidado del niño enfermo, identificación en signos de alarma y signos de peligro de muerte, prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.

En el Espacio Educativo se abordaron 259 instituciones educativas con el componente Cuidarte, realizando acciones de higiene de manos y etiqueta de tos en la cual participaron: 5.860 estudiantes 1.018 docentes 793 padres y/o acudientes.

Meta: A 2020 lograr la reducción de la mortalidad por Tuberculosis en el Distrito Capital a menos de 1 caso por 100.000 habitantes

La Tuberculosis (TB) a nivel mundial, nacional y distrital constituye un evento priorizado en la salud pública teniendo en cuenta que representa una de las 10 primeras causas de morbimortalidad en la población global. Las metas mundiales para el control de la TB de la Organización Mundial de la Salud, estableció poner FIN a la epidemia de la TB al año 2035, con la reducción del 90% de la incidencia el 95% de la mortalidad y llegar a cero costos sociales ocasionados por la enfermedad en las personas afectadas.¹⁵

Para lograr este objetivo desde la Secretaria Distrital de Salud se direccionan lineamientos programáticos y de vigilancia en salud pública, orientado a la prevención y control de la TB, de manera coordinada con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud como prestadores públicos y privados, aseguradoras, asociaciones de usuarios entre otros. Acorde a las competencias para la prevención y control de la TB previstas en el Plan Nacional hacia el FIN de la TB en Colombia 2016-2025 los prestadores de servicios ejecutan acciones individuales de captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos, las aseguradoras la contratación y oferta de servicios médicos y bacteriológicos, las Empresas Sociales del Estado gestión de medicamentos, identificación de contactos, acorde Modelo de atención integral en Salud.

Las acciones mencionadas tienen cobertura al 100% de la población residente o visitante de la ciudad de Bogotá independientemente el régimen de afiliación o de aseguramiento.

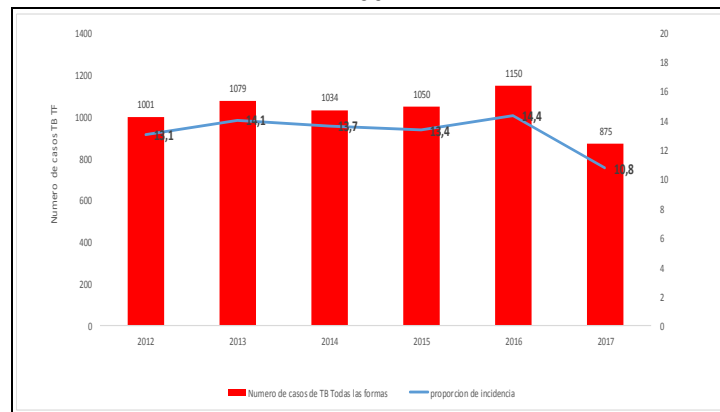
¹⁵ WHO. Informe Global de Control de la TB Geneve 2016.
Disponible: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23098en/s23098en.pdf> 2016.





En torno al comportamiento de los indicadores epidemiológicos de la TB en la ciudad, la tasa de incidencia del año 2016 se reportó en 14,4 casos por cada 100 mil habitantes, aumentando con respecto a la tasa del año 2015, la cual fue de 13,4 casos por cada 100 mil habitantes. Si bien, la tasa de incidencia de la Tuberculosis en Bogotá es inferior a la tasa promedio nacional de 25 casos por cada 100 mil habitantes en 2016, la ciudad continúa representando la tercera entidad territorial de mayor número de casos diagnosticados en el país, aportando el 10% de la carga nacional, [Gráfica 27].

Gráfica 27 Morbilidad por Tuberculosos 2012 a 2016; 2017 a periodo semana epidemiológica 1 a la 39

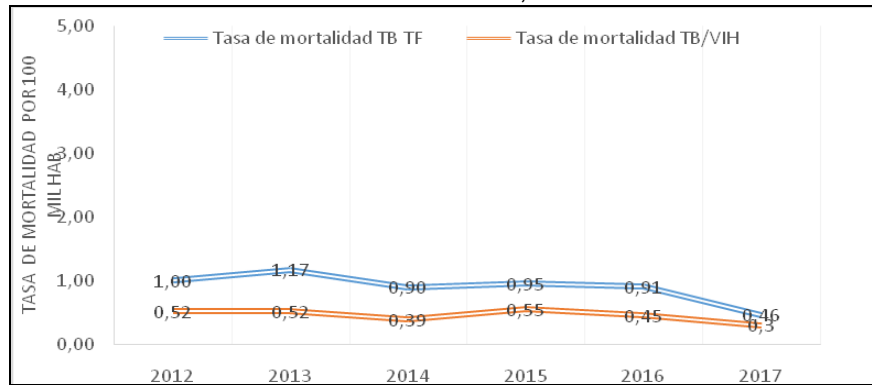


Fuente: Base SIVIGILA Tuberculosis todas las formas y TB Farmacorresistente años 2012 a 2016; 2017 base preliminar con corte a semana epidemiológica 1 a la 39.

La mortalidad asociada a la Tuberculosis ha evidenciado una reducción en los últimos cinco años pasando de 1,0 casos x 100 mil habitantes en el año 2012, a una tasa de 0.91 casos por cada 100 mil habitantes en el año 2016, a septiembre de 2017 se han reportado 37 fallecimientos para una tasa de mortalidad de 0,46 casos por 100 mil habitantes para el mismo periodo del año 2016 se tenía una tasa de mortalidad de 0,70 por 100 mil habitantes con 56 casos, en el año en curso a septiembre se evidencia una reducción en la mortalidad del 34%, aunque la mortalidad por coinfección TB/VIH se mantiene representando entre el 15 a 20% de causas de muerte en los pacientes con VIH, [Gráfica 28].



Gráfica 28 Comportamiento de la Tasa de mortalidad por Tuberculosis todas sus formas y asociada a coinfección TB/VIH 2012 a 2016; 2017 a semana 39



Fuente: Base de DANE mortalidad por TB todas las formas y VIH 2012 a 2015; 2016 preliminar; 2017 preliminar a Septiembre bases estadísticas vitales.

La ciudad de Bogotá cuenta con una amplia oferta de métodos diagnósticos baciloscopia, cultivo y de biología molecular. En torno a las pruebas de identificación molecular en Bogotá se cuentan con 12 instituciones incluida la Unidad de Servicios de Salud Santa Clara que cuentan con el método de Amplificación de Ácidos Nucleicos de M.TB especialmente de acceso, en poblaciones bajo condiciones de alta vulnerabilidad como población pobre no asegurada o subsidiada, ciudadanos habitante de calle, indígenas, personas viviendo con VIH, privados de la libertad, indígenas, en riesgo de contagio y transmisión de la enfermedad en la ciudad.

Meta: A 2020 el 70% de los niños y niñas, trabajadores y trabajadoras identificados e intervenidos por el sector salud, serán canalizados efectivamente a los servicios de salud y sociales para su desvinculación del trabajo

De enero a septiembre 2017, el plan de intervenciones colectivas a través de acciones integradas desarrolladas por el espacio trabajo ha cubierto a un total de 4.149 niños y adolescentes trabajadores en el distrito, identificados en actividades económicas como reciclaje, ventas ambulantes, comercio entre otros, con el objetivo de aportar en el proceso de desvinculación del trabajo infantil y promoción del trabajo adolescente protegido, realizando acompañamientos específicos que permitan el reconocimiento de las afectaciones del trabajo sobre la salud y desarrollo integral de los niños y adolescentes a través de habilidades para la vida.

También se desarrollaron en puntos de gran afluencia comercial como pasajes comerciales, puntos de concentración de venta ambulante, plazas de mercado en jornada diurna o nocturna, acciones



colectivas orientadas a sensibilizar a la población frente al trabajo infantil y sus implicaciones, allí participaron 1.004 personas entre padres, empleadores, niños y adolescentes. De los niños y adolescentes identificados se encontraron 183 sin afiliación a quienes se les acercó para realizar el respectivo proceso. Teniendo en cuenta lo anterior, se han generado articulaciones intersectoriales que dan cuenta de la efectividad en la activación de rutas.

Los logros generados en términos de trabajo infantil, obedecen a la identificación de niños y adolescentes trabajadores y a la desvinculación progresiva de niños y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil y a la promoción del trabajo adolescente protegido, [Tabla 16].

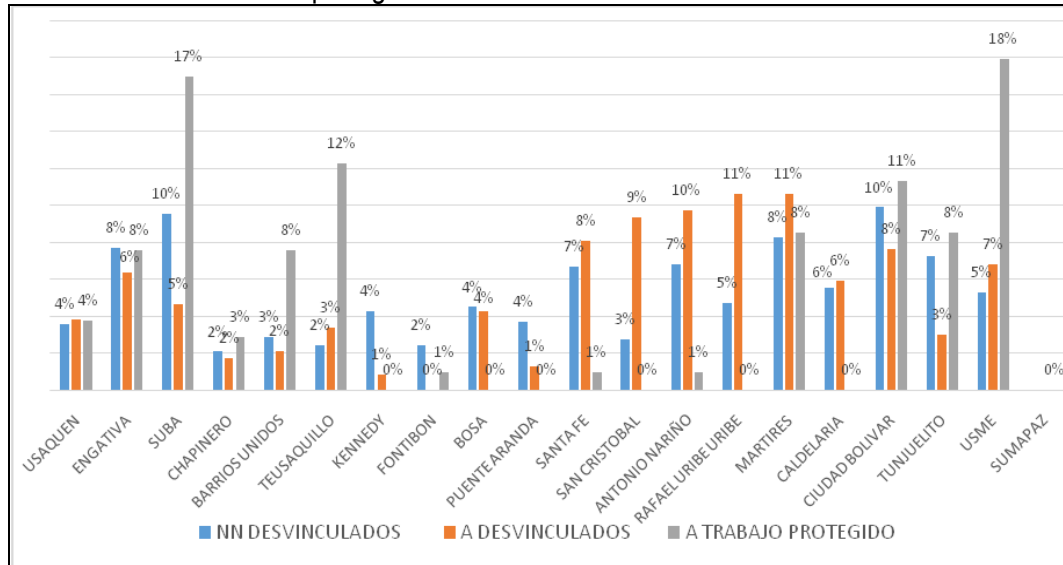
Tabla 16 Número de niños y adolescentes desvinculados del trabajo, promoción del trabajo adolescente protegido, reincidencia en trabajo infantil.

LOCALIDAD	NN DESVINCULADOS	A DESVINCULADOS	A TRABAJO PROTEGIDO	NNA SEGUIMIENTO	NNA SEGUIMIENTO DESVINCULADOS	NNA SEGUIMIENTO REINCIDEN TRABAJO
USAQUEN	25	8	17	0	0	0
ENGATIVA	53	23	3	0	0	0
SUBA	19	11	0	0	0	0
CHAPINERO	33	9	1	1	0	1
BARRIOS UNIDOS	31	9	4	0	0	0
TEUSAQUILLO	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0
FONTIBON	0	0	0	7	4	3
BOSA	0	0	0	12	10	2
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0
SANTA FE	3	1	1	4	1	3
SAN CRISTOBAL	5	2	0	7	5	2
ANTONIO NARIÑO	8	12	0	5	0	5
RAFAEL URIBE	4	7	0	7	2	5
MARTIRES	35	8	0	3	3	0
CALDELARIA	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLIVAR	33	14	7	14	13	1
TUNJUELITO	17	11	10	7	7	0
USME	37	21	22	21	5	16
SUMAPAZ	6	0	15	0	0	0
TOTAL	309	136	80	88	50	38

Del total de niños, niñas (NN) y adolescentes (A) trabajadores identificados por el sector, se ha logrado la desvinculación del 46.8 % de los niños identificados, el 30.5% en adolescentes y en 11.5% se logró trabajo protegido en adolescentes. Lo anterior a través de la implementación de acciones integradas en las subredes, las cuales comprenden procesos de búsqueda activa e identificación en campo, acompañamientos, seguimientos y acciones colectivas, [Gráfica 29].



Gráfica 29 Desvinculación de niños y adolescentes trabajadores y promoción del trabajo adolescente protegido en las localidades del distrito.



Fuente: SDS-Subsecretaría de Salud pública - Espacio trabajo 2017

Dentro de las actividades contenidas para el cumplimiento de esta meta, se encuentra el seguimiento a los casos de desvinculación de niños y adolescentes intervenidos en proceso anteriores, encontrando que de 159 Niños, Niñas y Adolescentes que habían sido desvinculados en proceso anteriores, el 28% reincidió en las peores formas de trabajo infantil.

Meta: A 2020 el 100% de los trabajadores identificados por el sector salud en las unidades de trabajo tendrán implementada la estrategia de entornos laborales saludables.

Se ha identificado e implementado la estrategia de entornos laborales saludables en 10.515 Unidades de Trabajo Informal, cubriendo a 16.033 trabajadores informales. Respecto a las Unidades de Trabajo Informal intervenidas a partir de abril de 2017, se tiene que 2.954 corresponden a unidades de alto impacto relacionadas con el uso de agentes ocupacionales cancerígenos en sus procesos productivos con 4.979 trabajadores informales.

Se realizaron 19 grupos de trabajadores informales para la promoción de los derechos en salud y en el trabajo con 194 trabajadores informales. A partir de abril se han desarrollado 40 grupos organizados de trabajadores informales con la participación de 470 trabajadores aproximadamente, que representan 323 unidades de trabajo informal, de ellas 322 unidades implementan el decálogo de

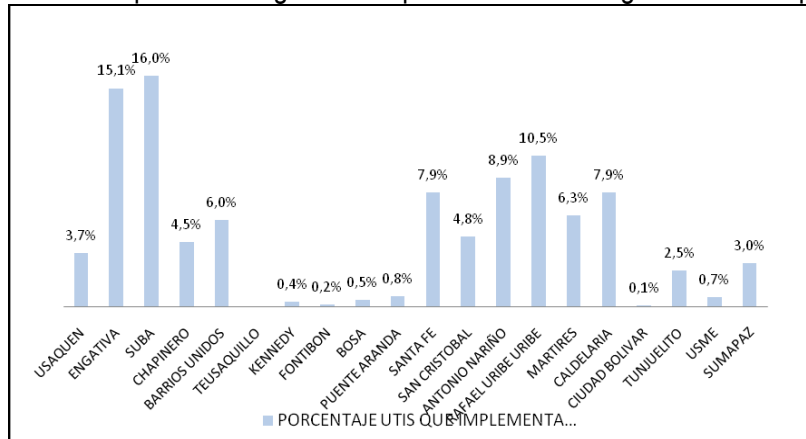


entornos de trabajo saludable. A la fecha se tiene que 5.326 unidades de trabajo informal que implementan la estrategia entornos laboralmente saludables, incluso con un porcentaje superior al 75%.

Actualmente, en las 4 subredes de servicios de salud, se identifican unidades de trabajo informal y sus trabajadores, con actividades económicas asociadas al uso de agentes ocupacionales cancerígenos, especialmente asbesto, aunque no deja de intervenir aquellas que se asocian a la exposición de otros riesgos considerados de mediano impacto de acuerdo al documento técnico elaborado para la implementación de entornos laboralmente saludables en el sector informal de la economía como son los relacionados con la elaboración y venta de alimentos. Lo anterior incide en el mejoramiento de la salud de la población trabajadora del sector informal de la economía e identificación oportuna de condiciones de salud afectadas por el trabajo.

Del total de unidades de trabajo informal identificadas por cada localidad, se evidencia que el 50.6% del total de Unidades de Trabajo Informal (UTIS) intervenidas, implementa la estrategia de entornos laborales saludables (EELS), mejorando sus condiciones de salud tras la identificación y activación oportuna a los servicios, definición de medidas preventivas orientadas a informar frente a la exposición, condiciones de salud y trabajo, elementos de protección personal, señalización y plan de emergencia, [Gráfica 30]

Gráfica 30 Implementación de entornos laboralmente saludables (EELS) en unidades de trabajo informal con exposición a agentes ocupacionales cancerígenos o alto impacto.



Fuente: Espacio trabajo 2017

Otros impactos identificados para esta meta, corresponden a desarrollo de los centros de escucha para personas en ejercicio o vinculados a la prostitución, donde se han identificado 8.903 personas distribuidas en 19 localidades del Distrito; Del total identificado, se aplicaron pruebas rápidas para VIH



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

en 2.292 personas encontrando 11 personas reactivas y respecto a la prueba tamiz para sífilis se aplicó a 2.112 encontrando 45 personas con resultado reactivo. En estos establecimientos inicia la implementación de entornos laborales saludables, con el fin de identificar la exposición a riesgos de las personas en ejercicio o vinculadas a esta actividad económica, orientándolos frente al mejoramiento de las condiciones de trabajo y salud.

Desde la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, se están desarrollando grupos organizados de trabajadores informales con énfasis en dueños de establecimientos donde se ejerce la prostitución, para movilizar y generar conciencia frente a las implicaciones del trabajo y el entorno de trabajo sobre la salud. Así mismo, se desarrollan Grupos Organizados de Trabajadores Informales con énfasis en persona mayor, con el fin de contribuir en la construcción del análisis de situación de salud de las personas mayores que trabajan en condiciones de informalidad.

Meta: Realizar estudio de costo efectividad de la vacuna del meningococo para población en riesgo e incorporar al PAI Distrital de manera progresiva en los próximos 4 años de vacuna contra meningococo para población en riesgo.

Se consolidó el acuerdo del Concejo de Bogotá, número 686 de 2017 “por medio del cual se ordena efectuar el estudio y se incluye la vacuna contra el meningococo de manera gratuita dentro del esquema de vacunación en el Distrito Capital”.

Meta: Realizar acciones encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales a 2020

Se realizaron 390 Asistencias técnicas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, 202 Planes de acción formulados o realizados en Salud Sexual y Reproductiva-SSR, en IPS por subred, 170 Planes de acción implementados por Subred con seguimiento, 52 Gestión y ejecución de acciones extramurales en temas de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo).

Definición y avance en la construcción de una caja de herramientas en Salud Sexual y Salud Reproductiva de las Mujeres que contiene contenidos normativos, metodologías de educación popular y elementos informativos, educativos y comunicativos relacionados con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y de la sentencia C -355 Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE como elementos o insumos para la operación desde las cuatro subredes integradas de servicios de salud.

Participación en espacios distritales de la política de mujeres y equidad de géneros posicionando y haciendo gestión frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la IVE.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En el Espacio público desde la Acción integrada 3 de la estrategia poblacional, en acumulado al mes de marzo se reportan 79 sesiones de sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos e interrupción voluntaria del embarazo - sentencia C-355 de 2006 con mujeres, hombres, funcionarios y funcionarias del sector salud, para un total de 1993 participantes.

En el primer trimestre se implementó la estrategia poblacional, desde la cual en el componente mujeres y nuevas masculinidades: se conformaron grupos de mujeres gestoras en Salud Sexual y Reproductiva-SSR y se realizaron acciones colectivas con comunidad y sesiones de sensibilización con funcionarios y funcionarias del sector salud. En total acumulado para el periodo se registran 64 sesiones de sensibilización y formación, en las cuales participó un total de 1.774 personas.

De igual forma desde Provisión de servicios se realizó a 4 IPS asesoría y asistencia técnica para la operatividad de la Sentencia C-355 de 2006 (Fundación Oriéntame sede Teusaquillo, Clínica Magdalena, Profamilia y Comfacundi), 2 procesos de fortalecimiento en IVE con cobertura de ochenta y tres (83) profesionales, 3 eventos de construcción de conocimiento para el reconocimiento de barreras de acceso a la atención en IVE (Fundación Oriéntame, Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres y Profamilia y fortalecimiento de las capacidades de profesionales de IPS privadas en IVE, normatividad y manejo médico (40).

Meta: A 2020 se implementan en el 100% de las localidades del Distrito Capital Intervenciones de vigilancia en salud pública.

De enero a septiembre 2017 se contó con 1.519 UPGD y Unidades Informadoras [UI] activas en promedio en el SIVIGILA Nacional mostrando un aumento del 2% comparado con el mismo periodo del año anterior. De estas el 60,1% corresponde a Unidades Informadoras [UI], y el 39,9% a unidades notificadoras [UPGD].

La sub red con mayor número de UPGD y UI activas en el sistema de vigilancia es la red Norte la representa el 60% [n=911] de las instituciones que notifican eventos de interés en salud pública, Seguimiento de la red Sur Occidente con un 20% [n=300].

Para el sistema de información SIVIGILA el cumplimiento de la notificación es uno de los indicadores principales que refleja si la red de operadores activa se encuentra notificando los eventos de obligatorio cumplimiento, es por esto que el Distrito durante el año 2017 (enero a septiembre) tuvo un aumento del 6,2% comparado con el año inmediatamente anterior, garantizando en las subredes Centro Oriente y Sur Occidente que la totalidad de sus instituciones activas notifiquen con forme a lo establecido en los lineamientos nacionales.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Así mismo uno de los indicadores críticos para el sistema de Vigilancia en Salud Pública que Bogotá ha fortalecido es el porcentaje de UPGD con notificación silenciosa el cual en los últimos cinco años disminuyó un 9,4%. Reflejando que las estrategias de capacitación, asesoría y asistencias técnicas son fundamentales para el proceso.

A septiembre de 2017 comparado con el mismo periodo del año anterior se evidencia un aumento en las intervenciones de 14% (dato preliminar) lo que está relacionado de manera importante con la ampliación de la red de operadores y el fortalecimiento de la Vigilancia de los eventos transmisibles.

En cuanto a los eventos prevenibles por vacuna se han realizado 1.805 bloqueos, 1872 barridos con una cobertura de 63219 personas, la entrega de 396 quimioprofilaxis para la contención de eventos prevenibles por vacuna. Adicionalmente se han desarrollado 239 unidades de análisis de mortalidad y casos sin muestra. (Datos preliminares)

En lo relacionado con casos con seguimiento por agresión animal se han realizado 16.688 de enero a septiembre de 2017.

En cuanto al comportamiento de la notificación de los eventos asociados a enfermedades no transmisibles, entre los periodos de enero a septiembre de 2016 y 2017, se observa una tendencia hacia la estabilidad; que guarda relación con las particularidades de los diferentes subsistemas y su alcance en la operación como eventos no transmisibles.

En los años 2013, 2014 y 2015 se muestran una tendencia leve al incremento de la notificación posiblemente debida a que se requirió mayor información que sustentara el desarrollo de estrategias e intervenciones. Para el subsistema de condiciones crónicas se incorporaron eventos adicionales a las leucemias agudas linfocítica y mielocítica que se venían vigilando.

Con relación al comportamiento de la Red de Vigilancia en Salud Pública desde cada subsistema se ha evidenciado, lo siguiente:

En el SIVISTRA para el periodo Enero-Septiembre de 2017 se cuenta con 78 UPGDs lo que significa un aumento de 72 instituciones comparado con años anteriores; Este logro obedece a la gestión y acompañamiento permanente a la red por parte de los equipos que operan el subsistema en las 4 Subredes Integradas de Atención en Salud, generando también el fortalecimiento de la calidad del dato en el subsistema.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En el SISVESO se cuenta con una red propia consolidada de 149 UPGDs que se ha mantenido desde el 2013 y hasta la actualidad; lo que ha garantizado el monitoreo continuo y permanente de los eventos objeto de esta vigilancia.

La red de la VSP de Condiciones Crónicas hace parte del SIVIGILA Nacional. Para el periodo en mención Enero- Septiembre de 2017 se han priorizado 50 UPGDs en las cuales se busca mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia.

Desde la VSP Discapacidad se cuenta con una red propia consolidada de 87 UPGDs que se ha mantenido desde el 2013 y hasta la actualidad, siendo actores importantes en el desarrollo de estrategias en pro de la ampliación de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en la ciudad.

Respecto a la Intervenciones Epidemiológicas de Campo, se ha evidenciado variabilidad en el número de intervenciones en los últimos dos años para los diferentes subsistemas. En la VSP de Condiciones Crónicas se aumentó el número de IEC entre el 2016 y 2017, debido a que se ha fortalecido el proceso de notificación del evento y que se ha consolidado la vigilancia de los eventos de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino incluidos en el 2016.

Para el SIVISTRA en el periodo 2017 se realizó la reorganización del subsistema en procura de nuevos desarrollos, evaluando que el subsistema contaba con información suficiente para el conocimiento y caracterización de los eventos dentro de este tipo de vigilancia; lo que representó una disminución en esta actividad comparado con periodos anteriores. En el SISVESO, se presentó una leve reducción de la IEC entre 2016 y 2017; dado un proceso similar al explicado anteriormente para el SIVISTRA.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública realiza el fortalecimiento de la notificación del estado nutricional de los menores de 5 años, a través de la Consulta de Crecimiento y Desarrollo de IPS públicas y privadas, de las mujeres en gestación a través de la Consulta de Control Prenatal y de las Personas mayores a través de la Consulta de Eventos Crónicos. Para 2017, cerca de 309 IPS públicas y privadas notifican al SISVAN.

A través de SISVAN se realiza el seguimiento a la notificación de eventos SISVIGILA: Bajo peso al nacer a término (código 110), Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (código 112) y Desnutrición aguda moderada y severa (código 113). Para Bogotá, con corte a septiembre de 2017, se han notificado al SIVIGILA 3.186 recién nacidos de bajo peso a término, cero casos de mortalidad por desnutrición y 981 casos de desnutrición aguda moderada y severa.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En el componente de intervenciones a casos priorizados identificados a través de la notificación al SISVAN y la notificación al SIVIGILA, los profesionales nutricionistas del SISVAN de las 4 subredes de atención en salud de Bogotá, en el periodo enero a agosto de 2017: 1098 Investigaciones Epidemiológicas de [IEC] a recién nacidos de bajo peso y 1.484 a menores de 5 años con desnutrición.

En el subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas - VESPA, hasta el mes de septiembre del año 2017 se registró un decremento en el número de UPGD y UI activas atribuido a la supresión CAMAD durante los años 2015 y 2016. El porcentaje de variación que corresponde a la disminución de 10 UPGD y UI es de 19,6%

En relación con las Unidades Informadoras y UPGD que integran el subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual - SIVIM, se evidencia en el comparativo para los años 2016 - 2017, del periodo comprendido entre los meses enero a septiembre de ambos periodos anuales, un incremento de 128 UPGD y UI que equivale al 19,3%.

En el subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida - SISVECOS, para los meses de enero - septiembre comparado para los años 2016 – 2017 se registra un decremento de 24 UPGD y UI con un porcentaje de variación que corresponde al 4,3% debido a la notificación no oportuna por parte de algunas UPGD o UI para los casos de intento suicida desde la implementación del protocolo Nacional, evento 356 desde el Instituto Nacional de salud – Intento Suicida.

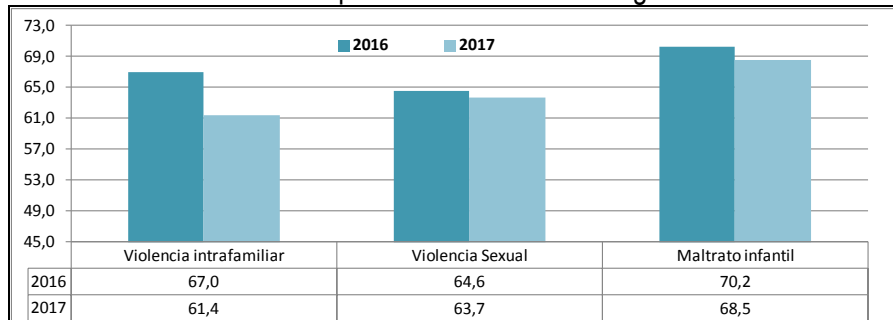
Las lesiones de causa externa con énfasis en lesiones provocadas por el uso de pólvora de pirotecnia y agentes corrosivos, desde el subsistema SIVELCE para los años 2016-2017 comparado para los meses de enero-septiembre presentando un incremento de 9 UPGD activas con un porcentaje de 7%.

Otros logros se fundamentan en los casos captados principalmente para los subsistemas de SIVIM-SISVECOS y la activación de rutas de servicios de salud, [Gráfica 31]





Gráfica 31 Porcentaje de casos captados a través del SIVIM con activación de ruta según tipo de evento - Comparativo 2016 - 2017. Bogotá D.C



Fuente: subsistema SIVIM – SDS

Del total de casos captados en ambos años cerca del 60% corresponden a menores de edad. Entre enero y septiembre de 2017 se han reportado al SIVIM 19.649 casos de los cuales 11.999 corresponden a menores de 18 años.

En relación con el subsistema SIVIM el comparativo entre los meses de enero a septiembre de los años 2016 y 2017 evidencia para ambos periodos anuales una mayor captación de casos de maltrato infantil y diferencias no significativas en las activaciones de ruta en casos de violencia sexual y aquella ejercida contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

En relación con el subsistema SISVECOS el comparativo entre los meses de enero a septiembre de los años 2016 y 2017 evidencia para ambos periodos anuales una mayor captación de casos de ideación suicida (n=14.361) e intento suicida (n=9.907) con diferencias no significativas en las activaciones de ruta en casos de amenaza.

Los datos presentados en los años 2016 – 2017 corresponden a los meses enero – septiembre, donde desde el subsistema de vigilancia de la conducta suicida - SISVECOS se presenta una notificación de (n=15487) con un porcentaje de intervención efectiva de 79.8% en (n=11702). (Ver figura 42)

Por otra parte, la intervención efectiva desde el subsistema SIVIM teniendo en cuenta los años 2016-2017 presenta una notificación de (n=43455) con una intervención de casos de (n=291319) de los cuales el 67,4% son efectivos comparado para los dos años respectivamente.

Así mismo la notificación de casos por pólvora y explosivos (ficha 452 INS – lesiones por explosivos y pólvora de pirotecnia se inicia a nivel nacional en el año 2016 como respuesta a las condiciones sociopolíticas del País que han generado atentados con explosivos en la ciudad; con saldo de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

lesionados e incluso fallecidos por ésta causa lo cual sesga el histórico del registro de lesiones por pólvora de pirotecnia que se venían registrando como evento de interés en salud pública para la denominada temporada de vigilancia intensificada.

Para el periodo enero – Septiembre de 2017 la vigilancia comunitaria ha promovido en la comunidad la notificación de problemáticas colectivas presentamos una descripción y análisis de su comportamiento. Se evidencia que la mayor frecuencia de notificación está relacionada con problemáticas de *salud ambiental*. Se observa que el 59% comprende el manejo inadecuado de residuos sólidos (33%), tenencia inadecuada de mascotas (16%) y otras problemáticas de medio ambiente (10%) entre las que se encuentran contaminación del aire, ruido, olores, entre otros, las cuales se pueden desagregar por subred.

Dentro de las acciones realizadas a las problemáticas comunitarias se han canalizado a los distintos actores, en mayor medida se ha remitido a diferentes entidades distritales el 35% (n= 294) entre las que se encuentran las Alcaldías Locales, Secretaría de Integración Social, IDIPROM, lo que indica la importancia de una respuesta intersectorial a las problemáticas notificadas. El 25% (n=209) notificaciones han sido canalizadas al equipo GESA, con el 9% el equipo realiza la intervenciones Socio-epidemiológicas de Campo (ISEC) con la finalidad de profundizar en dichas problemáticas y establecer acciones de mejora.

La SDS de Bogotá ha avanzado en la cobertura, oportunidad y calidad de los datos del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales (SRCEV) y en el proceso de modernización desde la implementación del RUAF_ND en 2008.

Casi la totalidad de las IPS que han sido caracterizadas utilizan el Aplicativo Web, pese a que se encuentra una disminución del 22% en las UPGD caracterizadas con respecto al año 2016, año 2016=149 UPGD caracterizadas a nivel distrital, año 2017=122 UPGD caracterizadas en la ciudad, lo cual se explica en parte por la reorganización de la red pública de prestadores y por otro lado, por el cierre de algunas IPS privadas.

En el año 2017 (hasta el mes de septiembre), el 96% de los certificados de nacidos vivos han sido ingresados oportunamente al RUAF_ND (dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del hecho vital), mientras el 88% de los certificados de defunción se ha realizado en dicho tiempo.

Se les ha brindado asesoría y asistencia técnica y han sido evaluadas todas las IPS según la guía de visitas a instituciones de salud del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la cual fue adaptada para el Distrito Capital. También se ha asesorado a las empresas administradoras



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

de planes de beneficio (EAPB) con afiliados en Bogotá, principalmente para mejorar la información y agilizar el procedimiento de certificación de fallecidos en el domicilio o sitio público.

Meta: A 2020 el 100% de las unidades comando habrá dado respuesta al 100% de las urgencias y emergencias

Actualmente se cuenta con Unidades Comando en Salud Pública (UCSP) – Equipos de Respuesta Inmediata (4 uno por sub red) - funcionando en las localidades (20), la cuales se dio respuesta de forma efectiva a las urgencias y emergencias en Salud Pública notificadas.

En promedio al año el número de eventos atendidos a través de los Equipos de Respuesta Inmediata es de 2.089 (Años 2012 a 2016).

Al revisar el número de eventos atendidos por los Equipos de Respuesta Inmediata [ERI] de Enero a Septiembre de los años 2016 y 2017 se encuentra que el número es similar, no encontrándose una diferencia significativa en los periodos comparados. Esta situación ocurre también con las personas afectadas, ya que para el año 2016 (De Enero a Septiembre) estuvieron involucradas 8.589 personas y para el año 2017 se afectaron 8.452.

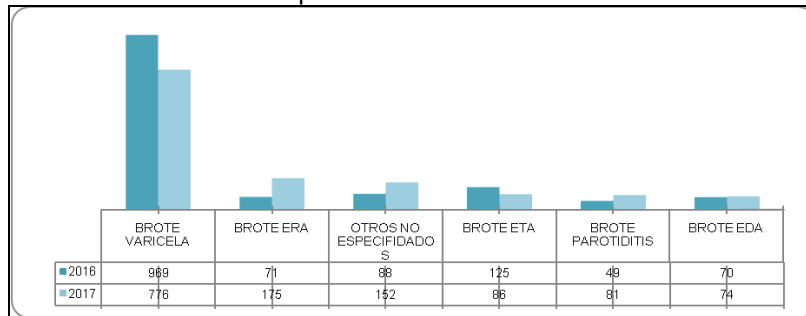
Con respecto a los eventos los 6 primeros concentran el 93% del total de situaciones atendidas por los ERI, [Gráfica 32], encontrándose en primer lugar los brotes de varicela, seguido de los brotes de Enfermedad Respiratoria Aguda – ERA, sin embargo los brotes de varicela han presentado una disminución al comparar este evento con el año pasado pues en el 2016 se atendieron 969 eventos y para el presente año van 776 brotes atendidos, situación contraria a los brotes de ERA que han presentado un aumento de más del 100% pues estos eventos pasaron de 71 en el año 2016 a 175 en el año 2017.

Los brotes de Enfermedad Transmitida por Alimentos – ETA han disminuido de 125 a 86 brotes en el presente año. Los brotes de Parotiditis aumentaron significativamente pues a la fecha llevamos 81 eventos, a diferencia del año pasado que se tenían 49 con este mismo corte de tiempo. Los otros no especificados que incluyen asistencia a puestos de Mando Unificados -PMU, asesorías telefónicas, entre otros, han aumentado, en particular situaciones como la visita apostólica de su santidad Francisco u otros eventos especiales han favorecido este comportamiento.





Gráfica 32 Principales eventos atendidos por los Equipos de Respuesta Inmediata – ERI, Enero a Septiembre 2016 – 2017.



Fuente: Base de Datos Urgencias y Emergencias.

De otro lado se cuenta con el proyecto “Acciones integradas de salud pública en puntos de entrada”, el cual busca implementar acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria que permitan identificar oportunamente los riesgos, para controlarlos o minimizarlos en los principales puntos de entrada de la ciudad de Bogotá (Aeropuerto El Dorado y Terminal Terrestre).

Para el año 2017 y hasta el mes de Septiembre se realizó búsqueda activa de pasajeros sintomáticos que transitan por el Aeropuerto Internacional Eldorado de acuerdo a las alertas dadas por OMS (Organización Mundial de la Salud), identificando 482 pasajeros enfermos, de los cuales ninguno presentaron sintomatología compatible con alguna emergencia en salud pública de importancia internacional (ESP II). Fueron revisadas 22.869 declaraciones Generales de aeronaves (Anexo 9 del RSI) de 23.993 vuelos Internacionales en 35 aerolíneas (promedio) que ingresan por el Aeropuerto Eldorado. Se realizó búsqueda activa de pasajeros sintomáticos en Terminal Terrestre del salitre, identificando 111 viajeros enfermos, de los cuales ninguno presentó sintomatología compatible con ESP II

Se cuenta con una flota de 83 Equipos de comunicación compartidas con la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud – DUES y las subredes para la notificación oportuna de eventos en salud pública y coordinación con el DUES, Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático – IDIGER, Instituto Nacional de Salud - INS y autoridades portuarias para atención de eventos regulares y eventos en salud pública de interés Internacional - ESP II incluidos puntos de entrada y de eventos reportados por el Centro Nacional de Enlace – CNE.



3.1.1.1.2. Proyecto 1184 – Aseguramiento y social universal en salud

Garantiza el aseguramiento universal de la población de régimen subsidiado al Sistema de Seguridad Social en Salud y la atención integral, de acuerdo con la normatividad vigente y con el nuevo modelo de atención, prestación, aseguramiento y rectoría.

En Bogotá D.C, la distribución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud históricamente, ha tenido una representación mayoritaria en el régimen contributivo del 77.5%¹⁶; la afiliación del régimen subsidiado representa el 14.6% y los regímenes especiales y de excepción cuentan con solo el 2.6%, quedando un 5.3% de Población Pobre No Asegurada-Vinculada que no está afiliada, algunos de ellos aun reuniendo los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado persisten en no cumplir con su obligación de afiliarse a éste régimen, pero sí demandan servicios de salud, los cuales son brindados principalmente a través de la Red Pública Distrital; entre los no asegurados también se incluyen otros grupos de personas, como las que aún no les ha sido aplicado el instrumento de focalización SISBEN, las que sobrepasan el punto de corte establecido para el subsidio en salud pero manifiestan no tener recursos para ser aportantes y otras sin capacidad de pago, todas potencialmente demandan servicios.

De acuerdo con lo anterior, la entidad a través del diseño y puesta en marcha de un mecanismo ágil y eficiente, garantizará la cobertura de aseguramiento en salud a la totalidad de la población elegible para los subsidios en salud, así como para aquella vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada.

Meta: Garantizar la continuidad de 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud y ampliar coberturas hasta alcanzar 1.334.667

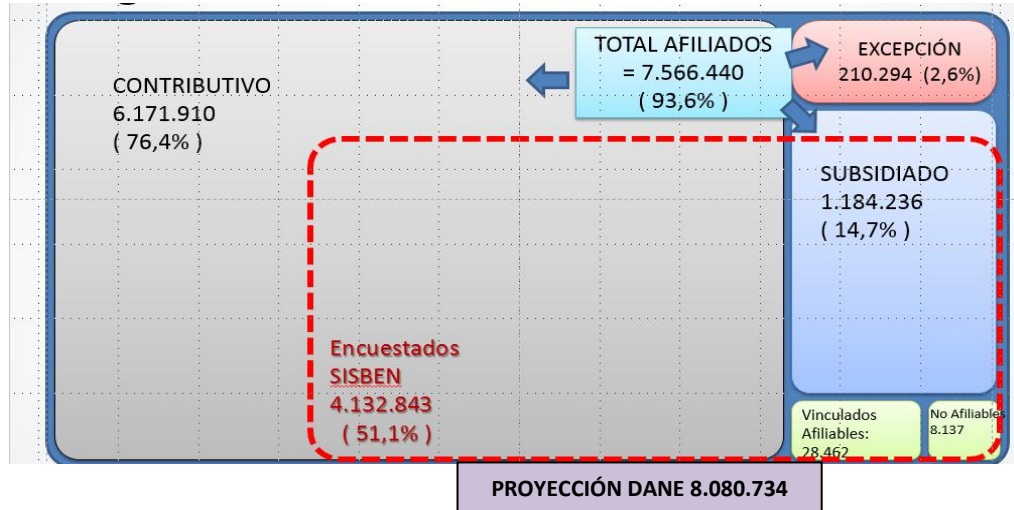
El aseguramiento de la población de Bogotá frente a las proyecciones DANE [n=8.080.734] y a los resultados de las diferentes bases de información, nos muestra que el régimen contributivo mantiene el porcentaje más alto con 76.4% [n=6.171.910], el régimen subsidiado corresponde al 14.7% [n=1.184.236] y el 2,6% [210.294] al régimen de excepción; el 51,1% [n=4.132.843] con encuesta SISBEN, de los cuales aún se encuentra pendientes por afiliar al régimen subsidiado 0.5% [niveles 1 y 2: 28.462 y no afiliables: 8.137] [Gráfica 33].

¹⁶ Corte a 31 de diciembre de 2016



Con corte a 30 de septiembre de 2017, se logró garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a 1.184.236 afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, [Tablas 17 y 18].

Gráfica 33 Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a septiembre de 2017



Fuente: Contributivo BDUA, corte a 30 de septiembre de 2017. Subsidiado BDUA, corte a 30 de septiembre de 2017. Base de datos SISBEN certificada DNP, agosto de 2017 (vigente a 30 de septiembre de 2017). DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2017.

Tabla 17 Participación de la población afiliada por localidad a 30 de septiembre de 2016

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	% Vs Proyección DANE	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	% Vs Proyección DANE	RÉGIMEN SUBSIDIADO	% Vs Proyección DANE	PROYECCIÓN DANE 2017
01. USAQUEN	406.121	85,6%	18.019	3,8%	29.262	6,2%	474.186
02. CHAPINERO	107.117	84,6%	2.658	2,1%	8.576	6,8%	126.591
03. SANTA FE	57.721	60,6%	1.333	1,4%	32.978	34,6%	95.201
04. SAN CRISTOBAL	268.334	68,0%	4.732	1,2%	100.663	25,5%	394.358
05. USME	207.259	60,9%	3.741	1,1%	105.294	31,0%	340.101
06. TUNJUELITO	136.222	72,5%	6.579	3,5%	38.004	20,2%	187.971
07. BOSA	475.605	65,1%	11.697	1,6%	139.402	19,1%	731.047
08. KENNEDY	902.280	74,6%	36.269	3,0%	136.707	11,3%	1.208.980
09. FONTIBON	342.847	82,9%	14.067	3,4%	25.725	6,2%	413.734
10. ENGATIVA	741.492	84,4%	30.745	3,5%	72.596	8,3%	878.434
11. SUBA	1.098.820	85,6%	38.489	3,0%	90.369	7,0%	1.282.978
12. BARRIOS UNIDOS	238.664	89,4%	6.945	2,6%	12.409	4,6%	267.106
13. TEUSAQUILLO	127.539	90,8%	6.602	4,7%	2.138	1,5%	140.473
14. LOS MARTIRES	65.986	70,4%	2.624	2,8%	16.508	17,6%	93.716
15. ANTONIO NARIÑO	87.499	80,1%	3.824	3,5%	9.632	8,8%	109.254
16. PUENTE ARANDA	190.967	86,1%	5.770	2,6%	20.037	9,0%	221.906
17. LA CANDELARIA	14.852	66,2%	696	3,1%	4.601	20,5%	22.438
18. RAFAEL URIBE URIBE	249.270	71,0%	6.668	1,9%	88.560	25,2%	350.944
19. CIUDAD BOLIVAR	451.749	61,6%	8.806	1,2%	188.154	25,6%	733.859
20. SUMAPAZ	1.566	21,0%	30	0,4%	1.375	18,4%	7.457
99. LOCALIDAD NO REFERIDA					61.246		
Total general	6.171.910	76,4%	210.294	2,6%	1.184.236	14,7%	8.080.734

Fuente: Contributivo BDUA-ADRES, corte a 30 de septiembre de 2017. Subsidiado BDUA-ADRES, corte a 30 de septiembre de 2017. Base de datos SISBEN certificada DNP, agosto de 2017 (vigente a 30 de septiembre de 2017). DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2017. Maestro subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2017.



Tabla 18 Participación de la población afiliada por Subred Integrada de Servicios de Salud a 30 de septiembre de 2017

LOCALIDADES POR SUBRED	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	% Vs Proyección DANE	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	% Vs Proyección DANE	RÉGIMEN SUBSIDIADO	% Vs Proyección DANE	PROYECCIÓN DANE 2017
SUBRED CENTRO ORIENTE	743.662	69,8%	19.877	1,9%	252.942	23,7%	1.065.911
ANTONIO NARIÑO	87.499	80,1%	3.824	3,5%	9.632	8,8%	109.254
LA CANDELARIA	14.852	66,2%	696	3,1%	4.601	20,5%	22.438
LOS MARTIRES	65.986	70,4%	2.624	2,8%	16.508	17,6%	93.716
RAFAEL URIBE URIBE	249.270	71,0%	6.668	1,9%	88.560	25,2%	350.944
SAN CRISTOBAL	268.334	68,0%	4.732	1,2%	100.663	25,5%	394.358
SANTA FE	57.721	60,6%	1.333	1,4%	32.978	34,6%	95.201
SUBRED NORTE	2.719.753	85,8%	103.458	3,3%	215.350	6,8%	3.169.768
BARRIOS UNIDOS	238.664	89,4%	6.945	2,6%	12.409	4,6%	267.106
CHAPINERO	107.117	84,6%	2.658	2,1%	8.576	6,8%	126.591
ENGATIVA	741.492	84,4%	30.745	3,5%	72.596	8,3%	878.434
SUBA	1.098.820	85,6%	38.489	3,0%	90.369	7,0%	1.282.978
TEUSAQUILLO	127.539	90,8%	6.602	4,7%	2.138	1,5%	140.473
USAQUEN	406.121	85,6%	18.019	3,8%	29.262	6,2%	474.186
SUBRED SUR	796.796	62,8%	19.156	1,5%	332.827	26,2%	1.269.388
CIUDAD BOLIVAR	451.749	61,6%	8.806	1,2%	188.154	25,6%	733.859
SUMAPAZ	1.566	21,0%	30	0,4%	1.375	18,4%	7.457
TUNJUELITO	136.222	72,5%	6.579	3,5%	38.004	20,2%	187.971
USME	207.259	60,9%	3.741	1,1%	105.294	31,0%	340.101
SUBRED SUR OCCIDENTE	1.911.699	74,2%	67.803	2,6%	321.871	12,5%	2.575.667
BOSA	475.605	65,1%	11.697	1,6%	139.402	19,1%	731.047
FONTIBON	342.847	82,9%	14.067	3,4%	25.725	6,2%	413.734
KENNEDY	902.280	74,6%	36.269	3,0%	136.707	11,3%	1.208.980
PUENTE ARANDA	190.967	86,1%	5.770	2,6%	20.037	9,0%	221.906
Total general	6.171.910		210.294		1.122.990		8.080.734

Fuente: Contributivo BDUA-ADRES, corte a 30 de septiembre de 2017. Subsidiado BDUA-ADRES, corte a 30 de septiembre de 2017. Base de datos SISBEN certificada DNP, agosto de 2017 (vigente a 30 de septiembre de 2017). DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Proyección población DANE a 2017. Maestro subsidiado SDS, corte 30 de septiembre de 2017.

Meta: Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático

Durante el periodo se da continuidad al Plan de Acción para la vigencia 2017, en función a lo establecido por la norma (Resolución 1268 del 25/abril/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se adoptan criterios para la afiliación de oficio de las personas que cumplen los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúsan afiliarse"), para lo cual se desarrollan acciones tendientes a aumentar la afiliación de la población potencial para ingresar al Régimen Subsidiado en Salud en Bogotá D.C.:

Durante el periodo enero – septiembre de 2017 se registra el ingreso de 24.638 afiliados, de acuerdo con la información reportada en la BDUA, [Tabla 19]



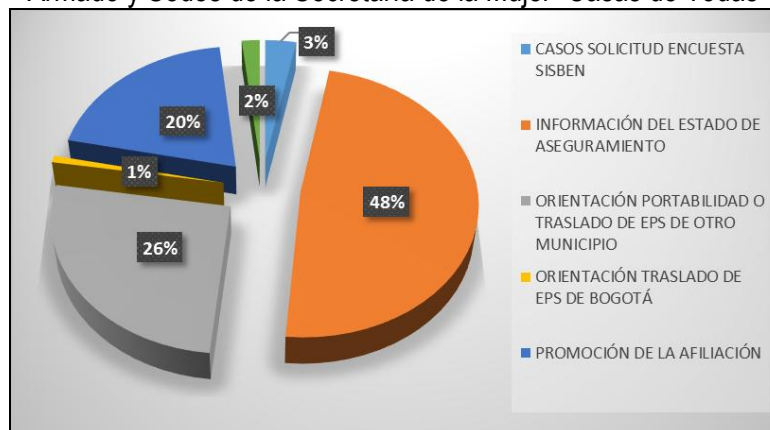
Tabla 19 Histórico afiliaciones de oficio por Localidad - 2017

LOCALIDAD	2017										Total 2017
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio *	Agosto	Septiembre		
01. USAQUEN		1		5			2	291	361	126	786
02. CHAPINERO							3	59	58	39	159
03. SANTA FE		7	2	16	21	37		123	173	92	471
04. SAN CRISTOBAL	1	29	27	40	44	120		679	741	420	2.101
05. USME	1	4	1	3	19	19		551	596	298	1.492
06. TUNJUELITO		2	1	2	5	4		195	285	169	663
07. BOSA	14	35	31	59	34	8		927	1.044	570	2.722
08. KENNEDY	9	27	18	23	52	25		1.098	1.160	576	2.988
09. FONTIBON		3	5	4	5	8		233	238	131	627
10. ENGATIVA	2	1		13	8	3		570	696	286	1.579
11. SUBA	1	13	24	70	17	38		960	990	412	2.525
12. BARRIOS UNIDOS					2	2		86	82	54	226
13. TEUSAQUILLO				1		2		19	6	9	37
14. LOS MARTIRES			4	12	10	16		102	80	65	289
15. ANTONIO NARIÑO		3	3	9	15	20		92	84	45	271
16. PUENTE ARANDA	10	3	1	30	5	11		168	156	75	459
17. LA CANDELARIA	3			2	2	8		15	12	16	58
18. RAFAEL URIBE URIBE		28	10	68	68	82		690	675	421	2.042
19. CIUDAD BOLIVAR	6	102	33	74	106	82		1.054	1.341	563	3.361
20. SUMAPAZ									1	3	4
99. LOCALIDAD NO REFERIDA	2	20	23	20	60	49		554	662	388	1.778
Total general	49	278	183	451	473	539		8.466	9.441	4.758	24.638

Nota: En julio 2017 comenzaron las afiliaciones de oficio por notificación, aplicando la Resolución 1268 de 2017. Fuente: BDUA-corte septiembre 2017

Así mismo la Secretaría Distrital de Salud, a través de la **Estrategia de Promoción del Aseguramiento en Salud en el Distrito Capital**, fortaleció el proceso en los diferentes puntos de atención [Centros locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado y Sedes de la Secretaría de la Mujer “Casas de Todas”], en donde se resolvieron barreras de acceso al Sistema de Salud y se realizó la orientación respecto al trámite a adelantar. De enero a septiembre de 2017 se atendieron 14.444 usuarios, de los cuales 2.870 fueron para promoción del aseguramiento, [Gráfica 34].

Gráfica 34 Estadísticas de Atención 2017 - Centros locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado y Sedes de la Secretaría de la Mujer “Casas de Todas”



Fuente: Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud a 30 de septiembre de 2017



3.1.1.1.3. Proyecto 1185 – Atención a la población pobre no asegurada, vinculados y no POSS

Garantiza las condiciones necesarias para la atención de la Población Pobre No Asegurada – Vinculada y las atenciones No POS a la población del régimen subsidiado del Distrito Capital, mediante la rectoría y la gestión, asegurando el acceso efectivo a los servicios de salud.

Meta: Garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POS-S

Se realizó la contratación con Red Adscrita y Red Complementaria, garantizando así la prestación de los servicios de salud habilitados de todos los niveles de complejidad para la población pobre y vulnerable no asegurada, Vinculados y No POSS residentes en el Distrito Capital que demandó servicios [no afiliados y víctimas del conflicto armado]; así como la atención de urgencias con actividades, intervenciones y procedimientos en los diferentes ámbitos de atención, [Tablas 20 y 21].

Tabla 20 Atenciones realizadas en salud a la población pobre no asegurada a 30 de septiembre de 2017

Tipo usuario	Red Adscrita		Red no Adscrita		Total Nº.atenciones
	Nº.atenciones	Nº.individuos**	Nº.atenciones	Nº.individuos ***	
Desplazado	45.266	4.505	745	43	46.011
Subsidiado No Pos	57.405	5.589	869	156	58.274
Vinculado	444.479	45.051	13.828	358	458.307
MEDICAMENTOS	403.643		10.180		413.823
Total general	950.793		25.622		976.415

Fuente: SDS – Dirección de Planeación Sectorial. Población vinculada, desplazada y atenciones no pos – medicamentos de enero a septiembre de 2017 (acumulado), corte de recepción de datos 30 de septiembre de 2017.

*** Los individuos únicos desagregados no se deben sumar (Un individuo puede ser atendido por la red adscrita como por la red no adscrita en el mismo periodo, Un individuo puede acceder a varias atenciones y tener distintos diagnósticos en el periodo, El individuo puede ser atendido por distintos prestadores en el periodo, El individuo puede cambiar de localidad de residencia habitual y ser atendido en más de una de ellas, Un individuo puede acceder a distintos tipos de atenciones en el periodo, Un individuo puede cambiar de grupo etario en el mismo periodo¹ es decir: En los archivos RIPS la edad se maneja con edades cumplidas, (días, meses, años) y para tal efecto puede cambiar de días a meses, puede cambiar de meses a años, ó simplemente cumplir un año más que lo involucra en el siguiente grupo etéreo.



Tabla 21 Total atenciones en el periodo por red de servicio, tipo de atención, tipo de usuario y grupo etéreo

redservicios	Tipo_atencion	usuario_general	Menores de 1 año	De 1 a 5 años	De 6 a 13 años	De 14 a 17 años	De 18 a 26 años	De 27 a 59 años	De 60 y mas años	Total N°.atenciones
			N°.atenciones	N°.atenciones	N°.atenciones	N°.atenciones	N°.atenciones	N°.atenciones	N°.atenciones	
Red Adscrita	Consultas	Desplazado	364	759	498	472	2.183	2.786	448	7.510
		Subsidiado No Pos	704	540	267	283	1.861	3.052	1.462	8.169
		Vinculado	3441	3.038	1.755	2.053	19.154	35.815	8.011	73.267
	Hospitalizaciones	Desplazado	55	79	60	62	325	361	43	985
		Subsidiado No Pos	140	114	57	53	343	509	152	1.368
		Vinculado	739	597	355	385	3.303	4.232	762	10.373
	Procedimientos	Desplazado	1868	1.611	1.244	1.577	10.794	13.116	2.110	32.320
		Subsidiado No Pos	3866	1.696	1.103	1.097	10.686	18.031	7.205	43.684
		Vinculado	17429	9.741	6.107	8.471	91.578	149.109	38.686	321.121
	Urgencias	Desplazado	115	467	324	288	1.486	1.646	125	4.451
		Subsidiado No Pos	297	477	227	204	1.163	1.510	306	4.184
		Vinculado	1981	3.578	2.166	1.505	12.809	15.561	2.118	39.718
Total Red Adscrita			30.999	22.697	14.163	16.450	155.685	245.728	61.428	547.150
Red no Adscrita	Consultas	Desplazado	1			2	8	59	16	86
		Subsidiado No Pos		1	2		4	56	3	66
		Vinculado	29	12	17	15	75	856	184	1.188
	Procedimientos	Desplazado	24	3	6	4	45	267	246	595
		Subsidiado No Pos	1	7	18	1	52	454	44	577
		Vinculado	68	386	52	43	1.182	8.569	1.605	11.905
	Urgencias	Desplazado	2	4	4	2	11	23	3	49
		Subsidiado No Pos		3	6	3	12	29	7	60
		Vinculado	5	9	17	11	84	235	52	413
	Hospitalizaciones	Desplazado				1	2	8	4	15
		Subsidiado No Pos		1	1		10	140	14	166
		Vinculado	3	2	5	3	24	239	46	322
Total Red no Adscrita			133	428	128	85	1.509	10.935	2.224	15.442
Total general			31.132	23.125	14.291	16.535	157.194	256.663	63.652	562.592

Fuente: SDS – Dirección de Planeación Sectorial. Población vinculada, desplazada y atenciones no pos 2017. Corte de recepción de datos 30 de Septiembre de 2016. *** Los individuos únicos desagregados no se deben sumar (Un individuo puede ser atendido por la red adscrita como por la red no adscrita en el mismo periodo, Un individuo puede acceder a varias atenciones y tener distintos diagnósticos en el periodo, El individuo puede ser atendido por distintos prestadores en el periodo, El individuo puede cambiar de localidad de residencia habitual y ser atendido en más de una de ellas, Un individuo puede acceder a distintos tipos de atenciones en el periodo, Un individuo puede cambiar de grupo etario en el mismo periodo es decir: En los archivos RIPS la edad se maneja con edades cumplidas, (días, meses, años) y para tal efecto puede cambiar de días a meses, puede cambiar de meses a años, ó simplemente cumplir un año más que lo involucra en el siguiente grupo etéreo.

A través de la estrategia “Línea Salud para Todos”, se busca disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen Contributivo, Subsidiado y Población Pobre No Asegurada – PPNA; Esta línea para 2017 gestionó un total de 44891 llamadas, de las cuales ingresaron 9.121. Con el fin de gestionar las solicitudes por barreras de acceso de las llamadas que ingresaron se realizaron 25.306 llamadas a teléfonos fijos y 10.464 llamadas a celulares, [Tabla 22]; con una oportunidad de gestión de 5 días hábiles, 80% de accesibilidad de los usuarios, una efectividad del 90% y el 10% se transfiere a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento para su seguimiento y dar respuesta al 100% de los requerimientos de los usuarios que utilizan la línea.

Tabla 22 Llamadas gestionadas por la “Línea Salud para Todos” a septiembre 30 de 2017

TIPO DE LLAMADAS	NUMERO DE LLAMADAS
llamadas Ingresan	9.121
llamadas Gestionadas a fijo	25.306
llamadas Gestionadas a celular	10.464



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TIPO DE LLAMADAS	NUMERO DE LLAMADAS
Total de llamadas	44.891

Fuente: Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
a 30 de septiembre de 2017

3.1.1.1.1.4. Proyecto 1187 - Gestión compartida del riesgo y fortalecimiento de la EPS capital salud

Desarrolla el modelo de atención que integre los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en la atención integral en salud con enfoque de salud urbana y de la estrategia APS resolutive, la gestión compartida del riesgo entre aseguradores y prestadores; mediante el diseño y operación de las rutas integrales de atención, la implementación de la red integral e integrada de prestadores de servicios de salud, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y las condiciones de salud de la población de Bogotá.

Meta 1. Contar con el diseño técnico, operativo, legal y financiero del esquema; poner en marcha y tener una operación completa y consolidada del nuevo esquema de rutas integrales de atención, al finalizar el segundo año de operación (2017) en todas las subredes integradas de servicios de salud.

RIAS de Promoción y Mantenimiento: Plan de Acción para implementación de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Identificación de barreras de acceso, facilitadores y estrategias para la adopción y adaptación de la RIA en el componente de infancia, adolescencia y juventud, adultez y vejez. Identificación de las acciones o intervenciones contenidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud por curso de vida Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez que serán incluidas en el simulador de redes.

Avances del alistamiento para la implementación de las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, RIAS de Salud Mental y SPA, socializados a 54 profesionales de Instituciones Educativas desarrolladas en el marco de las jornadas de Alianza por la Salud Pública.

RIAS de Atención Población en Condición Materno –Perinatal: Propuesta Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS en el D.C., Identificación de facilitadores y barreras, para la adopción y adaptación de las RIAS en lo correspondiente a las actividades de salud sexual y reproductiva; Socialización de la RIAS Materno Perinatal a 41 profesionales de enfermería y medicina de las IPS.

Se avanzó en la definición de dispositivos médicos requeridos para la implementación de la RIAS Materno Perinatal, en la propuesta de Historia Clínica Unificada Distrital Materno-Neonatal, según las





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

disposiciones de la RIAS Materno Perinatal y el Modelo de Atención Integral en Salud, en la propuesta de reorganización de servicios gineco obstétricos y neonatales según las disposiciones de la RIAS Materno Perinatal, normatividad vigente y en el marco del modelo AIS.

Segunda actualización de matriz de contratación de FFDS para la atención de la población gestante de bajo y alto riesgo de acuerdo a las disposiciones actuales de la RIAS materno perinatal, la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del ministerio de salud y protección social.

Elaboración de contenidos para módulos del curso virtual de la RIA Materno Perinatal en los siguientes temas: Prematurez, asfixia neonatal, sepsis neonatal, emergencias obstétricas, puerperio, técnicas en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y atención de parto, asesoría preconcepcional, control prenatal, sífilis gestacional y congénita, anticoncepción, identificación de riesgos en SSR, recién nacido, reanimación de recién nacido, atención de parto y emergencias obstétricas; Mesas de trabajo entre la SDS-DPSS y el equipo de la Red Nacional Académica de Tecnología Avanzada –RENATA, para la revisión funcional del curso virtual de la RIAS Materno Perinatal en lo relacionado con los 11 módulos que hacen parte del mismo desde la plataforma SICAP, para verificar su contenido técnico y funcionalidad; Revisión a propuesta de foros virtuales y bandera de créditos para el curso virtual de la RIAS materno perinatal.

Fortalecimiento de competencias de 836 profesionales de las EAPB, IPS Públicas y privadas y de 54 profesionales que inician el Servicio Social obligatorio en el D.C en: RIAS Materno Perinatal y de Promoción y Mantenimiento y su relación con los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en el componente de atención a la mujer gestante y el recién nacido, en lo referente al nodo de humanización, en la Circular 016 de 2017 y en la Maternidad Segura, para un total de capacitadas: 890 profesionales capacitados.

Asistencia técnica en los 4 comités de red Materno perinatal de las SISS Sur, Norte, Centro Oriente y Sur Occidente, donde se evidencian y orientan acciones para la implementación de los distintos componentes de la RIAS Materno Perinatal y de Promoción y Mantenimiento, con énfasis en la generación de estrategias de anticoncepción post evento obstétrico.

RIAS de Atención a Población con Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, en el D.C. Análisis de barreras y facilitadores para la implementación de las RIAS a personas con riesgo cardiovascular y metabólico en la ciudad, Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo Cardio Cerebro Vascular Metabólico.

100



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Avances en el documento preliminar de adaptación de las rutas de atención para el mantenimiento de la salud de la población y para las personas con riesgos Cardio – Cerebro – Vascular; Metabólico en Bogotá, en el documento preliminar de lineamientos institucionales para la organización y articulación de la prestación de los servicios para la atención a personas con riesgos Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico en Bogotá y en el documento técnico de propuesta de acompañamiento técnico a realizar a EAPB e IPS en los procesos de atención de las personas con riesgo cardiovascular, en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud a realizar en el 2017.

RIAS Alteraciones Nutricionales: Propuesta de marco estratégico para la adopción y adaptación intersectorial de la Ruta Integral de Atención (RIA) Distrital para la desnutrición (DNT) aguda en menores de 5 años y las acciones del sector salud para la atención de la desnutrición aguda en trabajo con el equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Dirección de Salud Pública (interdirecciones), que refleja las condiciones del Distrito Capital y articula las rutas propuestas por la Dirección de Salud Pública (DSP), la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS) e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)- Seccional Bogotá y caracterización de las intervenciones para el evento específico de desnutrición aguda en menores de cinco años.

Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo de alteraciones nutricionales y para el evento específico de desnutrición aguda en menores de cinco años.

RIAS- Alteraciones de Salud bucal: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS Alteraciones de Salud bucal, en el D.C. Documento técnico con lineamientos frente a la adopción e implementación en el D.C de las actividades, procedimientos e intervenciones de salud bucal que hacen parte de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud y las intervenciones que harían parte de la RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal, ajustado. Identificación de barreras y facilitadores para la implementación de estrategias que permitan la adaptación e implementación del componente de salud bucal en la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIAS para población con riesgo o alteraciones en la Salud Bucal.

Acompañamiento técnico a las EAPB y las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud del D.C en lo relacionado con las actividades e intervenciones de protección específica de Salud Oral que hacen parte del componente primario de la estrategia “Soy Generación más Sonriente” (educación en cuidados bucales y aplicación de barniz de flúor) en menores de 18 años, contenidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Socialización de los resultados y el balance general de la jornada de barniz de flúor, en el marco de la estrategia “Soy Generación más Sonriente” a los referentes de salud oral de las 4 subredes del D.C y de las EAPB.

Socialización a 30 de 8 EAPB y a 4 referentes de salud Oral de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, los avances frente al Modelo y Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud, en la cual





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

se encuentran incluidas todas las actividades, procedimientos e intervenciones de Salud Bucal. Socialización a instituciones académicas a través del grupo Dinamizador de la Alianza por la Salud Pública los avances en la adaptación e implementación de la RIAS de Promoción y Mantenimiento en el componente de Salud Bucal con la asistencia de 30 profesionales de la salud en la Universidad de Santander.

Ajuste la matriz de seguimiento de la política pública de salud oral, en cuanto a los avances en la implementación del modelo de atención en salud oral, Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su componente de Salud bucal y el avance en la conceptualización para la habilitación de las redes integrales de servicios de salud.

Ruta de Atención Población con Riesgo o Infecciones: Avances en la apropiación conceptual en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud. Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS Enfermedades Infecciosas, en el D.C e identificación de barreras y facilitadores para la adopción y adaptación de las RIAS de Enfermedades infecciosas.

Implementación de la RIAS de trastornos psicosociales y del comportamiento: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS de trastornos psicosociales y del comportamiento, en el D.C. Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo de trastornos psicosociales y del comportamiento con énfasis en el evento específico de epilepsia. Socialización en Mesa de trabajo “Alianza por la salud pública” la RIAS de Salud Mental con el respectivo tramo de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud. En este espacio participaron 34 actores de instituciones de educación superior

RIAS de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, en el D.C. Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones. Socialización en Mesa de trabajo “Alianza por la salud pública” la RIAS de SPA, con el respectivo tramo de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, a 34 actores de instituciones de educación superior.

Asistencias técnicas al equipo interdisciplinario de la Unidad de Servicios de Salud- USS Santa Clara, frente a la implementación de la Ruta. Asesoría y asistencia técnica en la Mesa intersectorial de SPA socializando de la Ruta de atención integral de SPA en el marco de su implementación, con la articulación de los diversos sectores que la integran y Asesoría y asistencia técnica a la Secretaría de Educación partir del Modelo de atención integral AIS en el marco de la Implementación de las Ruta de Atención integral de SPA.

102



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RIAS de Enfermedad y Accidentes Laborales: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS en el D.C. Identificación, definición y descripción de intervenciones de enfermedades y accidentes laborales, contenidas en la RIA de Promoción y Mantenimiento de la salud por curso de vida y Matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el grupo de riesgo de enfermedad y accidentes laborales.

RIAS de zoonosis y agresiones por animales: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS. Identificación, definición y descripción de intervenciones de zoonosis y agresiones por animales, contenidas en la RIA de Promoción y Mantenimiento de la salud por curso de vida, aportando a la adaptación de dichas RIAS e identificación de las principales barreras, facilitadores y propuesta de estrategias para la adaptación e implementación de la RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.

RIAS de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS. Identificación, definición y descripción de intervenciones de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente, contenidas en la RIA de Promoción y Mantenimiento de la salud por curso de vida, aportando a la adaptación de dichas RIAS. Identificación de las principales barreras, facilitadores y propuestas de estrategias para la adaptación e implementación de la RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente en el tramo de las RIAS de Promoción y Mantenimiento.

RIAS de Agresiones, accidentes y traumas: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS de RIAS de Agresiones, accidentes y traumas., en el D.C.

RIAS de Enfermedades Raras: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS de enfermedades raras, en el D.C. Identificación de barreras y facilitadores para la construcción de la propuesta de la RIAS de enfermedades Huérfanas. Documento con propuesta para el manejo de la Hipertermia Maligna (enfermedad huérfana) en la Red Integrada de Servicios de Salud

RIAS de infecciones respiratorias crónicas: Documento de Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS. Documento técnico preliminar de análisis de barreras y facilitadores para la implementación de las RIAS a personas con enfermedades Respiratorias Crónicas. Avances en el Documento preliminar de propuesta de actividades a incluir en ruta de atención a personas con enfermedades respiratorias crónicas y factores de ajuste para la estimación de la demanda teórica de la atención requerida por la población afectada. Avances en el documento técnico preliminar de propuesta de acompañamiento técnico a realizar a EAPB e IPS en los procesos de atención de las



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

personas con enfermedades respiratorias crónicas, en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud a realizar en el 2017.

RIAS de presencia de Cáncer: Plan de trabajo para la adopción y adaptación de las RIAS de presencia de Cáncer, en el D.C. Identificación de facilitadores y barreras de acceso, para la adopción y adaptación de la RIAS de Cáncer, en el marco del convenio 1892/2016 de la subred Centro Oriente, Ajuste a la Caracterización de las intervenciones para el evento específico cáncer de mama (mujeres y hombres) y caracterización de las intervenciones para cáncer de cuello uterino y matriz de intervenciones y factores de ajuste identificados para el evento específico de cáncer de cuello uterino.

RIA Enfermedades Autoinmunes, Neurológicas y Degenerativas: Plan de Acción para implementación de las RIAS. Avances en el documento preliminar de propuesta de actividades a incluir en ruta de atención a personas con enfermedades respiratorias crónicas y factores de ajuste para la estimación de la demanda teórica de la atención requerida por la población afectada. Identificación de barreras de acceso y facilitadores para la adopción y adaptación de las RIAS de enfermedades autoinmunes.

RIAS- Trastornos visuales y auditivos: Identificación de barreras de acceso y facilitadores de la RIAS de trastornos visuales y auditivos.

Meta: Diseñar y poner en marcha el plan de monitoreo y evaluación del modelo que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero

Propuesta preliminar metodológica de seguimiento y evaluación del Modelo de Atención Integral en Salud –AIS, contextualizando los 10 componentes del modelo frente al seguimiento de acciones y productos para la implementación de la metodología.

Documento “Guía para la identificación de indicadores”, el cual orienta sobre las actividades de identificación de indicadores de gestión (proceso) y de resultado esperados de la implementación de las RIAS, en el contexto del Modelo Integral de Atención en salud y de los 10 componentes del mismo.

Tablero de control para el seguimiento del modelo de atención en salud, actualizado a junio de 2017 e informe ejecutivo de monitoreo del mes de mayo.

Matriz de seguimiento a los avances en la implementación de la RIAS de Promoción y Mantenimiento y de la RIAS Materno Perinatal a nivel territorial, con corte a primer trimestre de 2017 y soportes de la



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

misma. Matriz con la identificación de indicadores de proceso, resultado e impacto, requeridos para el análisis, seguimiento y evaluación del Modelo de Integral de Atención en Salud – MIAS, ajustada

Avance en el Documento preliminar de “Metodología de seguimiento y evaluación del Modelo Integral de Atención en salud”.

Meta: Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.

Plan de acción para la implementación del modelo integral de atención en salud de la SDS, ajustado. Socialización a las diferentes Subsecretarías de la SDS del documento preliminar de Modelo de atención en Salud trabajado desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

A continuación se presentan los avances en los siguientes componentes del Modelo:

Componente 1 -Gestión de Población y Grupo de Riesgo: Avance en la actualización del componente de Diagnóstico de Oferta de Servicios de Salud año 2016 y en el desarrollo del módulo de Georeferenciación integrado al Sistema de Información CIP V 2.0, para la ubicación espacial de la información de oferta y demanda de servicios de salud. Se adelanta la herramienta informática para la programación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, simulación de requerimiento de capacidad instalada de infraestructura y talento humano para la RIAS de grupo de riesgo de alteraciones nutricionales, para la RIAS de evento específico de desnutrición aguda en menores de cinco años, para la RIAS de grupo de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, para la RIAS de evento específico de epilepsia, en el marco de las RIPSS y para la RIAS de grupo de riesgo de salud bucal, en el marco de las RIPSS., obteniendo estimaciones de demanda y oferta en términos de talento humano necesaria para la implementación de estas RIAS.

Adicionalmente se adelanta la caracterización de los servicios priorizados, con 311 puntos de atención. Se consolidó el proceso de caracterización de los servicios priorizados para dar respuesta a los EISP en el D.C, contando con 353 visitas y con 266 puntos de atención caracterizados información que ya está sistematizada y en proceso de revisión de calidad del dato.

Componente 2. Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS: Priorización de las RIAS a implementar en el Distrito Capital (RIAS Promoción y Mantenimiento, RIAS- Condición Materno – Perinatal, RIAS- Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, RIAS Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones), aprobadas por el Equipo Territorial para la Gestión de los Procesos Relacionados con la Implementación de las RIAS en el D.C. Se adelantó la propuesta preliminar de estructura estandarizada de documento de lineamientos

105



operativos para la implementación de las RIAS de la SDS, se definió el plan de acción para la adopción y adaptación de las RIAS, se adelanto la identificación de facilitadores y barreras de acceso y se avanzó en la matriz de intervenciones, factores de ajuste para las RIAS de PYMS y las RIAS por grupo de riesgo o eventos.

Componente 5 - Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud: En el marco de la Implementación y seguimiento de lineamientos de la reorganización de la red pública, en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud, se brindó asistencia técnica en el componente de prestación de servicios a las Subredes Integradas de Servicios de Salud para la operación de las Unidades de Servicios de Salud, mediante la socialización del Modelo de Atención en Salud – AIS.

Se elaboró Informe de seguimiento a la implementación de la red pública de servicios de salud aprobada por el MSPS, con corte de 31 de diciembre de 2016 y con corte a primer trimestre de 2017, consolidado en sus diferentes componentes. Sistema de información de capacidad instalada y producción de servicios – CIP, actualizado a Agosto de 2017. Documento final de seguimiento a la implementación de portafolios de servicios en el marco de la reorganización de la red pública de servicios de salud, con corte a julio 31 de 2017, formalmente entregado a la Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud.

Como parte de las acciones desarrolladas en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud en la Redes Integrales de Servicios de Salud, se fortalecieron los servicios de Salud de la ciudad así:

VIH SIDA, en el marco del Acuerdo 143 de 2005, por el cual se dictan unas disposiciones en materia de prevención, control y tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia humana VIH y del Sida en Bogotá, D.C, se lidero la Red Distrital de VIH SIDA asesorándose en el año 2017 (enero a septiembre) a veinticuatro (24) instituciones públicas y privadas (IPS-EPS). Se desarrollaron nueve (9) encuentros de liderazgo Distrital de VIH SIDA con la participación de referentes de VIH de las EAPB e IPS de los programa especializado VIH con un total de participación de de 343 referentes de VIH SIDA de la ciudad.

Interrupción voluntaria del Embarazo- IVE, se asesoraron en el 2017 (corte septiembre) a 5 IPS, se fortalecieron las competencias del talento humano de 117 profesionales, en lo relacionado con la implementación de la Sentencia C-355 de 2006, [Tabla 23].

Tabla 23 Fortalecimiento de Competencias a Profesionales en IVE, 2015-2017

IVE	2013	2014	2015	2016 (enero-)	2016 (julio a diciembre)	2016	2017 (enero-)	(julio 2016 a septiembre)	2015-2017
-----	------	------	------	---------------	--------------------------	------	---------------	---------------------------	-----------



				junio)	2018)		septiembre)	2017)	
profesionales de servicio social obligatorio con inducción en IVE			279	104	107	211	0	107	490
Fortalecimiento en IVE a profesionales de IPS, ESE y EPS				20	45	65	200	245	265
Socialización del Lineamiento técnico para la prestación de servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo en Bogotá D.C., socializado con EAPB, ESE e IPS públicas y privadas	134	121	428	158	45	203	0	45	631

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Octubre 2017

En Rehabilitación, durante el año 2017 (a septiembre) se realizaron 331 visitas de acompañamiento a IPS Públicas y Privadas, para el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación, [Grafica 1]. Se realizaron 354 visitas de caracterización o de seguimiento a la oferta de Servicios de Rehabilitación. [Grafica 2]. Se fortalecieron las competencias del Talento Humano durante el año 2017 (a septiembre) de 628 profesionales, para mejorar la atención de los servicios de rehabilitación en el D.C, en el contexto del Modelo de Atención en Salud AIS, fortaleciéndose las competencias del Talento Humano.

Frente a los Eventos de Interés en Salud Pública, durante el año 2017 a septiembre, se realizaron 355 visitas a IPS públicas y privadas, se fortalecieron las competencias de talento humano, mediante capacitaciones a 526 profesionales. Sesenta y siete (67) Visitas de seguimiento a planes de mejoramiento en mortalidad por Eventos de interés en Salud Pública, producto de unidades de análisis de mortalidad por Eventos de interés en salud pública. [Tabla 4].

Fortalecimiento del programa Ruta de la Salud en el marco del AIS, ampliando el parque automotor de 36 a 40 vehículos, realizándose para el año 2017 (a agosto) 154.601 traslados, beneficiándose a 88.998 usuarios, lo cual ha permitido mejorar el acceso a los puntos de atención de las Unidades de Servicios de salud de las subredes integradas de servicios de Salud ESE, con apoyo directo a los CAPS.

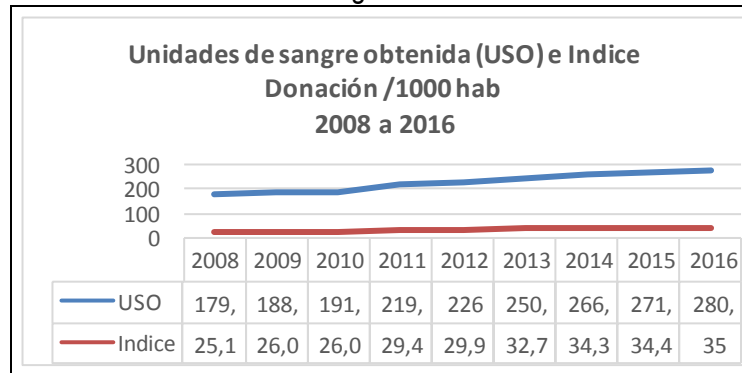
Fortalecimiento del Programa de Aulas Hospitalarias con la operación de 26 aulas en las IPS públicas y privadas de la ciudad, beneficiándose durante el año 2017 (corte junio) a 2.252 pacientes estudiantes, en el marco del Acuerdo Distrital 453 de 2010 (por el cual se establece apoyo pedagógico para niños y niñas hospitalizados o incapacitados en la red Pública Distrital).

En la Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, para la vigencia 2017 (a agosto), se han colectado 179.146 unidades de sangre total y 9.822 unidades de sangre por aféresis, para un total de 188.968 unidades de sangre colectadas, con las cuales se transfundieron a 51.042 pacientes en 81 servicios de transfusión sanguínea de clínicas y hospitales de Bogotá.



Se ha presentado un incremento en el índice de donación del 39.44%, pasando de 25.1 en 2008 a 35 por 1000 habitantes en 2016, [Gráfica 35].

Gráfica 35 Índice de donación de Sangre x 1.000 habitantes en el Distrito Capital



Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud – Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, Octubre 2017

En Atención Domiciliaria, se desarrolló el documento de Análisis de los Servicios de Atención Domiciliaria y Ruta de Atención Domiciliaria en la ciudad. Asistencia técnica para el fortalecimiento del servicio de atención domiciliaria, a 20 instituciones prestadoras de servicios de salud, entre ellas: 7 EPS y 13 IPS, visitas de seguimiento a los servicios de atención domiciliaria de 9 IPS, socialización del Lineamiento de los programas de Atención Domiciliaria y del Modelo de atención en salud a 3 IPS.

En Humanización, se realizó el desarrollo y sistematización del Nodo de humanización distrital con énfasis en el componente Materno Perinatal socialización de experiencias exitosas de humanización de las SISS Sur -USS Vista Hermosa y -USS Meissen-, SISS Norte -USS Engativa-, SISS Centro Oriente, Fundación Santa fe y Hospital de Gacheta. Socialización del proceso de nodo de humanización distrital con énfasis en los componentes materno y perinatal a referentes de la SISS Norte, con el fin de incentivar su participación en el escenario y facilitar su replicación a nivel distrital en el marco de la implementación del modelo AIS. Socialización del tema de Violencia sexual y desarrollo de taller de prácticas humanizantes y no humanizantes, desarrollo de panel de responsabilidad en procesos de referencia y Contrareferencia, Presentación de Problemas bioéticos en América Latina, Concepciones del hombre y bioética en la Humanización y Derechos del Niño “Un Compromiso desde la Puericultura”. Asesoría y asistencia técnica en el marco del modelo de atención integral en salud a la SISS Centro oriente- USS Victoria nivel primario y complementario.

Componente 10. Implementación y Evaluación del MIAS: Documento preliminar de “Metodología de seguimiento y evaluación del Modelo Integral de Atención en salud”. Matriz con la identificación de indicadores de proceso, resultado e impacto, requeridos para el análisis, seguimiento y evaluación



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

del Modelo de Integral de Atención en Salud - MIAS. Matriz y tablero de control para el seguimiento del modelo de atención en salud, actualizados a agosto de 2017 e informe ejecutivo de monitoreo del mismo mes. Seguimiento a la implementación de portafolios de servicios propuestos en la reorganización de la red pública integrada de servicios de salud, con corte a julio 31 de 2017, con aportes de la Dirección de Calidad en el contexto de la Resolución 2003.

Meta: Incrementar en un 15% la tasa de donación de órganos actual

A septiembre de 2017 se recibieron alertas generadas en Bogotá y otros departamentos que hacen parte del área de jurisdicción de la coordinación regional 1; en este sentido se evidencia que tenemos un total de 842 alertas representadas así: 657 originadas en Bogotá (78%), 99 en la Regional 1 (12%) y 86 en otras regionales (10%), del 100% de alertas que se gestionaron, se obtienen en total en la Regional No.1, (154) donantes efectivos, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: (122) donantes efectivos en Bogotá y (32) de la Regional No. 1 por fuera de Bogotá.

A agosto de 2017, se obtuvieron 137 donantes efectivos, de los cuales 113 donantes fueron de Bogotá y 24 de los diferentes departamentos que conforman la Regional N°1, para un total en el año de (354) pacientes aproximadamente beneficiados de la listas de espera. (Este dato no incluye tejidos); con los trasplantes se mejoró la calidad de vida de los pacientes y se evita una posible muerte. (25) donantes fueron rescatados de otras regionales, con los cuales se realizaron trasplantes de órganos de las IPS pertenecientes a la Coordinación Regional No.1.

Se han ejecutado (168) jornadas de asesoría y asistencia técnica con un total de (4.456) personas informadas, con el fin de sensibilizar a la comunidad para la Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Se han realizado (13) jornadas de asesorías y asistencias técnicas en educación con énfasis en Gestión Operativa para un total de (332) personas capacitadas, con el fin de sensibilizar a la comunidad para la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante. (96) asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de promoción para un total de (356) personas capacitadas, con el fin de que los funcionarios y la comunidad en general, se sensibilicen en las características del proceso de donación-trasplante, para que conozcan y promuevan la donación.

(34) asesorías y asistencias técnicas en los lineamientos de gestión operativa de la donación con un resultado de (466) personas capacitadas, lo cual permite fortalecer los conocimientos a los funcionarios en la detección, selección, notificación, mantenimiento del donante, diagnóstico de muerte encefálica, entrevista familiar, logística de traslado de muestras rescate y traslado de componentes anatómicos. (17) capacitaciones dirigidas a (22) funcionarios, lo cual permite afianzar y consignar el reporte de las alertas de donantes potenciales y donantes reales, notificaciones de parada cardio respiratoria e indicadores del Programa.

109



Meta: Incrementar en un 15% la tasa de trasplantes actual

Durante 2017 (a septiembre), se realizaron (430) trasplantes de órganos así: Corazón: (17), Pulmón: (8), Riñón: (290), Hígado: (11), Hígado-Riñón: (4), para un total de (354) pacientes aproximadamente beneficiados de la listas de espera. (Este dato no incluye tejidos); mejorando la calidad de vida de los pacientes y evitándoles una posible muerte. [Tabla 24].

Tabla 24 Trasplantes de órganos 2012 -2017 (septiembre) y pacientes en Lista de Espera.

	2012	2013	2014	2015	2016 (ISEM)	2016 (II SEM)	2016	2017 (a SEP)	2016 (II SEM) a 2017 (SEP)	2012 A 2017 (SEP)
N° TRASPLANTE ORGANOS	332	306	307	335	208	201	409	430	631	2119
Riñón	240	228	201	214	147	137	284	290	427	1457
Hígado	73	59	78	90	45	47	92	111	158	503
Corazón	19	16	23	17	9	8	17	17	25	109
Pulmón	0	0	5	9	3	5	8	8	13	30
Hígado-Riñón		3		5	4	4	8	4	8	20

Fuente: SDS-Dirección Provisión de Servicios

Se han realizado (37) visitas de auditoría: (11) a IPS trasplantadoras de órganos, (22) a IPS trasplantadoras de tejidos, (3) a Bancos de Tejidos y (1) Laboratorio Clínico, con el fin de realizar la vigilancia de los actores de la red de Donación y Trasplantes, para que cumplan con la normatividad legal vigente, con los lineamientos definidos por la coordinación Regional y Nacional, que permitan beneficiar a los pacientes de lista de espera, de manera confiable, segura y oportuna, entre otras.

Se realizaron (7) visitas de auditoría a IPS generadoras, con el fin de sensibilizar al talento humano en el reporte de alertas de posibles donantes, tanto en Glasgow menor de 5/15 y Parada Cardio Respiratoria – PCR a la CRN1-RDT.

Meta: Garantizar el 100% de la atención integral de prestación de servicios demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud de acuerdo a la Ley 1616 de 2013, dentro de los servicios demandados

Se garantizó la atención integral (conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas), a los servicios de salud demandados en salud mental en las cuatros subredes integradas de servicio de salud al 100% de pacientes así:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CONSULTA EXTERNA: Se realizaron 5107 atenciones a 2072 personas, con una concentración de 2,5 atenciones por persona. URGENCIAS: Se realizaron 1337 atenciones a 1.020 personas, con una concentración de 1,3 atenciones por persona. HOSPITALIZACIÓN: De acuerdo a la base de datos RIPS, se realizaron 1330 atenciones a 1037 personas, con una concentración de 1.3 atenciones por persona.

Adicionalmente, se cuenta con el registro de las cuatro subredes que reportan al Sistema de Información CIP de la SDS, en el que reportaron 5.775 egresos (población pobre no asegurada, desplaza, no POS y afiliada al SGSS), con un promedio día estancia de 14,6 días¹⁷.

Con el fin de brindar una atención Integral en Salud Mental, en el marco de la RIAS para el abordaje de los Problemas y Trastornos Mentales” se realizó la definición del plan de análisis metodológico para el desarrollo de la “RIAS para el abordaje de los Problemas y Trastornos Mentales”, Documento técnico con la propuesta preliminar del contenido de la RIA para el abordaje de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y propuesta de intervenciones adicionales del tramo de trastornos mentales propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, en la modalidad ambulatoria.

Meta: Diseño e implementación de un programa de detección temprana de la enfermedad de alzhéimer en Adultos Mayores

Se cuenta con una versión preliminar del Programa de Alzheimer, que incluye Plan de Atención Integral- AIS para los pacientes con Demencia en Bogotá y se avanzó en la documentación sobre detección de Alzheimer, este documento cuenta con un avance del 88%.

Meta: A 2020 mejorar en 10% la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad mental y neuropsiquiátrica.

Apropiación documental que permite aportar mayores elementos al desarrollo de estrategias para la medición de la adherencia tanto a guías como al tratamiento.

Asesoría y asistencia técnica a 6 IPS visitadas, alrededor del tema de la adherencia a guías en Salud Mental.

¹⁷ Fuente: Base de datos RIPS SDS 2017, población vinculada, desplazada y atenciones No POS. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 30 de septiembre de 2017).





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Articulación con expertos y propuesta de estrategias para avanzar en la definición de la línea de base de adherencia terapéutica

Meta: A 2020 iniciar en instituciones adscritas o vinculadas procesos de rehabilitación integral en 800 pacientes con adicciones.

A septiembre han iniciado 281 pacientes proceso de rehabilitación para el consumo de sustancias psicoactivas así: en las USS Santa Clara (124) y las Delicias (60) y Fundación La Luz (97) pacientes, los cuales han recibido un abordaje integral desde un equipo interdisciplinario en el cual se les brindaron atenciones por Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, y Talleristas. Las atenciones que se les brindaron se realizaron bajo un Modelo de Atención biopsicosocial, en el cual se realizaron intervenciones individuales, grupales y familiares, con el objetivo de la disminución del consumo e inclusión en sus diferentes marcos referenciales.

Definición y ajustes del plan de análisis y formulación de lineamientos para la organización y distribución de servicios de atención de las subredes que oferten servicios para la Salud Mental y manejo de la farmacodependencia, para población afiliada a la EPS Capital Salud.

Identificación de facilitadores y barreras para la adaptación y adopción de la RIA de SPA, como insumo para la implementación de la misma.

Elaboración del Plan de análisis para la implementación de la Ruta de Atención integral para los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Meta: Diseñar un plan y poner en marcha las estrategias para lograr en un plazo máximo de 10 años el saneamiento de las deudas y la capitalización de la EPS Capital Salud

Aceptación de la oferta de suscripción de 40.000 millones de acciones de valor nominal de un peso, en tanto Salud Total reduce su participación al 11%, para el fortalecimiento financiero, que representan para Bogotá una composición accionaria en Capital Salud entidad promotora del Régimen Subsidiado del 88,9%, en tanto que salud total EPS SA, reduce su participación al 11%, avanzando en la estrategias de fortalecimiento financiero en cumplimiento al Decreto 2702 de 2014, que permite que la sociedad cumpla con los requisitos de habilitación financiera en un término de 7 años y para lo cual se tiene un programa de capitalización de 4 años.

Trasferencia de \$10.000 millones de pesos, por concepto de capitalización, mediante Resolución 1040 del 9 de junio del 2017, en el marco de las estrategias para fortalecer financieramente a Capital Salud.

112



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Documento guía para habilitación de la EPS al régimen Contributivo, que tiene como componentes básicos la parte jurídica, financiera, aseguramiento, sistemas de información y plataforma tecnológica y atención al usuario desarrollada de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se cuenta con el Documento diagnóstico del componente financiero de la situación actual de la EPS Capital Salud y propuestas de mejoramiento (Versión 1) y Documento de Evaluación actualizada de la información financiera y técnico científica de Capital salud a Junio del 2017, como insumo para la Capitalización.

Meta: Disminuir hasta en 12% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital salud a 2020

Aplicación por parte de Capital salud de 1.540 encuestas de satisfacción en los diferentes puntos de atención al usuario e IPS durante el primer semestre de 2017, reportándose un porcentaje de satisfacción del 84.2 % y de insatisfacción del 15.8%.

Socialización de barreras de acceso por parte de la EPS a las IPS, para la toma de acciones encaminadas a disminuir las barreras de acceso. Socialización por parte de la EPS Capital Salud a las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de los resultados de las encuestas de satisfacción del II semestre de 2016, lo que permitió a las subredes Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, formular sus planes de mejoramiento de acuerdo con barreras identificadas.

3.1.1.1.5. Proyecto 1188 - Garantía de la atención prehospitalaria [APH] y gestión del riesgo en emergencias en Bogotá D.C.

Implementa un nuevo modelo de atención integral en salud que incorpore los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención integral en salud con enfoque de salud urbana y rural de la estrategia APS resolutoria, la gestión compartida del riesgo entre aseguradores y prestadores; mediante el diseño y operación de las rutas integrales de atención, la implementación de la red integral e integrada de prestadores de servicios de salud, central de urgencias, con el fin de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y las condiciones de salud de la población de Bogotá D.C.

Meta: Contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Durante el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2017, se realizaron un total de ocho (8) jornadas de capacitación a través de las Clínicas de Atención con un total de 877 personas capacitadas durante las diferentes jornadas pertenecientes al Centro Operativo CRUE en los cuales se trataron doce (12) temas relacionados con la urgencia médica, lo cual fortalece la adherencia al procedimiento de regulación de la urgencia médica y mejora la prestación del servicio a través de la Línea de Emergencias 123 y el Programa de APH.

Durante el primer semestre del año 2017, se realizó seguimiento de manera concurrente a 6614 incidentes, de los cuales, se evidenció algún producto no conforme en 1323 de ellos, equivalente al 20%, observándose una disminución del producto no conforme (PNC) correspondiente al 9% comparado con el segundo semestre de 2016 en el cual el PNC se encontraba en 29%.

Durante el periodo de julio a septiembre de 2017, se realizó cambio en la frecuencia de la medición correspondiente a lo definido en el lineamiento “seguimiento y control del producto no conforme identificado en el centro operativo”.

Para el fortalecimiento del Programa de Atención Prehospitalaria se celebraron cuatro convenios con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, para aunar esfuerzos para el fortalecimiento, regulación y operación del sistema de Atención Prehospitalaria con las subredes integradas de servicios de salud, con el fin de mejorar la accesibilidad, oportunidad y calidad del sistema de urgencias y emergencias médicas en el Distrito Capital.

De manera articulada se trabajó con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, las Direcciones de Planeación Sectorial, Provisión de Servicios, Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud (DAEPSS) de la SDS la propuesta de conformación de cuatro centrales de Urgencias contempladas dentro del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos” y los Acuerdos 641 y 645 de 2016, las cuales estarán distribuidas en cada una de las Subredes y contarán con Unidades para el manejo de Trauma.

Con el fin de garantizar la prestación del servicio de radiocomunicaciones se realizaron los Contratos 1690 de 2016 y 1068 de 2017; la firma de estos contratos contempló la Adquisición de: 14 repetidoras digitales marca Motorola GTR 8000 para ser instaladas en los Cerros Alpes y Manjuy, 8 consolas de despacho Marca Motorola ASTRO 25 Modelo MCC 7500 IP, 240 Licencias para Dato de Radios existentes en el CRUE APX, 1 Servidor de AVL Command Central Aware para localización de Radios APX, Monitor de 75”, Hardware sitio Maestro CRUE 7,16, 110 Radios Fijos Motorola APX 2500 y actualización de 90 equipos Motorola XTL 200 a Motorola APX 2500, para un total de 200 equipos, 110 Radios móviles Motorola APX 2500 y 150 Radios Portátiles Motorola APX 2000. Con esta fase se integran todos los recursos de equipos bases, móviles y portátiles con equipos de última tecnología,

114



con el fin de facilitar la gestión, organización, coordinación del Sistema de Emergencias Médicas- Programa de Atención Prehospitalaria-APH, en un solo sistema de radiocomunicaciones

Actualización del Sistema de Radiocomunicaciones (Motorola Astro 25) de la versión 7.16 a la 7.17, la cual permitirá interconectar los sistemas de radiocomunicaciones con el Centro de Comando, Control, Comunicaciones y Cómputo de Bogotá-C4, con la Secretaría Distrital de Salud y las demás agencias de Emergencias Distrital y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante los primeros nueve (09) meses de 2017, las llamadas (incidentes) se incrementaron en un 4,6%. De ellas, las de prioridad alta lo hicieron en un 8,9%. Sin embargo, la respuesta con despacho de vehículos de emergencia a estos últimos incidentes se redujo en un 12,9%, [Tabla 25].

Tabla 25 Incidentes de PROCAD que ingresaron a CRUE en cada periodo; variación en el promedio de ingresos; comparativo número de incidentes de PROCAD atendidos vs despachos CRUE, enero a Septiembre de 2017

INDICADOR	2017								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Incidentes de PROCAD que ingresaron al CRUE (*)	43117	47296	51265	45787	48118	42567	44412	45639	45099
Promedio mensual de incidentes de PROCAD que ingresaron al CRUE en cada periodo	43117	45207	47226	46866	47117	46358	46080	46025	45922
Número de incidentes de PROCAD cerrados por el CRUE como "atendido" (*)	16260	16376	17291	16328	16161	15030	15936	16423	15545
Proporción de "atendidos"	37,71%	34,62%	33,73%	35,66%	33,59%	35,31%	35,88%	35,98%	34,47%
Número de incidentes de PROCAD "atendido", con despacho (*)	6561	6312	7023	6520	6099	6113	6520	6094	5763
Proporción de "atendidos" con despacho	40,35%	38,54%	40,62%	39,93%	37,74%	40,67%	40,91%	37,11%	37,07%
Número de incidentes de PROCAD cerrados por el CRUE con código diferente a "atendido"	26857	30920	33974	29459	31957	27537	28476	29216	29554
Número de diferente a "atendido", con despacho	3488	3689	4122	3523	3433	3248	3541	3459	3285
Proporción de diferentes a "atendido", con despacho	12,99%	11,93%	12,13%	11,96%	10,74%	11,80%	12,44%	11,84%	11,12%
Número de incidentes de PROCAD de prioridad "Alta" (*)	27057	30744	34541	28660	32170	28549	30133	29236	29461
Proporción de incidentes de PROCAD de prioridad "Alta"	62,75%	65,00%	67,38%	62,59%	66,86%	67,07%	67,85%	64,06%	65,33%
Número incidentes de PROCAD de prioridad "Alta", con despacho (*)	8242	8286	9240	8119	7824	7648	8211	7678	7180
Proporción de incidentes de PROCAD de prioridad "Alta", con despacho	30,46%	26,95%	26,75%	28,33%	24,32%	26,79%	27,25%	26,26%	24,37%
Número de incidentes de PROCAD con despacho (*)	10049	10001	11145	10043	9532	9361	10061	9553	9048
Número de despachos (*)	11030	10996	12241	11053	10428	10351	11090	10519	9877
Concentración de despachos por incidente de PROCAD con despacho	1,10	1,10	1,10	1,10	1,09	1,11	1,10	1,10	1,09
Traslados (PACIENTES TRASLADADOS A IPS) (CONTADOS EN MÓDULO TRASLADOS)	4723	4492	5022	4655	4507	4474	4708	4417	4342

Fuente: PROCAD, plantilla 72.



Dando cumplimiento a los dispuestos en el Acuerdo 334 de 2008, durante el periodo de enero a septiembre de 2017, se realizaron 2745 atenciones en los puestos de primeros auxilios ubicados en los Portales de Transmilenio, [Tabla 26].

Tabla 26 Atenciones realizadas en los puestos de primeros auxilios en Transmilenio, enero – septiembre 2017.

Portal de Transmilenio	Cantidad de pacientes evaluados
Norte	353
Suba	208
Américas	338
Calle 80	306
Dorado	375
Sur	370
Tunal	309
Usme	280
20 de julio	206
TOTAL	2745

Fuente: BD SIDCRUE, atención en portales de TM.

Se fortalecieron las competencias del Talento Humano con capacitaron de manera gratuita durante los 9 meses de un total de 8.983 personas en 96 cursos de módulo básico y otros, [Tabla 27 y gráfica 36]

Tabla 27 Cursos de capacitación Subdirección Gestión de riesgo en emergencias y desastres

MODULO ESENCIAL	PARTICIPANTES	No DE CURSOS
Promoción y Prevención	4288	36
Primer Respondiente Básico Comunidad	2902	36
Primer Respondiente Básico Salud	535	7
Primer Respondiente en Emergencias y Desastres	890	8
Módulo Básico		
Línea de Emergencias Médicas 123	164	5
Módulo Gestión del Riesgo		
Sistema Comando de Incidentes Básico	30	2
OTROS		
Jornada de Actualización Académica	174	2
Total	8983	96

Fuente: Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 36 Fortalecimiento de competencias en el Talento Humano



Se evaluaron en el periodo en mención un total de 703 planes de salud y primeros auxilios de los cuales el 62% (434) favorable 38% (269) desfavorables, teniendo en cuenta la nueva metodología de evaluación y los estrictos controles aplicados a los documentos registrados por los organizadores de los eventos en el Sistema Único de Gestión de Aglomeraciones de Público – SUGA y los cuales guardan relación con eventos mediana y gran complejidad, en los que se evalúa la pertinencia del Plan y se considera el establecimiento de un PMU de acuerdo a la complejidad, en las cuales se designa al menos un delegado de la Subdirección de Gestión del Riesgo.

Los miembros del equipo de la Subdirección de Gestión del Riesgo han participado durante este periodo en 359 actividades de Puesto de Mando Unificado (PMU), de los cuales el 34% (123) fueron previos y el 66% (236) asistidos en aglomeraciones de alta Complejidad.

Lanzamiento en conjunto con el IDIGER del curso Virtual Primer Respondiente y elaboración de los 8 videos que lo integran; Curso virtual dirigido a la comunidad, a funcionarios distritales, entre otros.

3.1.1.1.2. Proyecto Estratégico - Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS

3.1.1.1.2.1. Proyecto 1189 - Organización y operación de servicios de salud en redes integradas

Mejora la prestación de servicios de salud consolidando la Red Integrada de Servicio de Salud en el Distrito Capital en el marco de la Atención Integral en Salud (AIS).

Meta: Desarrollar las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud

117



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Consolidación de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, mediante el apoyo técnico, acompañamiento y monitoreo de los componentes estratégicos y operativos de la gestión.

Se cuenta con la Estructura organizacional unificada para las ESE, Homologación de escala salarial para los empleos públicos de las Subredes, Estructuración de la tabla de honorarios para la unificación de la remuneración al personal vinculado mediante órdenes de prestación de servicios y Monitoreo a la gestión financiera y presupuestal que permite identificar estrategias de eficiencia y proyección de cierre de vigencia fiscal.

Meta: Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.

A septiembre de 2017 la oportunidad de las especialidades básicas (Pediatría, Medicina Interna y Gineco-obstetricia) es de 10.6 días.

Las estrategias implementadas para mejorar este indicador, en razón a establecer la política de garantizar la accesibilidad a los servicios ambulatorios son: Agendas abiertas, Coordinación con Capital Salud para la disminución de trámites como autorizaciones a cargo del usuario, Convenio interadministrativo suscrito entre el FFDS y las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE para la Implementación de Call Center unificado para la Red Integrada de Servicios de Salud el cual se implementará de manera progresiva iniciando en el cuarto trimestre de 2017 con las especialidades relacionadas anteriormente.

Meta: Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.

A septiembre la ocupación total de las 39 Unidades de Servicio de Salud con Servicio de Observación Urgencias es del 87% debido al mejoramiento de la capacidad instalada a través del traslado interno de los pacientes que se encuentran en las USS de alta complejidad y cumplen criterios para que su atención se pueda dar en USS de mediana y baja complejidad, siendo estas últimas las que comúnmente estaban subutilizadas.

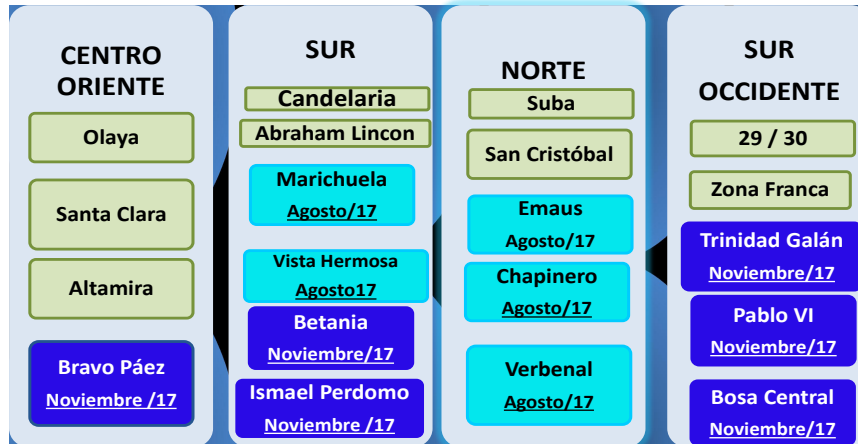
Implementación de 14 Centros de Atención Prioritaria en Salud – CAPS [Gráfica 37], en cada una de las Subredes, como estrategia de descongestión de los Servicios de Urgencias, mediante la consulta prioritaria de medicina general a los pacientes que han sido clasificados con triage 4 y 5, conforme con lo establecido en la Resolución 5596 del 2015. A agosto de 2017 se han realizado 192.905

118



atenciones entre prioritarias y programadas generales y especialidades básicas, para un total de 282.161 atenciones desde la puesta en operación de los CAPS en 2016¹⁸

Gráfica 37 Distribución centros de Atención Prioritaria en Salud por Subred



Fuente: SDS – DAEPDSS - Informe de Seguimiento a CAPS a Septiembre 2017

Meta: Diseñar y poner en operación completa y consolidada la estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación de calidad al finalizar el 2017

Estandarización y unificación de la Encuesta de Satisfacción y su metodología de aplicación con lo cual se logra tener un método de medición unificado para todas las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud; los resultados obtenidos mediante esta encuesta son comparables y permiten tomar decisiones para la gestión.

Fortalecimiento y acompañamiento del proceso de acreditación y habilitación a las (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud, en el cumplimiento de la normatividad del sector salud, con lo cual se ha logrado que las subredes reconozcan los requisitos, identifiquen las necesidades y gestionen los recursos para brindar atención al usuario con estándares superiores de calidad.

¹⁸ (Fuente Capacidad Instalada y Producción CIP. Versión 02_10_2017)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Producto del ejercicio descrito anteriormente, se formularon proyectos para adquisición de dotación de no control especial y se suscribieron 4 Convenios para el fortalecimiento del proceso de Acreditación con las Subredes Integradas de Servicios de Salud por un valor de \$1.115 millones de pesos, con la siguiente distribución: SISS Norte Convenio 1010 Por \$188.833.334 SISS Centro Oriente Convenio 1006 Por \$188.833.333, SISS Sur Occidente Convenio 1008 Por \$660.000.000 y SISS Sur Convenio 1012 Por \$188.833.334

Meta: Diseñar y poner en marcha en el 100% de redes el nuevo esquema de remuneración e incentivos en los seis (6) meses finales de 2016 y tener una operación completa y consolidada del esquema de remuneración e incentivos al finalizar el segundo año de operación

Elaboración, socialización e implementación del Nuevo Modelo de Remuneración en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud y en Capital Salud, para lo cual se realizó un contrato de prestación de servicios de las Subredes Integradas de Servicios de Salud con Capital Salud, desde el 1 de agosto de 2017 con vigencia de 1 año, para la prestación de servicios al régimen subsidiado de Bogotá D.C., a 904.000 afiliados.

Meta: Poner en marcha un plan de transición que un plazo máximo de dos (2) años después de constituida le permita a esta empresa asumir de manera gradual y ordenada el manejo de la labores que le sean delegadas

Puesta en marcha inicial: Registro de nuevo miembro de Junta directiva en Cámara de Comercio de Bogotá -CCB; Elaboración de propuesta preliminar de Código de Ética y Reglamento Interno de Trabajo de la EAGAT.

Piloto de Operación: Se avanzó en el diagnóstico de Procesos Priorizados (60%).

Diagnostico Situacional de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de los Procesos Priorizados de Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT)
Propuesta Preliminar de Código de Ética para aprobación de Asamblea de Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT)

Reglamento Interno de Trabajo de la EAGAT para aprobación de Asamblea de Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT)

Informe de Análisis y Propuesta de Mejoramiento para los procesos de suministro de medicamentos y material médico quirúrgico para la USS Tunal

120



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Meta: Tener una operación completa y consolidada la operación de la empresa asesora de gestión administrativa y técnica al finalizar el tercer año de operación (2019).

El Plan de transición de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica – EAGAT, incluye Direccionamiento estratégico de la EAGAT (Misión, Visión, Estrategias, Metas, Tácticas, Líneas de Valor), Estructura Orgánica EAGAT, propuesta de la Planta de personal y Manual de Funciones Perfil del gerente de EAGAT, Versión Preliminar Manuales de procesos y procedimientos administrativos y financieros de la entidad.

Versión preliminar de líneas estratégicas de acción de la Entidad conforme con lo establecido en el Acuerdo 641 de 2016 y los Estatutos, y su correlación con el Plan estratégico y el Tablero de control de indicadores de la EAGAT

Definición de productos prioritarios en el portafolio de servicios de la EAGAT (lavandería, Aseo, Vigilancia y Material de Osteosíntesis).

3.1.1.1.3. Proyecto Estratégico - Investigación Científica e Innovación al servicio de la salud

3.1.1.1.3.1. Proyecto 1190 - Centro Distrital de educación e investigación en salud

Fortalece la investigación científica e innovación al servicio de la salud, la provisión de servicios de salud con oportunidad y calidad, en pro de la salud individual y colectiva, para contribuir a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, tecnología e Innovación.

Meta: Crear 1 Laboratorio Distrital y Regional de Salud Pública

El grupo de Vigilancia de Enfermedades (VE), encargado de vigilar aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial, para 2017, observó un aumento en el número de casos de IRA Grave posiblemente por la temporada de lluvias adicional a que circuló de forma temprana el virus de influenza A. De igual forma se ha trabajado con las instituciones para aclarar la definición de caso de IRAG inusitado, lo que se refleja en la disminución de casos remitidos al LSP. También se ve disminución de los casos de arbovirus asociado a que en el 2017 finalizó la emergencia generada por virus del Zika. Los otros eventos mantienen un comportamiento similar durante los años 2016 y 2017, [Tabla 28].



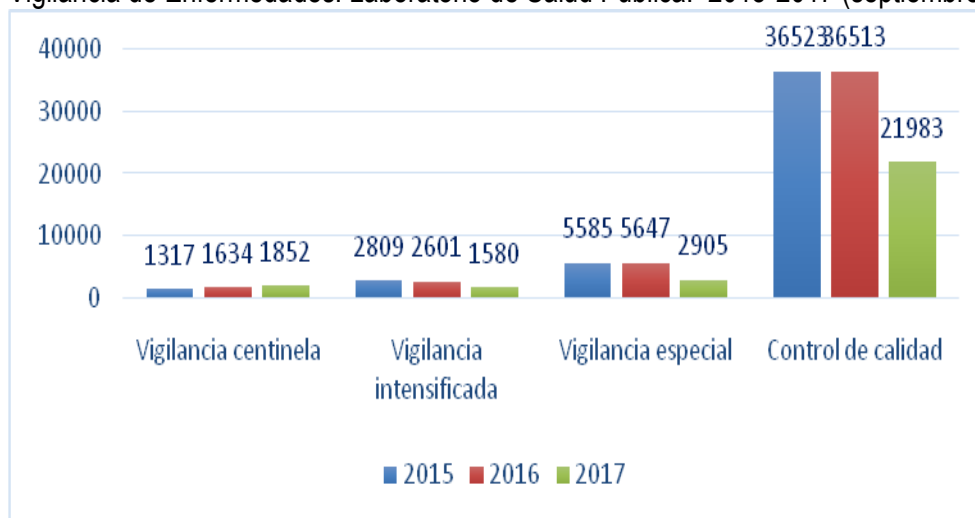
Tabla 28 Número de casos recibidos para confirmación por tipo de vigilancia en el área de Vigilancia de Enfermedades. Laboratorio de Salud Pública. 2016-2017 (septiembre)

Vigilancia centinela	2016	2017
IRA Grave	1303	1591
EDA	331	261
Vigilancia intensificada	2016	2017
Rabia	123	188
IRA grave inusitada	829	398
Sarampión - Rubeola	1411	780
Rubeola congénita	238	214
Vigilancia especial	2016	2017
tosferina	2481	1639
Arbovirus (Dengue, Chikungunya, Zika)	2163	367
Meningitis	373	354
Entero patógenos	630	545

Fuente: Laboratorio de Salud Pública de la SDS

En el área de Vigilancia del Ambiente y el Consumo se apoya la vigilancia y control sanitario a través del análisis de las características físicas, químicas y microbiológicas de alimentos, licores y aguas para el consumo humano, donde se detectan e identifican los parámetros y/o patógenos que potencialmente alteren la composición de los alimentos, [Gráficas 38 y 39].

Gráfica 38 Número de muestras recibidas en apoyo a la vigilancia en salud pública en el área de Vigilancia de Enfermedades. Laboratorio de Salud Pública. 2015-2017 (septiembre)

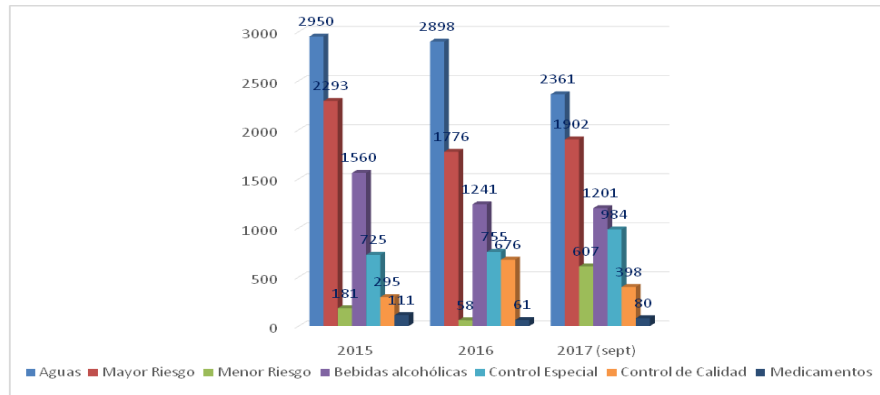


Fuente: Laboratorio de Salud Pública de la SDS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 39 Número de muestras recibidas en apoyo a la vigilancia Sanitaria. Laboratorio de Salud Pública 2015 – 2017- Septiembre



Fuente: Laboratorio de Salud Pública de la SDS

Una de las estrategias utilizadas para el fortalecimiento de la red de laboratorios es la evaluación externa del desempeño, con la que se busca el buen funcionamiento de los procedimientos a la vez que permite conocer la calidad del diagnóstico en los eventos de interés en salud pública realizado por cada uno de los laboratorios de la red.

Estándares de Calidad Resolución 1619 de 2015:

- ✓ El Laboratorio de Salud Pública recibió la evaluación de los Estándares de Calidad por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), en las áreas de microbiología de alimentos y medicamentos y fisicoquímico de alimentos y medicamentos y al Instituto Nacional de Salud (INS) para el área de Vigilancia de Enfermedades en cumplimiento de la Res. 1619 del 2015 en marzo del año 2016 y por parte del Instituto Nacional de Salud en Diciembre del 2016.
- ✓ Una vez cumplida esta fase de las visitas de evaluación por parte de los referentes nacionales de la implementación de los Estándares de Calidad, junto a las observaciones realizadas y a la retroalimentación brindada por el INVIMA y el INS, el Laboratorio de Salud Pública estableció un cronograma a través del cual se realizará la verificación, evaluación y emisión del concepto de la implementación de los Estándares de Calidad en la Red Distrital de Laboratorios, cumpliendo las siguientes etapas:
 1. Autoevaluación
 2. Visita en el laboratorio
 3. Envío al LSP de los Planes de acción para su aprobación
 4. Visita de seguimiento

Este proceso se inició con la red de laboratorios de alimentos que consta de 38 laboratorios. Durante el año 2016 se realizaron visitas a 7 laboratorios y en el 2017 se visitaron 11 instituciones.

Acreditación de pruebas de laboratorio bajo norma NTC-ISO/IEC 17025:2005:

- ✓ Verificación por parte del Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), del cumplimiento de las acciones correctivas propuestas en plan de mejora, obteniendo el aval para el otorgamiento de la acreditación de veintidós (22) ensayos postulados.
- ✓ Presentación de la experiencia de acreditación, en el encuentro de los grupos de calidad de los diferentes laboratorios de salud pública del país, convocado por el Instituto Nacional de salud.

Meta: Consolidar 1 Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud

Diseño y construcción de tres cursos virtuales dirigidos al fortalecimiento del talento humano en salud del Distrito Capital, en temáticas de interés para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Bogotá (Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, Prevención de la Enfermedad Respiratoria Aguda, Bioseguridad).

Apoyo a la formación de calidad del talento humano a partir del desarrollo de prácticas formativas en la Secretaría Distrital de Salud de 105 estudiantes en diferentes programas académicos.

Establecimiento de alianzas estratégicas con Instituciones de Educación Superior y otras instituciones de educación con reconocimiento a nivel nacional (SENA) para el fomento y/o desarrollo de actividades educativas, científicas y tecnológicas en el marco de las prioridades establecidas en el Modelo Integral de atención en Salud, que se concretaron en :

- ✓ Capacitación a 70 gestores de riesgo y 63 Auxiliares en Administración de dosis fraccionada de polio (63)
- ✓ Certificación en las normas: Administración de inmunobiológicos (250) y Orientar a personas según normativa en salud (300)
- ✓ Formación en curso de Primer Respondiente con la SDS de los aprendices del SENA: 33
- ✓ Apoyo técnico a la dirección de Aseguramiento en el tema de Seguridad del Paciente 70 asistentes
- ✓ Formación Blended Subredes: Taller sobre vigilancia de Anomalías Congénitas y Partos prematuros.
- ✓ Formación presencial: Curso de contratación estatal: 20 beneficiarios (En el marco del convenio de cooperación No. 0005 - 2017 entre la SDS y la Universidad La Gran Colombia).
- ✓ Alianzas estratégicas para el fortalecimiento del TH: RENATA, Universidad La gran Colombia, Universidad CES, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad El Bosque.



Meta: Contar con un grupo de investigación propio o en asociación con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología, b. atención prehospitalaria y domiciliaria y c. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C.

Se cuenta con los lineamientos de política en Ciencia Tecnología e Investigación [CT+I] para la salud, que define la ruta desde el punto de vista científico, tecnológico y metodológico para la Secretaría Distrital de Salud.

Agenda de investigaciones para la salud que define los campos de conocimiento y las líneas prioritarias a saber: Relaciones entre el sistema social humano y el sistema social naturales para la salud y la enfermedad; las relaciones entre el sistema social humano y el sistema social artificial para la salud y la enfermedad; y las relaciones entre el sistema social natural y el sistema social artificial para la salud y la enfermedad.

Conformación del Comité de investigaciones que se rige por la Resolución 695 de 2017, cuya función es evaluar las investigaciones desde el punto de vista ético y técnico científico.

Se encuentra en proceso de revisión y edición de los volúmenes 17: 2, 18: 1y 2, 19: 1 de la revista de investigaciones en Seguridad Social en Salud de la SDS.

No.	Nombre del Grupo	Código del Grupo	Clasificación de Grupo	Número de Investigadores	Líneas
1	Grupo de investigación de la Secretaría Distrital de Salud.	COL0021569	C	18	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de Salud 2. Derechos Humanos y bioética. 3. Salud pública, epidemiología y población 4. Biomedicina y biotecnologías. 5. Salud Ambiental 6. Cuidado de la Salud y Desarrollo Sostenible
2	Grupo de investigación Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.	COL0131688	C	24	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización de microorganismos en la vigilancia de las infecciones asociadas al cuidado de la Salud 2. Caracterización de microorganismos endémicos y potencialmente epidémicos 3. Cuantificación de sustancias químicas potencialmente tóxicas en alimentos, aguas y suelos 4. Determinación y caracterización de parámetros fisicoquímicos específicos a los alimentos del consumo humano 5. Terapia Celular 6. Diseño e implementación de modelos de gestión para el diagnóstico de enfermedades prevalentes y potencialmente epidémicas 7. Diseño e implementación de programas de tamizaje de enfermedades congénitas 8. Caracterización de microorganismos en la vigilancia de las infecciones asociadas al cuidado de la Salud 9. Valoración de parámetros fisicoquímicos y microbiológicos en medicamentos y cosméticos en apoyo a la vigilancia en Salud Pública
3	Grupo de investigación en medicina transfusional, tisular y	COL0133477	D	10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banco de Tejidos Humanos, Terapia Tisular y su Aplicación Clínica. 2. Banco de sangre de cordón umbilical y trasplante de progenitores



	celular (GIMTTYC).				Hematopoyéticos 3. Medicina y seguridad Transfusional
4	Grupo de investigación Comité Distrital de Laboratorios de la Secretaría Distrital de Salud	COL0168507	Registrado	74	1. Vigilancia Salud Pública 2. Gestión de la Calidad

3.1.1.1.4. Proyecto Estratégico - Modernización de Infraestructura Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud

3.1.1.1.4.1. Proyecto 1191 - Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud.

Mejora la prestación de los servicios de salud de la población del Distrito Capital, mediante la modernización de la infraestructura física y tecnológica de la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, que permita brindar servicios en forma oportuna y resolutiva.

Meta: Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS)

Meta: Avanzar, culminar y poner en operación el 100% de las obras de infraestructura y dotación que se encuentran en proceso, ejecución o inconclusas.

En la presente vigencia se viabilizaron e inscribieron en el Banco de Programas y Proyectos los siguientes proyectos de inversión:

- ✓ Adecuación del Área de Urgencias del Centro de Servicios Especializados de Suba.
- ✓ Adecuación de las Redes Técnicas para la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación Fray Bartolomé.
- ✓ Ampliación, adecuación y dotación para la Unidad de Salud Mental de la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación Fray Bartolomé de las Casas.
- ✓ Construcción y dotación CAPS Diana Turbay.
- ✓ Dotación para el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE sede Tintal.
- ✓ Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Manuela Beltrán.
- ✓ Ampliación y reordenamiento del Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI.
- ✓ Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud San Bernardino.
- ✓ Construcción y dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Danubio.
- ✓ Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Mexicana.
- ✓ Adecuación del Servicio de Urgencias de la Unidad de Servicios de Salud El Tunal.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Adecuación y Terminación de la Torre No. 2 de la USS Meissen y Dotación de la Nueva Infraestructura.

Así mismo se adelantaron los estudios previos y análisis del sector para el proceso de contratación directa mediante convenio, para elaborar los estudios y diseños de los siguientes proyectos:

- ✓ Ampliación y reordenamiento del Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI.
- ✓ Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud San Bernardino.
- ✓ Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Mexicana.
- ✓ Construcción y dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Danubio.

Y se suscribió convenio con la Subred Centro Oriente para realizar la actualización de los estudios y diseños del CAPS Diana Turbay y con la Subred Norte para la adecuación del servicio de urgencia del CSE Suba.

3.1.1.1.4.2. Proyecto 7522 - Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Salud

Implementar la estrategia de innovación tecnológica que permita contribuir en el sector salud con la planificación, operación, seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud para la gestión de la información y la toma de decisiones asertivas que permita prestar mejores servicios en línea al ciudadano y a los colaboradores de la SDS, lograr la excelencia a la gestión y empoderar y generar confianza.

Meta: Crear una Plataforma Tecnológica Virtual

Desde los componentes TIC para Gobierno abierto, TIC para Servicios, TIC para Gestión y Seguridad y privacidad de la información:

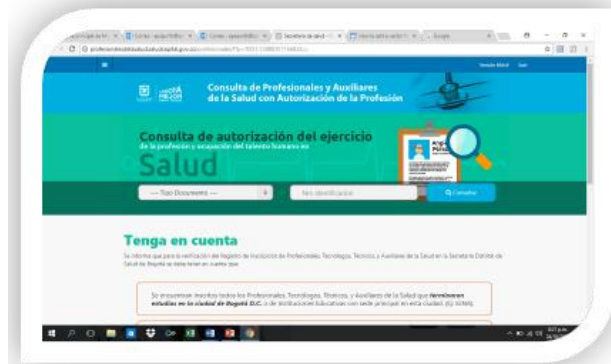
Nuevo diseño con criterios de usabilidad y accesibilidad de acuerdo con lineamientos de Gobierno en línea del servicio en línea de consulta del Talento Humano en salud autorizado, [Gráfica 40].





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 40 Diseño de uso y accesibilidad al sistema



Nuevas funcionalidades del Sistema de Información PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): Estadísticas y reportes en tiempo real para el seguimiento y toma de decisiones oportunas. Visualización básica de la información y Georeferenciación de los puntos de vacunación. (Módulo de histórico de vacunación y actualización del módulo de seguimiento a cohortes), [Gráfica 41].

Gráfica 41 Sistema de Información PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)



Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud SIAS: Se implementó el sistema en la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control, en las oficinas de cobro coactivo y Contabilidad. Migración de la información histórica de expedientes. Módulo de reportes de acuerdo con el perfil de cada usuario en el sistema. Se realizó el servicio de consulta de sanciones para la comunidad vía web con el fin de pagar con descuentos antes de unas fechas establecidas y consolidación de pagos y acuerdos de pagos asociados a las multas, [Gráfico 42].





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 42 Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud SIAS



Nuevas funcionalidades del Sistema Integral de referencia y Contrareferencia SIRC: Autorización y/o negación de los servicios de salud a nivel nacional. Activación de Rutas gestionando los sectores sociales más vulnerables para el control y prevención de enfermedades en la ruta (1) mujer gestante, ruta (2) infancia, ruta (3) salud mental, ruta (4) condiciones crónicas y ruta (5) persona con discapacidad. Anexo 3 "Solicitud de autorización", Anexo 4 "Autorización o Negación del servicio", módulo electivas y módulo porcentaje de ocupación en urgencias, [Gráfico 43].

Gráfica 43 Sistema Integral de referencia y Contrareferencia SIRC



Nuevas funcionalidades del aplicativo Cuidate y se feliz: Busca incentivar en las personas que transitan por el espacio público, prácticas de vida saludables. Se incluyeron tableros de control para la toma de decisiones y nuevos indicadores al ciudadano en riesgos de salud y hábitos saludables. [Gráfica 44]





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 44 Aplicativo Cuidate y se feliz

The screenshot shows a web application interface for 'Cuidate y se feliz'. At the top, there is a header with the application logo and navigation links for 'Inicio' and 'Crear Sesión'. Below the header is a form titled 'Información General' with the following fields:

- No identificación:** 13846
- Nombre:** ADELA CASTAÑO
- Correo:** NOTREBOCORREO@SALUDBOGOTÁ.COM
- Sexo:** Mujer
- Fecha de Nacimiento:** 1968-05-15
- Educación:** 7º
- Peso (kg):** 55
- Talla (cm):** 163
- IMC:** 20.7089521015
- Calificación IMC:** Normal
- Circunferencia de la cintura (cm):** 75

Nuevas funcionalidades del Sistema de información Salud urbana y gestión de riesgo: Para identificar las alertas en salud de la población afiliada a Capital Salud. Se realizó la versión offline de la aplicación la cual tiene sincronización a versión en línea, nuevos reportes en tiempo real para la toma de decisiones. [Gráfica 45]

Gráfica 45 Sistema de información Salud urbana y gestión de riesgo



Nuevas funcionalidades del Sistema de información distrital y de monitoreo al acceso: Se realizó la implementación de un chat como herramienta innovadora de comunicación orientada a contribuir al mejoramiento del acceso a los servicios de salud, mediante la interconexión de los funcionarios de servicio a la ciudadanía de las Subredes, Capital Salud y la Secretaría Distrital de Salud para la





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

gestión de casos de orientación o problemáticas en acceso a la salud, mejorando la eficiencia y eficacia de la gestión integral de servicio a la ciudadanía en salud. [Gráfica 46]

Gráfica 46 Sistema de información distrital y de monitoreo al acceso



Sistema SIVIGILA se habilitó los formularios de inscripción de vehículos transportadores de carne y la solicitud de autorización Sanitaria del vehículo y el Registros de establecimientos vigilados y controlados además de actualizaciones de las actas de visita. [Gráfica 47]

Gráfica 47 Sistema SIVIGILA



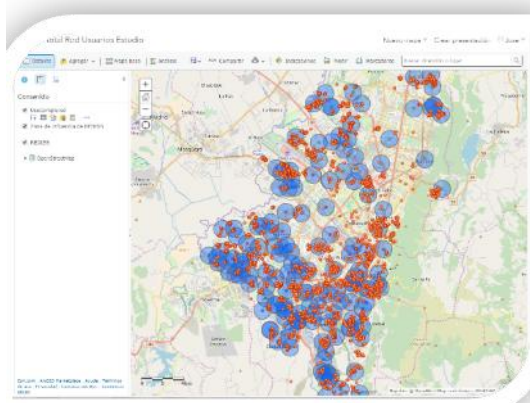
Versión inicial del Geoportal sector Salud se realizó la contratación de la herramienta ARCGIS online. Por medio de la cual se implementaron proyectos web tanto por la Dirección TIC como el Estudio de Cercanías, total red Usuario de Estudio en donde se refleja la información geográfica de las redes y usuarios, contemplando distancias. La Dirección de Salud Pública ha implementado más proyectos web de análisis de Información como afiliados Capitados y otros análisis Geográficos de Distancias y Calor. [Gráfica 48]





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 48 Versión inicial del Geoportal sector Salud



Meta: Lograr para la Red Pública Distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de Interoperabilidad en Historia Clínica y Citas Médicas a 2020

Se fortaleció los Sistemas de Información Administrativo y Clínico Asistencial de las Subredes.

Se cuenta con los términos de referencia y documentos de soporte necesarios para el proceso de Historia Clínica Electrónica Unificada, agendamiento de citas y Gestión de fórmula médica.

Se formularon proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura TIC de las subredes para la vigencia 2018.

Se solicitaron vigencias futuras por valor de \$24.875.000.000 para avanzar en la interoperabilidad y garantizar hacia futuro la implementación de la historia clínica virtual, facilitar el acceso, a través de cualquier plataforma y también a través de la telesalud, a atenciones resolutivas, atención eficiente en la prestación de los servicios información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, con alcance para la red pública distrital adscrita a la secretaría distrital de salud de Bogotá.

Las vigencias futuras solicitadas queda garantizada la financiación de los costos para adquirir la infraestructura tecnológica de las cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud adscritas a la secretaría distrital de salud de Bogotá D.C. para mejorar la oportunidad, calidad y seguridad de la información y facilitar la toma de decisiones basada en hechos y datos con inversiones en innovación tecnológica que garanticen la integralidad de la atención en salud a la población desde el nivel estratégico, gerencial y operacional, eliminando la fragmentación de la información de salud en las instituciones que prestan servicios de salud que ha venido impactando negativamente en temas como





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

la continuidad, calidad y costos de los procesos de atención tanto a las empresas sociales del estado de la res pública distrital adscrita, los pacientes y la comunidad en general.

3.1.2. Eje Transversal “Gobierno Legítimo, fortalecimiento local y eficiencia”

En el cuarto eje transversal del Plan de Desarrollo a través del programa “Gobernanza e influencia local, regional e internacional” se plantea “[...] fortalecer la gobernanza, con el fin de mejorar la influencia de las entidades distritales en todas las instancias, sean éstas políticas, locales, ciudadanas, regionales o internacionales”, donde la entidad fortalecerá la rectoría en salud con la implementación de las decisiones del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, así mismo las acciones de Inspección, Vigilancia y Control en salud pública y prestadores de servicios de salud.

3.1.2.1. Gobernanza e influencia local, regional e internacional

3.1.2.1.1. Proyecto Estratégico - Fortalecimiento de la Institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud

3.1.2.1.1.1. Proyecto 1192 - Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud

Establece mecanismos de liderazgo y gobernanza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la reorganización del sector y el nuevo modelo de atención en salud en Bogotá.

Meta: Diseñar, poner en marcha y evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud

Junto con el Ministerio de Salud y Protección Social se elaboró un proyecto de Decreto para la reglamentación del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, con sus salas sectorial, que realizará las funciones del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud. Además, la sala intersectorial que realizará las funciones de la Comisión Distrital Intersectorial de Salud Urbana y la sala plena, cuando sea necesario la confluencia de temas sectoriales e intersectoriales.

Esta Comisión no ha sido reglamentada por el gobierno nacional y no ha iniciado su funcionamiento de manera oficial. Sin embargo, se logró el acercamiento y acuerdo con otros sectores públicos de la ciudad para la realización de acciones intersectoriales para el logro de metas en salud. Por ejemplo, con la Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría de Gobierno (Comisaría de Familia) y Jardín Botánico.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se definió la segunda etapa de Sexperto.co. Además, por medio de esta plataforma, fueron informados un promedio de 2.000 niños, niñas, jóvenes y adolescentes sobre la salud sexual y salud reproductiva. Asimismo, se obtuvo más de 291.000 visitas a la página Sexperto.co. Adicionalmente, se definieron 8 puntos de atención con enfoque diferencial para jóvenes como parte del programa de prevención de la paternidad y maternidad temprana.

Se elaboraron 5 artículos dando a conocer la problemática de embarazo en adolescentes y el programa distrital de la prevención de la paternidad y maternidad temprana publicados en distintos medios de comunicación de circulación masiva (Reuters.com, Eltiempo.com, ElEspectador.com, Semana.com, DiarioADN.co)

750 niños, niñas, jóvenes y adolescentes impactados en ferias escolares de salud sexual y reproductiva.

Articulación con equipo de Alcaldía Mayor para definir y ejecutar la campaña comunicacional "Embarazados, Todos por la Vida" con el fin de mejorar los desenlaces materno perinatales en salud.

Articulación con Secretaría de Gobierno para adelantar el proceso de selección y becas para la conferencia internacional One Young World en la cual asistirán 4 jóvenes de las 4 subredes que adelanten proyectos orientados a minimizar los desenlaces negativos asociados con factores de riesgo de esta población.

Socialización de propuesta de Pacto por la Maternidad (Embarazados Todos por la Vida) en el COVE de seguridad Materna.

Socialización del Proyecto "Tiendas Escolares Saludables" al equipo internacional de Bloomberg con el cual adelantamos un proyecto para mejorar el acceso a comida saludable en los colegios del distrito.

Meta: Revisar, reorganizar y poner en marcha y evaluar el nuevo el Consejo Distrital de Salud Ampliado.

Con el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud que a la fecha está conformado, se realizaron las siguientes acciones: (i) taller de sensibilización con los miembros del Comité para la ampliación y ajustes de este Consejo, a la luz de la normatividad vigente y las nuevas necesidades de salud en la ciudad; (ii) capacitación en el nuevo modelo de liderazgo y gobernanza del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital y socialización del nuevo modelo de atención en





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

salud en el Distrito Capital y (iii) dos (2) reuniones ordinarias del Consejo, una para la aprobación del Plan Bienal de Inversiones y otra, para ajustes a ese plan.

Se estableció un formato para el proyecto de Decreto Distrital para reorganizar el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud Ampliado.

Se recibió y completó el formato (en una Alianza con Salud Pública) enviado por Bloomberg Strategies, iniciativa de las ciudades más saludables en el mundo. En el formato se estableció el tema seleccionado por la Secretaría Distrital de Salud: "Tiendas escolares saludables". De acuerdo con esto, se pretende ampliar la cobertura de colegios públicos a los que les aplique la iniciativa.

Propuesta del Plan Bienal de Inversiones presentado y evaluado por el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud.

Propuesta preliminar para la suscripción del acuerdo para formar parte de la red mundial de ciudades comprometidas con salvar vidas mediante la prevención de enfermedades no transmisibles.

Se recibió en la SDS a integrante internacional de CitiesRISE (plataforma global) que pretende colaborar para abordar la necesidad de mejorar la salud mental a través de las acciones colectivas en las principales ciudades del mundo y promover un cambio sistémico estimulando acciones a favor de la salud mental de todo el país) quien realizó presentación de su entidad, resolvió dudas y compartió experiencias exitosas anteriores con otros países. Se pactaron compromisos por parte de ambas entidades.

Se recibió a personal internacional de Bloomberg Strategies y se discutieron posibles intervenciones que se realizarán con el compromiso adquirido.

Meta: Diseñar y poner en marcha en 2017 el Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud desde el punto de vista asistencial, financiero y administrativo y mantener el monitoreo y evaluación a 2019.

En el marco del funcionamiento de este Comité Directivo de Red, se desarrollaron las actividades que a continuación se desagregan y que se constituyen en el planteamiento y orientación de lineamientos estratégicos desde la Secretaría Distrital de Salud con el propósito de lograr la consolidación de la nueva estructura del sector público de salud del Distrito Capital.

Como resultados importantes de los acuerdos logrados en el Comité Directivo de Red que han generado impacto social, se mencionan:

135



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Puesta en marcha de 14 CAPS en las 4 sub-redes, declaratoria y seguimiento a la emergencia sanitaria, que contribuyó a la disminución de la sobre-ocupación de los servicios de urgencias.
- ✓ Integración de los sistemas de información por sub-redes, favoreciendo a la mejora en la prestación de los servicios.
- ✓ Creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Salud (IDCBIS) que ofrecerá servicios altamente especializados y de referencia en banco de sangre, banco de tejidos humanos, banco de sangre de cordón umbilical, terapia celular, medicina transfusional, medicina regenerativa, laboratorio de inmunología de transfusión y trasplantes.
- ✓ Desarrollo de la prueba piloto de la Ruta de Atención Integral en Salud para pacientes con condiciones crónicas, dirigida a la población más vulnerable de Capital Salud.

Se dispone de una herramienta estandarizada para realizar el seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades del Plan de Acción y Alistamiento para la Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS por parte de todas las dependencias de la SDS.

3.1.2.1.1.2. Proyecto 7523 – Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Ejercer la competencia de rectoría otorgada a la Secretaría Distrital de Salud (autoridad sanitaria del Distrito Capital) por la constitución, la ley y la normatividad vigente, mediante las acciones de Inspección, Vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos e instituciones en el D.C.

Meta: Diseñar, actualizar y poner en funcionamiento el 100% de los sistemas de vigilancia de 1a, 2a y 3a generación en salud ambiental priorizados para Bogotá, en el marco de las estrategias de Gestión del Conocimiento y Vigilancia de la Salud Ambiental.

En el Diseño de los sistemas de vigilancia se continúa con el proceso de investigación de lo relacionado con la distribución de las enfermedades sensibles al clima y el niño oscilación del sur (ENOS) 2009-2015.

En cuanto a la vigilancia en salud ambiental de la exposición y efectos en salud relacionados con sustancias químicas, se adelantó la divulgación de estrategias de identificación, promoción y prevención de efectos en salud y eventos crónicos como cáncer ocupacional por exposición laboral a sustancias químicas, con énfasis en cancerígenas, por medio de 16 capacitaciones a 265 personas. Así mismo se trabajó en el diseño de herramientas y del plan de trabajo para la identificación de condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales posiblemente expuestos a





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

sustancias cancerígenas debido a la actividad económica desarrollada, en articulación con el equipo SIVISTRA (Sistema de Vigilancia de Trabajadores Informales) y el equipo de Espacio Laboral.

En cuanto a la Unidad Centinela para la determinación de niveles de mercurio y plomo, se continúa con la Subred Centro Oriente en el proceso de articulación con la USS Santa Clara, para la presentación de los protocolos para la evaluación de la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de las definiciones de caso probable de intoxicación crónica por mercurio y plomo en población adulta y niños. Durante el año 2017 se abrieron 210 historias clínicas, 227 exámenes médicos y se aplicaron 101 pruebas neuropsicológicas.

En cuanto a la Implementación de los Sistemas: Vinculación de 18.569 personas en la vigilancia por exposición a contaminación del aire de las cuales se han encuestado un total de 10.412 personas entre menores de 14 años y adulto mayores de 60 años, 9.618 personas en la vigilancia por exposición a ruido de las cuales se realizaron 3.215 encuestas de percepción y 3.236 audiometrías. 1.592 personas en la vigilancia por exposición a radiación electromagnética y se han aplicado 1.378 encuestas.

Atención de 258 quejas, de las cuales el 42.64% corresponden a quejas generadas por olores ofensivos, el 35,27% por ruido, el 15,12% están relacionadas con contaminación del aire, y un 2,71% son generadas por instalación de antenas de telefonía móvil, remitiendo a las entidades según competencia, Policía Nacional, Secretaría Distrital de Ambiente y Secretaría Distrital de Planeación, Unidad Administrativa de Servicios Públicos (UAESP) y Aguas Bogotá.

Realización de 443 actividades educativas, capacitando a 10.073 personas, sobre prevención de efectos en salud por contaminación del aire, ruido y monóxido de carbono, al igual que prevención del consumo de tabaco.

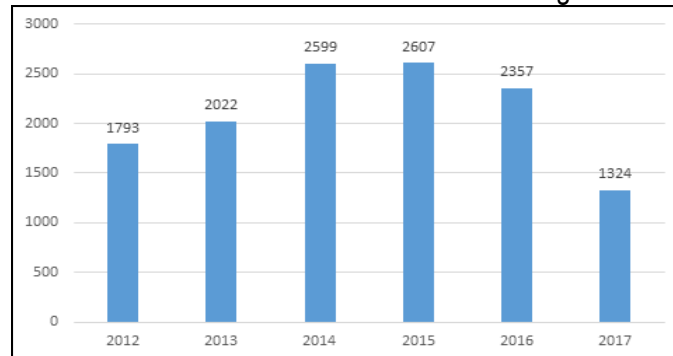
De enero a septiembre de 2017 desde el programa de Farmacovigilancia se realizó la recopilación y presentación de evidencias al INVIMA para solicitud del reconocimiento como Nodo Territorial de la Red Nacional de Farmacovigilancia, organización y realización del Encuentro Distrital de Farmacovigilancia 2017, con conferencistas de la OPS, INVIMA, MINISTERIO DE SALUD, FUNDACION SANTAFE y UPSS SANTA CLARA y participación de 185 invitados de IPS, EAPB y representantes de la comunidad, implementación de la estrategia de Farmacovigilancia activa en las USS Suba, USS Engativá y UPSS Simón Bolívar de la Subred Integrada de servicios de Salud Norte, presentación en modalidad de posters de dos trabajos en el marco del Encuentro Internacional y Nacional de Farmacovigilancia 2017, se recibieron y clasificaron 8278 reportes de los cuales el 87.74% correspondió a eventos y 3.01% a incidentes y se realizó el análisis de los casos priorizados captados a través del correo farmacovigilanciabogota@saludcapital.gov.co.

137



Intoxicación por Medicamentos: En el periodo 2012 a 2017 se notificaron a SIVIGILA un total de 12.702 intoxicaciones por medicamentos, [Gráfica 49]. Al realizar la comparación de número de notificaciones de intoxicaciones por fármacos entre enero – septiembre 2016 y 2017, observándose un aumento significativo para el último año con 340 notificaciones más, correspondiente a un aumento del 19% respecto al año 2016, (año 2016 n=1753 y año 2017 n=2093. Fuente: SIVIGILA. Semana 41 de 2017). Lo que refleja principalmente un aumento en la cultura de notificación dado por el reconocimiento de la problemática. Sin embargo, no puede descartarse que estén aumentando los casos de intoxicación con fármacos en nuestra ciudad y que se requieran acciones efectivas que permitan educar a la comunidad hacia la prevención de este tipo de intoxicaciones, que en su gran mayoría se dan en los hogares.

Gráfica 49 Notificaciones de intoxicación con fármacos en Bogotá D.C. 2012-Sep 2017



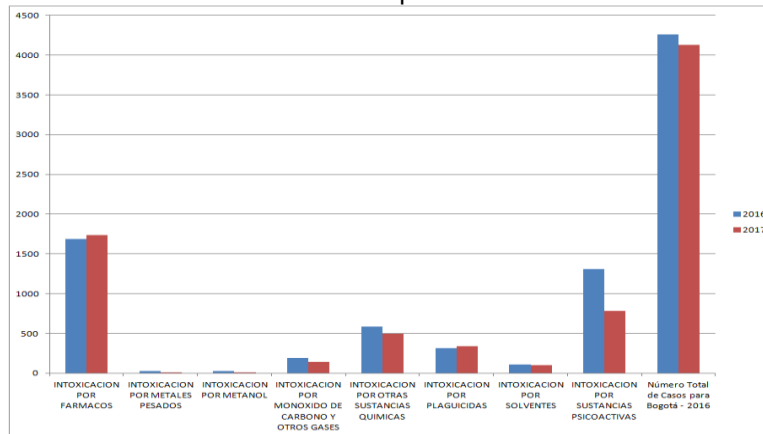
Fuente: Sivigila a semana 41 de 2017

Sustancias Químicas: Durante 2016 y lo que va corrido del 2017, se presenta una disminución del número total de casos, así como también para cada tipo de intoxicación:

Para el caso de las intoxicaciones con plaguicidas en 2016, el 76,8% de las intoxicaciones asociadas a este tipo de sustancias tuvieron intencionalidad suicida, lo cual pone en evidencia un problema de salud mental en la población. Más aún, cuando se observa que los intoxicados pertenecen, principalmente, al grupo poblacional joven; el 46,4% de quienes emplearon un plaguicida con intención suicida pertenecen al grupo de edad entre los 18 y 26 años, [Gráfica 50].



Gráfica 50 Notificaciones de intoxicación por sustancias químicas Bogotá D.C. enero – septiembre 2016 vs enero – septiembre de 2017.



Fuente: Sivigila 2017

Si se comparan los casos de intoxicación con plaguicidas del 2016 y el 2017, se observa que en lo que va corrido del 2017 se han reportado más casos que el total notificado en 2016. No obstante, en 2015 y 2014, el número de intoxicaciones con plaguicidas es comparable con el valor temporalmente obtenido para el 2017. Una vez se consolide la información del presente año se podrá concluir al respecto de la razón del aumento del número de intoxicaciones con plaguicidas, que también podría obedecer a una clasificación errada de los casos notificados para el 2017.

Dentro de las intoxicaciones con plaguicidas, son los rodenticidas las sustancias más comúnmente notificadas como las causantes de la intoxicación. Cabe señalar que la sustancia conocida como Guayaquil, más exactamente fluoracetato de sodio, producto cuya comercialización está prohibida en el país, se encuentra notificado en varios de los casos notificados.

Para los casos de intoxicación con metales pesados durante 2016, el total de casos notificados en la ciudad fue de 32. El 68,8 % de las intoxicaciones agudas por metales pesados en este periodo estuvieron asociadas a exposiciones de origen ocupacional, seguido por el 15,6% de exposiciones de tipo accidental. La frecuencia de casos de intoxicación por metales pesados fue mayor en hombres, con un 87,5%, en su mayoría con edades entre los 27 a 59 años. Los metales más frecuentemente implicados en los casos notificados de intoxicación fueron, el mercurio con el 50% seguido del plomo con el 40,6% de los casos, [Gráfico 50].

En lo que va corrido del 2017 se notificaron 14 casos de intoxicación con metales pesados, que se encuentran asociadas a distinto tipos de exposición, siendo el tipo ocupacional el responsable de tan solo el 0.6 % de los casos, mientras que el tipo de exposición accidental da cuenta del 31 % de estos.



En lo que respecta a las intoxicaciones con solventes, durante el 2016 se registraron 179 casos. El 63,1% de las intoxicaciones con solventes estuvieron asociadas a exposiciones accidentales, de éstas, el 48,7% se presentaron en menores de 5 años. Las sustancias que más frecuentemente están involucradas en los casos de intoxicación de este grupo son el varsol (26,3%), los solventes PVC (19%) y el thinner (14,5%), reproduciendo un patrón que se visto durante periodos anteriores. La ocurrencia de las intoxicaciones con estos solventes de uso común en el hogar se suele relacionar con prácticas inadecuadas como el reenvase y el almacenamiento inadecuado de sustancias para la limpieza o que son utilizadas durante la aplicación de pinturas y recubrimientos para maderas, paredes y exteriores, que quedan entonces a disposición de los niños. En el grupo de solventes, el 48% de los casos afectó a hombres y 52% a mujeres, [Gráfico 50].

Durante 2017 se han presentado 116 casos de intoxicación con solventes orgánicos. De estos, el 41,4 % correspondió a una exposición con intención suicida, mientras que un 27,6 % obedeció a una exposición accidental a la sustancia. El 18 % de las intoxicaciones con solventes ha ocurrido a personas entre los 18 y los 26 años, seguido del grupo entre los 45 a los 59 años, con un 19,8 %, y niños entre 1 y 5 años, con 18,9 %. En relación con el tipo de sustancias involucradas, el 27 % de los casos involucró alcoholes diferentes al etílico empleados como solventes industriales y el 27 % correspondió a intoxicaciones con thinner.

En el grupo de intoxicaciones con otras sustancias químicas, durante el 2016, la mayoría de los casos ocurrió debido a exposición accidental (33,1%), fundamentalmente durante el uso de productos de uso doméstico, preparados a base de hipoclorito de sodio, desengrasantes, hidróxido de sodio, etc. La exposición con intencionalidad suicida dio cuenta del 22,7 % de los casos e involucró productos que contenían hipoclorito de sodio en el 74,6 % de los casos. El 18 % de las intoxicaciones en el grupo de otras sustancias químicas ocurrió con intención delictiva, sin que fuera posible identificar la sustancia involucrada en el 94,1% de los casos. Del total de los casos de intoxicaciones con otras sustancias químicas, el 45,2% ocurrió en hombres y el 54,8% en mujeres. Los grupos de edad con mayor afectación fueron el de 18 a 26 y 27 a 44 años representando el 51,3% del total de casos.

Para el período que comprende lo que va corrido del 2017, el 37 % de las intoxicaciones con otras sustancias químicas corresponde a casos en los que tuvo lugar una exposición accidental a las sustancias incluidas en el grupo. El 32 % de los casos ocurrió motivado en la intención suicida del afectado, mientras que el 14,4 % obedeció a exposición ocupacional. En cuanto a las sustancias involucradas, el 9 % de las intoxicaciones de este grupo fue causado por preparados comerciales utilizados para remover incrustaciones, compuestos cáusticos en su mayoría; naftalina, con un 8,63 % de las notificaciones y el hipoclorito de calcio con un 8,5 % de los reportes. En cuanto a los grupos de



edad en los que se presentó la intoxicación con otras sustancias químicas, cabe señalar que el 30 % de los casos ocurrió en personas entre los 27 y los 44 años y el 26 entre los 18 y los 26 años.

Durante el periodo enero – septiembre 2017, se han realizado en el Distrito un total de 3.991 seguimientos a animal agresor lo que en comparación con el mismo periodo del año 2016 lo que representa un incremento del 18% en el número de animales observados, (n=3260), de acuerdo con lo registrado por las subredes en el Reporte SV1.

El impacto directo de esta intervención en la población del Distrito, se mide en términos del número de casos de rabia humana y animal autóctonas que se presentan en la ciudad. Teniendo en cuenta que en Bogotá no se han presentado casos autóctonos de rabia humana en más de 30 años y de rabia animal desde el año 2001, es correcto suponer que la actividad ha tenido un gran impacto en la ciudad.

Meta: Realizar intervenciones de prevención y control sanitario en el 100% de la población objeto de vigilancia priorizada en el marco de la estrategia de gestión integral del riesgo en el D.C.

La vacunación antirrábica animal es la estrategia que ha demostrado ser más efectiva en términos de control de la enfermedad. A nivel mundial se plantea como meta propuesta la eliminación de la rabia transmitida por caninos, siendo la inmunización de esta especie la principal actividad. De acuerdo con lo anterior, en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se adelantan actividades de vacunación antirrábica canina y felina en las 20 localidades del Distrito a animales a partir de los 3 meses. A septiembre de 2017 la Secretaría Distrital de Salud a través de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud, se han vacunado un total de 219.749 animales entre caninos y felinos en la ciudad. Si se comparan estos resultados con los obtenidos durante el mismo periodo del año 2016, se evidencia una reducción del 4% (n=9.237) en el número de animales vacunados.

A pesar de la disminución descrita previamente para el periodo revisado, la Secretaría Distrital de Salud ha venido incrementando anualmente el número de animales vacunados en el Distrito. Este comportamiento se puede ver claramente en la tabla 29.

Tabla 29 Número de Caninos y Felinos Vacunados. Bogotá D.C. 2013 – 2016.

Vacunación Antirrábica Canina y Felina	2013	2014	2015	2016
	216.344	276.765	267.617	328.005

Fuente: Reporte SV1 – Subredes Integradas de Servicios de Salud

Esterilización canina y felina: Se ha comprobado que la esterilización de caninos y felinos es el método idóneo para controlar la sobrepoblación de animales de compañía, siendo la esterilización



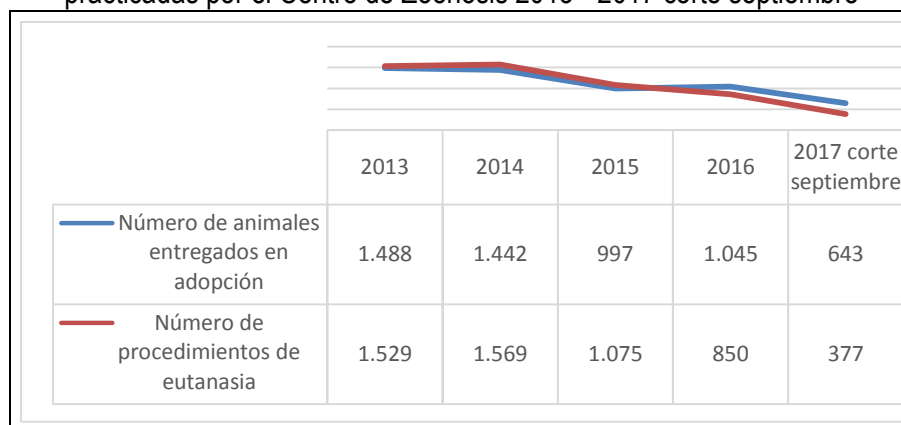
quirúrgica la técnica más eficaz y correcta para el control de la población animal y deberá cumplir las siguientes características: Masiva, Sistemática, Gratuita y Temprana. A septiembre de 2017, se esterilizó en el Distrito un total de 64.078 animales de los cuales el 52% (n= 33.191) fueron felinos y el 48% (n= 30.887) caninos. Con respecto al mismo periodo del año 2016 se evidencia un incremento del 40% (n= 36.213) en el número de animales esterilizados, de acuerdo a lo reportado por las subredes.

La realización de estas intervenciones ha permitido que durante el periodo enero – septiembre de 2017 se haya prevenido el nacimiento de 185.888 caninos y 266.534 felinos.

El Centro de Zoonosis de la Ciudad tiene capacidad para albergar 394 caninos y 24 felinos; a 29 de Septiembre albergaba 282 caninos y 68 felinos, teniendo un índice de ocupación de 84% para caninos y 283% para felinos; entre los meses de enero a septiembre del año 2017 ingresaron al Centro de Zoonosis 772 animales de compañía (623 caninos y 149 felinos), el índice de ocupación total a 29 de septiembre fue 98%, durante septiembre de 2017, se entregaron entre enero y septiembre 643 animales (486 caninos y 157 felinos); se hizo la observación de 91 animales agresores (87 caninos y 4 felinos); se remitieron 190 muestras para vigilancia de rabia por laboratorio; se practicaron 377 eutanasias de las cuales el 68% (256) fueron por solicitud de la comunidad u otras entidades (policía, hospitales, IDPYBA, Bomberos entre otras).

En el siguiente [Gráfica 51], se presenta comparación entre los años 2013 a 2017 de las actividades de adopción animal (canina y felina) y eutanasia, realizadas en el Centro de Zoonosis:

Gráfica 51 Número de animales entregados en adopción por el Centro de Zoonosis Vs Eutanasias practicadas por el Centro de Zoonosis 2013 - 2017 corte septiembre



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Informes Centro de Zoonosis

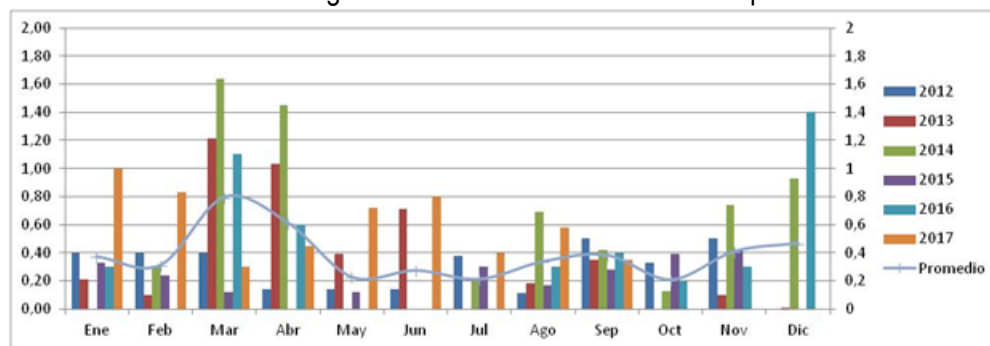


En el gráfico anterior puede advertirse como se viene presentado un cambio en el comportamiento de la adopción de perros y gatos comparado con procedimientos de eutanasia, considerando que en Bogotá no se contempla la aplicación de eutanasia como método de control poblacional y que por el contrario se viene intensificando la realización de jornadas de adopción ampliadas, es así como entre enero y septiembre de 2017 se realizaron tres jornadas, esperando finalizar del año hacer como mínimo cuatro en total, destacando que hasta el 2015 sólo se hacía una jornada al año, mientras que en 2016 se hicieron tres. Respecto a la eutanasia se debe resaltar el hecho que este procedimiento en gran proporción es aplicada por solicitud de usuarios externos (comunidad y otras entidades).

Dentro de las actividades de vigilancia de rabia, atendiendo los lineamientos internacionales y nacionales realiza la toma de muestras para monitorear si existe circulación del virus de la rabia en la población canina del Distrito Capital, se destaca que a la fecha la totalidad de muestras remitidas al laboratorio han sido negativas; durante el año 2016 se tomaron 135 muestras; hasta el mes de septiembre del año en curso se han tomado 190 muestras.

Se han realiza acciones de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario a 78 sistemas de abastecimiento del Distrito. Se reporta la información de la Empresa de Acueducto, Alcantarillado y aseo de Bogotá EAB-ESP, que suministra agua a la mayoría de la población del Distrito (98%), separada de la de los 77 sistemas ubicados en zonas fuera del perímetro urbano o en donde no se cuenta con cobertura de la EAB-ESP. Se observa que existe un periodo en los meses de febrero y marzo en los cuales las características de calidad presentan variaciones, sin embargo la EAB-ESP ha estado en el rango de 0 a 5%, lo cual significa siempre que suministra agua sin riesgo. [Gráfica 52]

Gráfica 52 Índice de Riesgo para la Calidad del Agua potable de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá D.C. 2012 – 2017*. *enero – septiembre 2017

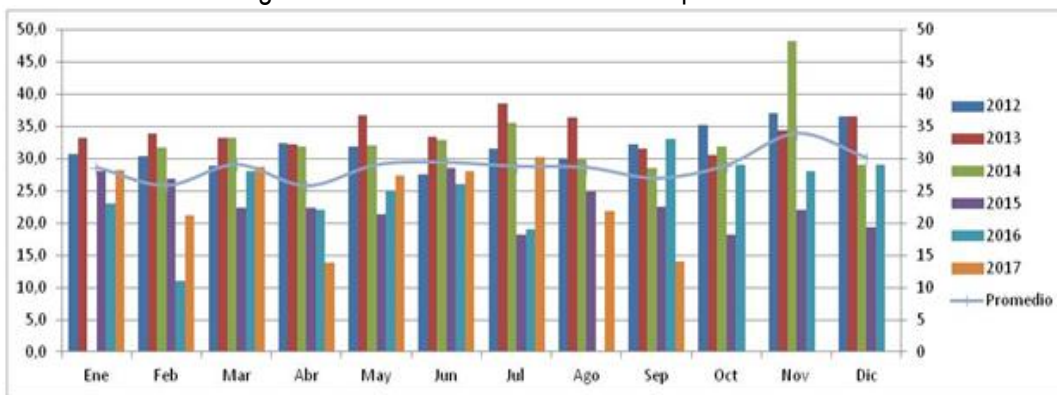


Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.



El comportamiento en nivel de riesgo para otros sistemas de abastecimiento es muy similar durante todo el año, en promedio el nivel de riesgo es medio, se ubica en el rango entre 14 a 35%, lo cual significa que, aunque se cuenta con tratamiento no es apta para consumo. Al revisar de manera individual los 77 sistemas de abastecimiento y comparar el periodo enero – septiembre de 2016 y 2017, para 2016, 13 están en el rango sin riesgo, para 2017 son 12, los que están en riesgo bajo para 2016 fueron 24 y para 2017 son 23, en riesgo medio para 2016 fueron 20 y para 2017 son 21, en riesgo alto para 2016 fueron 16 y para 2017 son 13 y finalmente el rango de inviable sanitariamente para 2016 no se presentaron y para 2017 son 6, [Gráfica 53].

Gráfica 53 Índice de riesgo para la calidad del agua potable en otros sistemas de abastecimiento, Bogotá D.C. 2012 – 2017*. *enero – septiembre 2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua SIVICAP.

Meta: Realizar intervenciones de prevención y control sanitario y epidemiológico en el 100% de eventos, poblaciones e instituciones priorizadas en el Distrito Capital.

A septiembre se han realizado 145.287 visitas de inspección, vigilancia y control (IVC) a establecimientos, [Tabla 30].

Tabla 30 Visitas de IVC realizadas en establecimientos comerciales, institucionales e industriales en Bogotá D.C. 2017

LOCALIDADES	Enero – Septiembre 2017*
ANTONIO NARIÑO	4.800
BARRIOS UNIDOS	6.438
BOSA	9.591
CHAPINERO	5.096
CIUDAD BOLIVAR	9.159
ENGATIVA	5.658
FONTIBON	7.713
KENNEDY	12.414
LA CANDELARIA	2.071



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

LOCALIDADES	Enero – Septiembre 2017*
LOS MARTIRES	9.685
PUENTE ARANDA	5.249
RAFAEL URIBE	12.070
SAN CRISTOBAL	8.413
SANTA FE	6.947
SUBA	12.776
SUMAPAZ	199
TEUSAQUILLO	4.515
TUNJUELITO	5.808
USAQUEN	8.753
USME	7.932
Total general	145.287

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE –
Aplicativo SISA Años 2013 – 2017

Información y Comunicación: Durante los últimos años la SDS ha incrementado paulatinamente en el distrito el número de actividades de sensibilización e información en temas de salud ambiental buscando generar conductas de autocuidado, favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables y apropiación de temas en salud ambiental para la prevención de la ocurrencia de eventos en salud pública, en esta medida se ha incrementado del número de personas sensibilizadas año tras año. En la actualidad en el territorio se fortalecen las intervenciones educativas y de sensibilización en los temas de auto cuidado en el hogar y prevención de intoxicaciones por medicamentos y sustancias químicas.

Los temas abordados en general durante las sensibilizaciones en cada línea de intervención son los siguientes: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad de agua y Saneamiento Básico, Seguridad Química, Medicamentos seguros, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico (ETOZ).

Con relación al avance en el desarrollo del plan de acción propuesto para la modernización de la plataforma tecnológica que permita administrar eficientemente los datos que requiera la gestión y operación de la vigilancia sanitaria y ambiental en el Distrito Capital, operando los siguientes módulos:

- ✓ Módulo de Establecimiento vigilado y controlado
- ✓ Módulo de asistencia técnica: recepción y trámite a las no conformidades relacionadas con la operación del Sistema - módulo del SISVEA.
- ✓ Módulo para el reporte del diagnóstico de zoonosis y para reporte de vacunación antirrábica y esterilizaciones realizadas por establecimientos privados del Distrito Capital.
- ✓ Módulo destinado a la inscripción de los expendios de carne abiertos en la ciudad y vehículos transportadores de alimentos.
- ✓ Módulo para solicitar a la SDS autorización sanitaria por parte de propietarios de expendios de carne y vehículos transportadores de alimentos.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Módulo para reporte de resultados de la inspección realizada en vehículos transportadores de alimentos.
- ✓ Módulo Farmacovigilancia (reporte de eventos adversos por medicamentos); este módulo está desarrollado pero se encuentra en proceso de ajuste.
- ✓ Módulo de reportes

En la actualidad dentro de la plataforma informática Sivigila D.C- módulo SISVEA se encuentran en desarrollo los siguientes módulos:

- ✓ Módulo de Tecnovigilancia, destinado para captar la notificación de los eventos adversos causados por dispositivos médicos.
- ✓ Modulo aire, cambio climático y plomo. Destinado a la captación de los datos derivados de la vigilancia epidemiológica de las líneas de aire, ruido y REM, cambio climático y del proyecto de contaminaste no criterio (plomo).
- ✓ Módulo para el seguimiento programático y presupuestal del componente de vigilancia de la salud ambiental. En el marco de la integración de los aplicativos, mejoramiento del desarrollo y favorecimiento de
- ✓ Módulo acreditación para centros de estética
- ✓ Modulo bolsas de suero. En aras de dar cumplimiento a la Resolución 482 de 2009 y hacer eficiente el proceso de registro y seguimiento de las empresas almacenadoras y aprovechadoras de bolsas de suero y materiales similares.

Meta: A 2020 se garantiza Inspección, Vigilancia y Control- IVC y seguimiento al 100% de los agentes del sistema que operan en el Distrito Capital de acuerdo con las competencias de Ley.

Se realizaron 14.404 acciones de Inspección, Vigilancia y Control a Prestadores de servicios de salud.

Se realizaron 14.881 asistencias técnicas y 8.702 prestadores de servicios de salud fueron capacitados en temas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Se gestionaron las solicitudes de registro relacionadas con los Prestadores de Servicios de Salud y profesionales a 51.027.

Articulación con el Centro Distrital de Educación e Investigación en salud para el diseño y construcción del curso virtual de Bioseguridad dirigido a Prestadores de Servicios de Salud del Distrito.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

3.1.2.1.1.3. Proyecto 7525 - Fortalecimiento de la participación social y servicio a la ciudadanía

Generar condiciones que favorezcan la participación ciudadana y comunitaria y promuevan la corresponsabilidad social, consideradas acciones importantes para incidir en las decisiones públicas, participar efectivamente en los espacios de gobernanza y hacer un mayor control social a la gestión pública con el fin de mejorar la cobertura, oportunidad y calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía.

Meta: A 2020 ciento dos (102) agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otras instancias nacionales, distritales y locales, vinculadas con el sector, interactuarán, según su competencia, en las actividades y en el control social en salud.

Se trabaja en fomentar y cualificar las formas de participación y las organizaciones sociales autónomas en salud, mediante acciones concretas de asesoría y asistencia técnica a las formas de participación institucionales existentes y coadyuvar y favorecer la creación de organizaciones autónomas en salud con capacidad de incidencia en políticas públicas y control social, con énfasis en la población víctima del conflicto armado que habita en el Distrito Capital.

A septiembre de 2017 (69) actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otras instancias vinculadas con el sector, se encuentran participando activamente: 19 oficinas, 13 Formas, 17 Asociación de Usuarios USS, 20 COPACOS. Las acciones de asistencia técnica dirigidas a las Asociaciones de Usuarios y Comités de Participación Comunitaria en Salud han favorecido el ejercicio Participación Social en Salud de la comunidad y han aportado a la mayor efectividad en la Rectoría y alineación con las Políticas y Modelo de Salud Distrital.

En el Componente de Servicio a la Ciudadanía: (22USS) de las cuatro Subredes integradas de servicios de salud, fortalecidas con asesoría y asistencia técnica a través de 95 visitas, de seguimiento y acompañamiento en la intervención de filas, lográndose, el fortalecimiento de la contratación de recurso humano, reorganización de filas y mejora en la prestación de los servicios de: Información y orientación, facturación de servicios, asignación de citas, de imágenes diagnósticas entre otros. Setenta y nueve (79) informes con registros fotográficos de hallazgos, logros y compromisos para la mejora continúan en las USS, socializados en comités directivos de Subredes y con los 4 Jefes de Servicio a la Ciudadanía de las mismas.

(6) Puntos de atención al Usuario PAU de EAPB CAPITAL SALUD, con asesoría y asistencia técnica a través de 26 visitas, de seguimiento y acompañamiento en la intervención de filas, identificando hallazgos, en la prestación de servicios de Información y orientación (filtro en fila), Autorizaciones de

147



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Servicios (Caja Rápida Citas médicas, Medicamentos POS y NO POS, de procedimientos) Afiliaciones y Novedades, entre otros. (14) Informes sobre los hallazgos encontrados, con registros fotográficos en los PAU, socializados con Supervisores de punto y en comité de Directivo, adquiriéndose compromisos, para minimizar filas y mejorar las condiciones de acceso a los servicios de los afiliados a EAPB CAPITAL SALUD.

(4) Oficinas de Servicio a la Ciudadanía de las Subredes Integradas de Servicios de salud y (1) de la EPS-S CAPITAL SALUD, fortalecidas con asistencia técnica en el manejo del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, a través 4 visitas de campo revisando procedimientos del SDQS, analizando informes de seguimiento a la gestión de respuesta de Derechos de Petición, y adquiriéndose compromisos para el cumplimiento de criterios de calidad en la gestión de respuesta de peticiones Ciudadanas

Se articularon acciones locales, distritales, regionales, nacionales e internacionales para fomentar la Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud con 210 Organizaciones identificadas y caracterizadas (Subdirección Territorial Red Centro Oriente: 53, Subdirección Territorial Red Suroccidente: 52, Subdirección Territorial Red Norte: 59, Subdirección Territorial Red Sur: 46), incidente en la toma de decisiones de la Organización en temas que afectan su calidad de vida y salud y favorecer el control social a la gestión pública.

Gestionar y articular la participación social y el servicio a la ciudadanía en el ámbito local, con el objeto de desarrollar acciones en las diferentes localidades en los espacios locales buscando multiplicar esfuerzos y tener respuestas reales a las necesidades de la comunidad con los diferentes actores que interactúan, así: Participación en Consejos Locales de gobierno (CLG): 198 asistencias del Sector; participación en la Unidad de Apoyo Técnico (UAT): 66 asistencias del Sector; participación en la Comisión Local Intersectorial de Participación (CLIP): 66 asistencias del Sector; participación en Consejo Local de Política Social (CLOPS): 22 asistencias del Sector.

Asesorar y asistir técnicamente a las Alcaldías Locales en la formulación y seguimiento de proyectos de salud financiados con recursos de los Fondos de Desarrollo Local: 251 sesiones con los proyectos de inversión local en salud, en términos de asesoría, asistencia técnica en la formulación y/o seguimiento de los mismos; e Instalación de Mesa Técnica Distrital de Ayudas Técnicas dado por el acuerdo 603 de 2015 del Concejo de Bogotá.

Meta: A 2019 el 100% de las Juntas Asesoras Comunitarias estarán conformadas y operando por cada una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se fortalece el desarrollo institucional de la participación y Servicio a la Ciudadanía en salud en el Distrito Capital, a través del mejoramiento de las estructuras institucionales que tienen como función propiciar, fomentar y favorecer la participación social en salud, la calidad y oportunidad de los servicios y trámites que requieren los ciudadanos, la transparencia en la comunicación y rescate de la confianza entre la administración y la ciudadanía, con los siguientes resultados:

(22) Unidades de Servicios de Salud –USS- cuentan con delegados de las Asociaciones de Usuarios de las USS y COPACOS respectivos ante la Junta Asesora Comunitaria.

(16) USS cuentan con uno o dos delegados de las Asociaciones de Usuarios de las EAPB ante la JAC.

(16) Juntas Asesoras Comunitarias Conformadas así: Subred Sur Occidente (5) Kennedy, Del Sur, Fontibón, Pablo VI, Bosa. Subred Sur (6): Tunal, Tunjuelito, Meissen, Usme, Vista Hermosa, Nazareth. Subred Norte: (5): Suba, Usaquén, Simón Bolívar, Chapinero y Engativá.

(22) Juntas Asesoras Comunitarias conformadas, así: Subred Sur Occidente (5) Kennedy, Del Sur, Fontibón, Pablo VI, Bosa. Subred Sur (6): Tunal, Tunjuelito, Meissen, Usme, Vista Hermosa, Nazareth. Subred Norte: (5): Suba, Usaquén, Simón Bolívar, Chapinero y Engativá. Subred Centro Oriente (6) Centro Oriente, San Cristóbal, San Blas, La Victoria, San Clara y Rafael Uribe.

Operación de las JAC, así: Subred Sur Occidente: Adopción del Reglamento Interno de Cinco (5) Juntas Asesoras Comunitarias, Del Sur, Fontibón, Kennedy, Bosa, Pablo VI; Subred Sur: Modelo de Reglamento Interno aprobado en dos (2) Junta Asesora Comunitaria, UUS Usme y USS Meissen.

(22) USS cuentan con delegados de las Asociaciones de Usuarios de la USS y COPACOS respectivos ante la Junta Asesora Comunitaria: USS Tunal, Tunjuelito, Nazareth, Meissen, Vista Hermosa, Usme, Suba, Simón Bolívar, Usaquén, Chapinero, Engativá, Bosa II, Pablo VI, Fontibón, Del Sur, Occidente de Kennedy, Centro Oriente, Rafael Uribe, San Cristóbal, Santa Clara, San Blas y La Victoria.

(16) USS cuentan con uno o dos delegados de las Asociaciones de Usuarios de las EAPB ante la JAC: Bosa II, Fontibón, Pablo VI, Del Sur, Occidente de Kennedy, La Victoria, San Blas, Santa Clara, Usaquén, Chapinero, Engativá, Suba, Tunal, Tunjuelito, Meissen, Usme.

Meta: A 2019 se habrá aumentado la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud en 10 %.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se ha fortalecido el Sistema de Servicio a la Ciudadanía del Distrito Capital, especialmente a nivel institucional con el mejoramiento técnico y formación de recurso humano para la atención a los ciudadanos, impulsando el desarrollo de nuevas tecnologías para el proceso de interoperabilidad de trámites y promoviendo la simplificación, racionalización o eliminación de trámites en la Entidad, con 3.42%¹⁹ de incremento de ciudadanos-as atendidos en los canales de Atención Ciudadana (Servicio al Ciudadano, SDQS-Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, COIS-Centros de Orientación e Información en Salud y CLAV-Centros Locales de Atención a Víctimas), lo que equivale a un acumulado de 427.586 ciudadanos-as atendidos.

Se desarrolló una gestión de promoción y protección del derecho efectivo de la salud, así como también el fortalecimiento de canales descentralizados y más efectivos de atención a la ciudadanía frente a la resolución ante competentes de problemáticas relacionadas con el acceso efectivo, donde se atendieron 165.508 ciudadanos por medio de los siguientes canales: 11.284 a través de los puntos de Servicio al Ciudadano, 35.803 a través de los COIS-Centros de Orientación e Información en salud, 12.832 a través del Sistema de Quejas y Soluciones-SDQS, y 5.589 a través de los Centros Locales de Atención a Víctimas del conflicto armado.

18.164 Casos con problemáticas en el acceso y derechos de petición, gestionados e intervenidos a Septiembre 2017 en el Sistema de Monitoreo del Acceso-SIDMA y en el Sistema de Quejas y Soluciones (5.332 casos con problemáticas en el acceso SIDMA y 12.832 fueron derechos de petición).

A septiembre se presentó un 91.60% promedio de Satisfacción con la calidad del Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, con una muestra de 927 ciudadanos encuestados. La medición se ha venido realizando con la metodología de evaluación in-situ a través de encuestas presenciales, en los cuales se evaluaron 05 atributos de calidad: 1- CONFIABILIDAD, 2- AMABILIDAD, 3- EFECTIVIDAD, 4- OPORTUNIDAD y 5- HUMANIZACIÓN, definidos en la Política Distrital de Servicio al Ciudadano.

4.244 Personas atendidas a Septiembre-2017 como población especial, dentro de la clasificación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, con orientación e información para su acceso a la garantía del derecho a la salud (Ciudadano habitante de la calle, Comunidades Indígenas, Menores desvinculados del conflicto armado, Mujeres y menores con violencia de género y sexual, Personas incluidas programa de protección a testigos, Personas mayores en centros de protección.

¹⁹ Fecha de corte a septiembre de 2017





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Población desmovilizada, Población en centros carcelarios, Población en desplazamiento forzado, Población infantil abandonada a cargo del ICBF, Población infantil vulnerable en Instituciones diferentes al ICBF, Población rural migratoria, Víctimas del conflicto armado interno, Población Col. migrante de República Bolivariana de Venezuela)

19.556 personas atendidas a Septiembre-2017 como población prioritaria y/o de interés, con orientación e información para su acceso a servicios de salud (Gestantes, Menores de 5 años, mayores de 60 años, Personas con discapacidad severa, Personas con enfermedad crónica, Población LGTBI, Afro descendientes, Población recicladora, Personas consumidoras de sustancias psicoactivas).

8.607 casos intervenidos acumulados a Septiembre 2017 con problemáticas en el acceso a servicios de salud; e ingresados 5.332 casos al aplicativo SIDMA (Sistema de Información Distrital y de Monitoreo del Acceso) y 3.275 casos al SDQS (Sistema Distrital de Quejas y Soluciones).

3.2. Componente de Gestión

Incorpora el consolidado de planes operativos anuales [POA] presentados por cada una de las dependencias de la Entidad, que apuntan a cumplir con lo proyectado en el Plan de Gestión de la Entidad, de acuerdo al Plan de Gestión emitido por el Despacho, así como los reportes trimestrales de los POA presentados por las Direcciones y Oficinas de los procesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación de la Entidad.

En este sentido, a partir del primer semestre de 2017 se está generando un Informe Consolidado de Gestión y Resultados, que apuntan a verificar que las Metas proyectadas en los Planes se estén cumpliendo, este informe se puede consultar en la siguiente ruta: <O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA> [Anexo 1].

Con el fin de continuar con la implementación del Índice de Desarrollo Institucional de conformidad con el decreto 114/2016, Circular 066 de 2016, la Dirección de Planeación y Calidad tiene programado en el Plan Operativo Anual, realizar semestralmente el informe consolidado del IDID, por lo anterior, se realizó el informe consolidado del primer semestre 2017, que aportará al seguimiento de las metas de gestión y al desarrollo del Modelo Integrado de Gestión para la Secretaría Distrital de Salud, la información se encuentra disponibles en la ruta: <O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA>. [Anexo 2].

A continuación, se presenta la estructura y los indicadores establecidos en cada una de las dimensiones revisadas para la SDS:

151



Tabla 31 Indicadores por Dimensiones

Dimensiones	Temáticas	Indicadores
Misional y de Gobierno	Gestión Presupuestal	Porcentaje de modificaciones presupuestales
		Cantidad de modificaciones presupuestales
		Porcentaje PAC no ejecutado
		Porcentaje de ejecución reservas presupuestales
	Plan de Desarrollo	Promedio porcentaje de avance de las metas de gestión y/o resultado plan de desarrollo
	Transparencia	Cumplimiento de estándares básicos y acceso a la información pública
Porcentaje de cumplimiento del estatuto anticorrupción		
Servicio al Ciudadano	Tiempo de respuesta a los PQR	
Gestión y el Talento Humano	Composición del empleo	Nivel de meritocracia
		Nivel estabilidad laboral empleados públicos
		Nivel de provisionalidad
		Nivel de oportunidad de ascenso en carrera administrativa
		Nivel de vacancia
		Personal por prestación de servicios
Gestión Pública	Mejora de la gestión	Porcentaje de implementación sistema integrado de gestión
	Gestión de contratación	Número de contratos celebrados por contratación directa
	Uso eficiente de recursos	Porcentaje de implementación del PIGA

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaría Corporativa Dirección de Planificación Institucional y Calidad

Principales avances por temáticas:

Transparencia: La entidad ha publicado toda la información relacionada con los temas exigidos por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 103 de 2015, que regula el derecho que tienen los ciudadanos de conocer toda la información que manejan las Entidades y que son de interés público, así mismo define los estándares de información que deben ser publicados, entre los que se pueden mencionar la descripción de su estructura orgánica, funciones y deberes, puntos de atención al ciudadano, directorio de información de servidores públicos, información financiera, informes de control interno, información jurídica y legal, información de talento humano, servicios administrativos, plan anual de adquisiciones entre otros, información que se pueden consultar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/TransparenciayaccesoalainformacionPublica.aspx> [Anexo 3].

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano: Es importante tener en cuenta que los procesos están desarrollando las actividades programadas en el Plan Anticorrupción, tal como se puede observar en el archivo denominado MONITOREO PLAN ANTICORRUPCIÓN, que es realizado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, el cual se puede consultar en la siguiente ruta: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx> [Anexo 4].



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gestión del Talento Humano: Desde el modelo de gestión del talento humano, se conciben el Plan Anual de Vacantes - Provisión de empleos; el Plan de Bienestar; el Plan de Incentivos; el Plan Institucional de Capacitación; el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión del Desempeño; vistos como los componentes esenciales para la gestión del talento humano en la Entidad. Así, durante la ejecución del Plan Institucional de Capacitación se realizaron los siguientes seminarios: Seminario Taller en Seguridad Informática; Seminario Taller en Atención Al Ciudadano Y Calidad Del Servicio; Seminario Taller en Gerencia De Proyectos; Seminario Taller Trabajo en Equipo; Seminario Taller de Liderazgo para Formador de Formadores; Seminario Taller Actualización en Formulación, Gestión, Evaluación De Políticas y Finanzas; Seminario Taller De Gerencia Estratégica en Comunicación Organizacional; Diplomado Nuevo Marco Normativo

De igual forma, se adelantó ante la Comisión Nacional del Servicio Civil la provisión definitiva de los empleos que fueron identificadas para salir a concurso dentro de la Convocatoria 431 de 2016, se llevaron a cabo las siguientes acciones: cierre de inscripciones para las 284 vacantes convocadas el 8 de marzo de 2017; levantamiento de los ejes temáticos de los 181 empleos convocados por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., a partir de los cuales se generarán las pruebas que se aplicarán a las personas inscritas que fueron aceptadas dentro de la Convocatoria. La Comisión Nacional del Servicio Civil suscribe contrato con la Universidad Nacional de Colombia para la realización de la convocatoria. Del total de los cargos de la planta se provisionaron a septiembre 30 de 2017, el 80% del total de la planta, equivalente a 519 cargos, con un incremento de 11% con respecto al mismo período de la vigencia anterior.

Eficiencia Administrativa: en la vigencia 2017 en la parte administrativa se logró el Mejoramiento de las condiciones de trabajo de los funcionarios de la SDS, y con ello la calidad y oportunidad en la respuesta de la entidad a las solicitudes y requerimientos provenientes de la ciudadanía; reforzamiento de las condiciones de seguridad y preservación del archivo de la entidad. De otra parte se avanza en la adecuación y mejoramiento de los puestos de trabajo. Inicialmente se intervinieron las áreas pivotes Aula Magistral y Casa Azul. Se avanzó en la eentrega de áreas pivotes; Desmonte y retiro de puestos de trabajo; descableado generar del piso en sistemas eléctricos y de red; desarrollo de ingeniería de detalle e inicio de obras civiles como (muros en drywall, demolición de enchapes de baños, retiro de elementos sanitarios, desmonte de cielo rasos, pinturas, refuerzos en madera).

Se avanza en la fabricación de puestos de trabajo, lo cual está en proceso; fabricación de vidrio templado lo cual está en proceso y fabricación de mesón área baños y barra de atención lo cual está en proceso. Desde el punto de vista jurídico se dio respuesta a 3.519 tutelas y acompañamientos judiciales en las diferentes entidades que solicitan respuesta desde el punto de vista jurídico.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

FURAG: La Entidad en cumplimiento a la Circular 100-003 de 2017, diligenció el Informe Único de Reportes de Avances de Gestión – FURAG, preparatorio en el mes de febrero de 2017, evaluando las políticas de Desarrollo Administrativo, así como el diligenciamiento del Informe Ejecutivo Anual del estado del Sistema de Control Interno, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, este se puede consultar en la siguiente ruta: <O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA> [Anexo 5].

Planes de Mejora: Los planes de mejoramiento formulados de acuerdo con las Auditorías internas y externas realizadas a los procesos se puede consultar en la siguiente ruta: <O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA>. [Anexo 6].

El informe de la oficina de Control Interno incorpora la descripción del alcance del informe; la propuesta del Plan Anual de Auditoría y los avances de la ejecución del mismo en el primer semestre de 2017; el análisis de la información; las auditorías específicas a la gestión de riesgos; el análisis de resultados; los informes de Ley a cargo de la Oficina de Control Interno y las conclusiones [Anexo 7].

Informes de Entes de Control: La Secretaría Distrital de Salud está sujeta a los controles señalados en la ley y ejercidos por los órganos de control del Orden Nacional:

- ✓ Contraloría General de la República
- ✓ Procuraduría General de la Nación
- ✓ Contaduría General de la Nación
- ✓ Comisión Nacional del Servicio Civil
- ✓ SUPERSALUD

Esta relación de las entidades que vigilan a la SDS se pueden consultar en la siguiente ruta: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/EntesdeControl.aspx> [Anexo 8].

Los mecanismos de control existentes al interior para hacer seguimiento efectivo sobre la gestión son:

- ✓ Auditorías Específicas
- ✓ Auditorías Integrales
- ✓ Auditorías de Calidad

3.3. Relación y estado de los procesos de contratación





Los procesos de contratación se han adelantado de acuerdo con lo proyectado en el Plan anual de Adquisiciones (PAA), presentado por cada dependencia de la Entidad y de sus respectivos proyectos. El total de convenios interadministrativos, otros convenios institucionales y convenios, firmados o en proceso a 30 de septiembre de 2017, ascienden a 1.068 con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud y 52 con cargo a los recursos del presupuesto de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. [Anexo 9].

De los procesos contractuales adelantados con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud; 1, corresponde a licitación pública; 3, a subasta inversa; 14, a acuerdo de precios marco; 5, a concurso de méritos; 10, a mínima cuantía; 34, a convenios interadministrativos; 991, a persona natural; y 8, a otros convenios interadministrativos. Del total de procesos contractuales adelantados con cargo al presupuesto de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 50 corresponden a contratos con persona natural y 2 a convenios interadministrativos.

4. Impactos generados

Los impactos generados están dados por la reducción en nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años; así como en la proporción de Incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes; en nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años; aumento en la mediana de lactancia materna exclusiva, reducción de la prevalencia de bajo peso gestacional en gestantes captadas por SISVAN; disminución en la prevalencia de desnutrición aguda o retraso en talla en menores de 5 años; reducción en la tasa de mortalidad de tuberculosis por 100.000 habitantes asociada a VIH-SIDA y en la mortalidad de tuberculosis general por 100.000 habitantes; así como, en la transmisión materna infantil de VIH; en la incidencia de sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos y en la transmisión materna infantil de Hepatitis B, entre otras [Tabla 32].

Tabla 32 Indicadores trazadores - Bogotá D.C. 2014 a 2017 (A septiembre 2017)

No.	Indicador	2014	2015	2016	2017
1	Nacimiento en adolescentes de 10 a 14 años	415	415	314	228
3	Proporción de Incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes	17,8	17,1	24,4	24,4
4	Nacimiento en adolescentes de 15 a 19 años	16.686	16.686	13.676	7.151
5	Mediana de lactancia materna exclusiva (2017 julio)	3	3	3,1	3,1
6	Prevalencia de bajo peso gestacional en gestantes captadas por SISVAN	14,6	13,6	14,3	13,6
7	Prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años	1,4	1,2	1,2	1,1
8	Tasa de mortalidad de tuberculosis por 100.000 habitantes Asociada a VIH-SIDA	0,39	0,55	0,45	0,3
9	Tasa de mortalidad de tuberculosis por 100.000 habitantes	0,9	0,95	0,91	0,46
10	Transmisión materna infantil de VIH (2017 julio)	1	2	0	1
11	Incidencia de sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos	2,1	1	1,3	1,3
12	Transmisión materna infantil de Hepatitis B	0	0	0	0
13	Tasa de IAD (infecciones Asociadas al DIU)=Número de IAD en UCIs [adulto, pediátrica y neonatal]/Número días dispositivo [ventilador mecánico, sonda vesical, catéter central] en UCIs (Anual)	2.80	3.00	2,61	1,85

1,2 y 4 Fuente 2014: Bases de datos DANE-RUAF -ND definitivos; Sistema de Estadísticas vitales-Análisis demográficos SDS. 1,2 y 4 Fuente 2015-2016: Bases de datos aplicativo RUAF -ND preliminares; Sistema de Estadísticas vitales-Análisis demográficos SDS. 4 a 9 Fuente: SISVAN. 10. Fuente: SIVIGILA SDS año 2014-2015 datos finales. Enero a agosto de 2016 preliminar. 11. Fuente: Base Estadísticas vitales preliminares 2015 y 2016, 2014 Base DANE. 12. Fuente: SIVIGILA SDS 2014-2015 datos finales. De



enero a agosto 2016 datos preliminares. 13. Fuente: SIVIGILA SDS año 2014 - semana epidemiológica 35 de 2016 datos preliminares. 14. Fuente: SIVIGILA SDS año 2014 - semana epidemiológica 35 de 2016 datos preliminares. 15. Fuente: Base de datos de aplicativo tablas de Excel-web INS-SIVIGILA - IAAS - IAD datos preliminares.

De igual forma se obtuvo la disminución en las tasas de mortalidad evitable materna por 100.000 nacidos vivos; infantil por 1.000 nacidos vivos; en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos; por desnutrición en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años; por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años y por neumonía, en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años [Tabla 33].

Tabla 33 Mortalidad evitable-Bogotá D.C. - Comparativo 2014 a 2016

Muertes Evitables	2014		2015		2016		2017	
	número de casos	Razón o Tasa	número de casos	Razón o Tasa	número de casos	Razón o Tasa	número de casos	Razón o Tasa
Mortalidad Materna por 100.000 NV	24	35,9	24	35,4	15	22,6	15	22,6
Mortalidad Infantil por 1.000 NV	1.037	9,99	938	9,13	893	9,05	559	8,04
Mortalidad en menores de 5 años por 1.000 NV (2017 a julio)	315	11,63	1.088	10,59	1.062	10,76	644	9,27
Mortalidad por Desnutrición aguda en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años	3.644	1,4	2.864	1,2	2.402	1,2	1.436	1,1
Mortalidad por Desnutrición global en menores de 5 años	2	0,3	2	0,3	4	0,7	0	0,00
Mortalidad por EDA menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años	2	0,3	1	0,2	0	0	0	0
Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años	39	6,48	32	5,30	54	8,92	25	4,12

Fuente: 2014 Base de datos DANE-RUAF-ND definitivos; sistema de Estadísticas vitales-Análisis demográfico SDS. Fuente: 2016 Base de datos SDS-RUAF-ND preliminares; sistema de Estadísticas vitales-Análisis demográfico SDS. *2017 con fecha de corte a septiembre 30.

Así mismo, se lograron coberturas útiles de vacunación para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así: para BCG, se alcanzó una cobertura de 106,8%; polio, 95,5%; DPT, 95,6%; Triple viral menores de un año, 95,3% y Hepatitis A, 95,4% [Tabla 34]

Tabla 34 Cobertura de vacunación por biológico – Bogotá D.C. Enero a agosto 2014-2016

BIOLOGICOS	2012		2013		2014		2015		2016	
	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
BCG	115382	95.8	113701	100.6	114799	103.0	116484	107.4	112338	106.8
POLIO	104091	86.4	116372	103.0	98218	88.1	98255	90.6	100435	95.5
DPT	104003	86.3	116403	103.0	98246	88.1	98331	90.7	100520	95.6
TRIPLE VIRAL DE 1 AÑO	106861	89.0	105426	93.8	101463	90.3	103138	98.0	100338	95.3
HEPATITIS A	110875	92.3	107435	95.6	101588	90.4	103075	97.9	100471	95.4
TRIPLE VIRAL DE 5 AÑOS	105003	88.4	103877	87.4	100860	84.3	97875	89.7	93278	86.4

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación. * Información de 1 de enero a 30 de septiembre de 2017

Las coberturas útiles de vacunación del PAI alcanzadas, fueron el producto, entre otros, de las siguientes estrategias:



- ✓ Fortalecimiento de la estrategia vacunación sin barreras en el 100% de IPS públicas y privadas del distrito.
- ✓ Realización mensual del Comité Distrital, donde se socializa y establecen estrategias para el cumplimiento de los trazadores en la población menor y de un año de edad.
- ✓ Asistencia técnica en IPS con baja cobertura de vacunación y revisión de los componentes del PAI, estableciendo estrategias para el cumplimiento.
- ✓ Seguimiento estricto a la cohorte de recién nacidos de menores de un año y de 1 año de edad, de cada una de las IPS Y EAPB en cada una de las localidades para asegurar el cumplimiento oportuno de la vacunación.
- ✓ Seguimiento a las cuatro Subredes prestadoras de servicios, a los menores de 1 año y de 1 año para cumplimiento al esquema de vacunación oportuna por equipo extramural que hace búsqueda de la población a través de las estrategias: casa-casa, seguimiento, jornadas de vacunación, entre otros, para administrar los biológicos requeridos, según edad y dosis establecidos por Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Seguimiento a través de tableros de control, herramienta que permite el seguimiento frente al cumplimiento de los biológicos por cada IPS y a su vez con el asegurador.
- ✓ Jornada de vacunación con Influenza para todos los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, adultos de 60 años y más, gestantes y población de riesgo.
- ✓ Jornadas de vacunación distritales, donde se intensifica las acciones de información, educación y comunicación, lo que permite captar la población sujeta y susceptible del programa, para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación para obtener coberturas de vacunación superiores al 95%.
- ✓ Verificación en terreno a través del Monitoreo Rápido de Coberturas (mayo 2017), se evidencia el cumplimiento del 92% para los biológicos pentavalente y polio en la población de 7 a 11 meses; para la población de un año de edad un cumplimiento por encima del 95% con todos los biológicos (Triple Viral 95.9%, Hepatitis A 95.8% y refuerzo de Neumococo 95%).

Como otros logros se tienen:

- ✓ Consolidación de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, mediante el apoyo técnico, acompañamiento y monitoreo de los componentes estratégicos y operativos de la gestión.
- ✓ Reducción de los porcentajes de ocupación de los servicios de urgencias, la cual, para la Vigencia 2017, se proyectó 159% y a Septiembre de 2017 se logró la ocupación total de las 39 Unidades de Servicio de Salud con Servicio de Observación Urgencias es de 87% debido al mejoramiento de la capacidad instalada a través del traslado interno de los pacientes que se encuentran en las USS de alta complejidad y cumplen criterios para que su atención se



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

pueda dar en USS de mediana y baja complejidad, siendo estas últimas las que comúnmente estaban subutilizadas.

- ✓ Implementación de 14 Centros de Atención Prioritaria en Salud – CAPS, en cada una de las Subredes, como estrategia de descongestión de los Servicios de Urgencias, mediante la consulta prioritaria de medicina general a los pacientes que han sido clasificados con triage 4 y 5, conforme a lo establecido en la resolución 5596 del 2015.
- ✓ Implementación del nuevo modelo de remuneración entre las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y Capital Salud, para la prestación de servicios al régimen subsidiado de Bogotá D.C., con cubrimiento a 904.000 afiliados.

5. Fortalezas a destacar y mantener

- ✓ Continuación del trabajo articulado entre el Ministerio de Salud y la Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., para la implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (AIS) y del Nuevo Modelo de Prestación de Servicios de Salud y, como tal, la operación de redes integradas de servicios de salud (RISS) acorde con el concepto técnico expedido por el MSYPS; las rutas integrales de atención en Salud (RIAS) y para la operación del Modelo Integral de Atención en salud (MIAS):
- ✓ Continuación de la estrategia de promoción del aseguramiento en salud y de respuesta a requerimientos de información frente al Aseguramiento en Salud a la población de Bogotá D.C., atendiendo a los usuarios en los diferentes puntos de atención (Centros Locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado y en las Sedes de la Secretaria de la Mujer “Casas De Todas”) a quienes se les resolvieron barreras de acceso al Sistema de Salud y orientó respecto del trámite a adelantar, dando respuesta a 14.444 usuarios que demandaron servicios de información.
- ✓ Compromiso de las gerencias de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud y sus equipos de trabajo para cumplir con Acuerdo 641 de 2016.
- ✓ Continuidad del Comité Directivo de la Red Integrada de Servicio de Salud como instancia de coordinación y monitoreo a la gestión de las entidades que lo conforman.
- ✓ Atención de ciudadanos-as atendidos en los canales de Atención Ciudadana (CADE y Súper CADE y Módulos de Servicio al Ciudadano, Canal Virtual Contáctenos, Línea Telefónica Salud para Todos, SDQS-Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, COIS-Centros de Orientación e Información en Salud y CLAV - Centros Locales de Atención a Víctimas) en total en 2017 se atendieron 144.778.
- ✓ Construcción de planes de acción de participación social en salud para la vigencia 2018 de las cuatro subredes con participación activa de la comunidad.

158





- ✓ Operación de 21 Centros de Orientación e Información COIS, 7 Centros Locales de Atención a Víctimas CLAV, 14 CADE – Súper CADE, donde se informa, orienta y atiende de manera resolutive a la ciudadanía para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.
- ✓ Mantener y superar el 92.30% alcanzado de satisfacción con la calidad del Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, acorde con los atributos de calidad definidos en la Política Distrital de Servicio al Ciudadano: confiabilidad de la información y la atención, amabilidad, efectividad, oportunidad y humanización.
- ✓ Implementación de estrategias para reducción de filas: Notable disminución de filas para ingreso a las USS, la desaparición de filas en la madrugada en gran parte de los puntos de atención, el mejoramiento de las condiciones de iluminación, aseo y orden, la presencia permanente de orientadores y filtro en fila, la existencia de señalización informativa, la priorización de atención a población preferencial, notable disminución trámites para autorización de servicios y la satisfacción de usuarios.
- ✓ Desarrollo de una herramienta de comunicación complementaria y conectada al aplicativo SIDMA, que permite intercomunicar e interactuar en tiempo real los 201 puntos de servicio a la ciudadanía en el sector salud, para tipificar, cuantificar y consolidar toda la gestión para la resolución de problemáticas en el acceso a servicios de salud.
- ✓ Formulación e implementación de experiencias exitosas en el marco de la ejecución de las políticas, como la implementada en la localidad de Chapinero que se llama “Chapinero Vive el Territorio por el restablecimiento de derechos y sostenibilidad ambiental” que busca el mejoramiento de las condiciones ambientales y del entorno y el fortalecimiento de las huertas comunitarias y la desarrollada en la localidad de Bosa, la cual fomenta el fortalecimiento del grupo expedicionarias agroalimentarias y que pretende avanzar en acciones concretas en torno a la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, permitiendo de esta forma que se constituyan en un referente a nivel local en procesos como las huertas urbanas.
- ✓ Fortalecimiento de la estrategia vacunación sin barreras en el 100% de IPS públicas y privadas del distrito.
- ✓ Asistencia técnica en IPS con baja cobertura de vacunación y revisión de los componentes del PAI, estableciendo estrategias para el cumplimiento.
- ✓ Seguimiento estricto a la cohorte de recién nacidos de menores de un año y de 1 año de edad, de cada una de las IPS Y EAPB en cada una de las localidades para asegurar el cumplimiento oportuno de la vacunación.
- ✓ Seguimiento a las cuatro subredes prestadoras de servicios, a los menores de 1 año y de 1 año para cumplimiento al esquema de vacunación oportuna por equipo extramural que hace búsqueda de la población a través de las estrategias: casa-casa, seguimiento, jornadas de vacunación, entre otros, para administrar los biológicos requeridos, según edad y dosis establecidos por Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Seguimiento a través de tableros de control, herramienta que permite el seguimiento frente al cumplimiento de los biológicos por cada IPS y a su vez con el asegurador.
- ✓ Realización de jornadas de vacunación distritales, donde se intensifica las acciones de información, educación y comunicación, lo que permite captar la población sujeta y susceptible del programa, para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación para obtener coberturas de vacunación superiores al 95%.
- ✓ Seguimiento estricto a la cohorte de recién nacidos de menores de un año y de 1 año de edad, de cada una de las IPS y EAPB en cada una de las localidades para asegurar las coberturas de vacunación en esta población.

6. Retos

Los principales retos para la vigencia fiscal 2018 se plantean para dar cumplimiento al Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, así:

- ✓ Garantizar la operación completa, consolidar y monitorear el nuevo modelo de atención en salud para Bogotá D.C.
- ✓ Avanzar hasta alcanzar el saneamiento y equilibrio operacional y financiero de la EPS Capital Salud.
- ✓ Continuar avanzando en reducción de diferenciales en mortalidad y morbilidad evitable entre localidades asociada a mortalidad materna, infantil, por transmisibles, condiciones crónicas y trastornos mentales.
- ✓ Consolidar la operación de las cuatro subredes integradas de servicios de salud creadas por el Concejo de Bogotá D.C. y fomentar la productividad y la competitividad.
- ✓ Lograr la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.
- ✓ Mantener y mejorar los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las unidades de servicios de salud de la red pública distrital adscrita.
- ✓ Consolidar y evaluar el nuevo esquema de remuneración e incentivos.
- ✓ Crear y consolidar un centro distrital de educación e investigación en salud
- ✓ Avanzar en la construcción de dos instalaciones hospitalarias y reponer cuatro instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme a 2020.
- ✓ Adoptar, adaptar e implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) priorizadas y reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.
- ✓ Habilitar a la EPS Capital Salud al Régimen Contributivo
- ✓ Habilitar la Red Integrada de Servicios de Salud de las EPS de Bogotá, una vez el proceso sea autorizado por el MSPS

160





- ✓ Fortalecer las estrategias de promoción de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante para beneficiar a más pacientes de lista de espera y así mejorar la calidad de vida de los mismos.
- ✓ Adelantar los mecanismos establecidos por la normatividad vigente "Resolución 1268 del 25/abril/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social "Por medio de la cual se adoptan criterios para la afiliación de oficio de las personas que cumplen los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúsan afiliarse", Con el fin de aumentar la cobertura del aseguramiento en salud de la población de Bogotá D.C., elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático.
- ✓ Garantizar la continuidad de los afiliados al régimen subsidiado de salud y el aumento de su cobertura y Aumentar la cobertura de Aseguramiento al SGSSS de la población del Distrito Capital Bogotá D.C., buscando la universalización.
- ✓ Implementar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud como espacio distrital que convoca formalmente a las diferentes instancias distritales.
- ✓ Fortalecer grupos de investigación: lo cual implica la financiación de investigaciones y el apoyo en la socialización de los productos de investigación.
- ✓ Fortalecer el desarrollo de la revista de investigaciones para lograr su indexación. Implica su alojamiento en la plataforma OJS, parametrizar los artículos, entre otros.
- ✓ Poner en operación los CAPS Rincón, Britalia y Bosa Central, Pablo VI Bosa, San Bernardino, Mexicana, Tintal, Zona Franca, Trinidad Galán, Britalia, Bosa Central, Danubio, Tunal, Manuela Beltrán, Candelaria, Diana Turbay, Altamira, Bravo Páez, Gran Estación, Rincón; y para la adecuación del Servicio de Urgencias de la Unidad de Servicios de Salud El Tunal.
- ✓ Culminar obras inconclusas como: UPA Antonio Nariño, UPA Los Libertadores, Hospital Meissen y Hospital Kennedy
- ✓ Contar con el catastro físico hospitalario de las 4 Subredes como insumo para actualizar el Plan Maestro de Equipamientos en Salud.
- ✓ Adecuar el servicio de Urgencias Pediátricas de la Unidades de Servicios de Salud CSE Suba.
- ✓ Cumplir con condiciones de habilitación y fortalecer los servicios de salud de las cuatro Subredes.
- ✓ Disminuir las barreras de acceso, eliminación de las desigualdades entre grupos sociales logrando que toda la población de la ciudad, se encuentre dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud [SGSSS], sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutive y la gestión compartida del riesgo, con un enfoque de salud urbana, con el efectivo aporte de todos los ciudadanos con capacidad de contribuir y mediante la afiliación de todas y todos los ciudadanos que cumplan requisitos para ser incluidos en el régimen subsidiado, lo cual posibilita su acceso a los servicios de salud.



- ✓ Implementar el Aplicativo de captación y validación de los RIPS a través de la WEB para la carga por parte de los diferentes prestadores de Salud del Distrito Capital, por medio del portal de la Secretaría Distrital de Salud.
- ✓ Realizar un proceso de fortalecimiento de las capacidades en ciencia, tecnología e innovación para la salud en las subredes y en la SDS.
- ✓ Consolidar el proceso de gobernanza como mecanismo para alcanzar, en el nivel territorial, la complementariedad de las acciones donde se integran las actividades individuales, colectivas e intersectoriales con presencia institucional en los territorios a fin de garantizar de manera equitativa la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Poner en funcionamiento al 100% la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica, para mejorar la eficiencia en la Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud. Conformación y entrada en funcionamiento de Veintidós (22) Juntas Asesoras Comunitarias como nueva instancia de participación comunitaria, creadas en el Acuerdo 641 de 2016, que reorganiza el sector salud en Bogotá, con el propósito de fortalecer la participación social en salud en cada de las unidades de prestación de servicios de salud.

7. Dificultades encontradas

- ✓ Para la adquisición y legalización de predios se vienen realizando visitas a todos aquellos que pueden ser aptos para la construcción de los CAPS, se participa en mesa interinstitucional para gestionar la cesión que permita construir el CAPS Candelaria, CAPS Bosa Central y CAPS Britalia.
- ✓ Actualmente se cuenta con 2959 pacientes en lista de espera para trasplante de órganos, sin embargo a pesar de que se evidencia un aumento en número de donantes de órganos y tejidos este es muy bajo frente al número de pacientes que requieren de un trasplante, por lo que se requiere continuar con el fortalecimiento de la cultura de la donación a través de la promoción y la reorientación de los procesos en el contexto de la implementación de la Ley 1805 de 2016.
- ✓ Desarticulación intersectorial (público y privado) para dar respuesta ante situaciones de urgencias y emergencias y posibles desastres.
- ✓ Inadecuada utilización de la línea de emergencias 123 por parte de los usuarios como son: bromas, atenciones no urgentes, atenciones no competentes, notificación de casos no reales, buscando valoraciones en casa, cumplimiento de citas programadas, facilidad de ingreso a los servicios de urgencias y resolución de problemas sociales.
- ✓ Falta de cultura ciudadana enfocada al desplazamiento preferencial de vehículos de emergencia, así como la alta congestión vehicular del Distrito Capital.
- ✓ Limitaciones del ente Territorial en la capacidad de generar mecanismos para la difusión, preparación, y acciones estratégicas dirigidas a la comunidad, en relación a los fenómenos



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

de origen natural (Sismo, Inundaciones, Incendios, entre otros), antrópicos (atentados terroristas, derrames materiales peligrosos, intoxicaciones, biológicos, entre otros) y los eventos de interés en salud pública (brotes, epidemias y Emergencias en Salud Pública de Interés Internacional), los cuales aumentan la vulnerabilidad de la población frente a urgencias, emergencias o desastres.

- ✓ Débil apropiación por parte de la red socio familiar responsable de fomentar las prácticas de cuidado y autocuidado en Salud Oral.
- ✓ Publicidad nociva que fomenta consumo de alimentos procesados y ultra procesados con altos contenidos de azúcar y grasas dirigida a población escolar y adolescente.
- ✓ Disminución de horas de actividad física en el Plan Educativo Institucional PEI y currículos de estudiantes de primaria y secundaria debido al cese de actividades presentado en el sector educación iniciado en el segundo trimestre de 2017, fecha en la cual transcurrió el paro escolar.

8. Recursos invertidos por el sector

Para la vigencia 2017 se apropiaron en el FFDS recursos por \$2.338.562 millones de los cuales al cierre de Septiembre de 2017 se ejecutó el 48.72%, por un valor de \$1.139.377 millones [Tabla 35]





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 35 Presupuesto Aprobado y Ejecución FFDS a septiembre 30 de 2017

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN FINANCIERA
APROPIACIÓN, EJECUCION Y GIRO PRESUPUESTAL CON CORTE A 29 SEPTIEMBRE DE 2017

SUBSECRETARIAS	APROPIACION	TOTAL CDP EXPEDIDOS	SALDO NETO DISPONIBLE	COMPROMISOS	% COMPR.	CDP X COMPROMETER	GIROS	% GIROS
SUBSECRETARIA SERVICIOS DE SALUD Y	1.640.811.880	1.336.240.493	304.571.387	914.589.514	56%	421.650.979	813.377.825	50%
1184.Aseguramiento social Universal en Salud	1.347.457.337	1.090.482.335	256.975.002	800.745.814	59,43%	289.736.520	725.294.266	53,83%
1185.Atención a la Población pobre no asegurada (PPNA), Vinculados y No Poss	253.542.268	213.611.603	39.930.665	93.549.264	36,90%	120.062.340	74.225.565	29,28%
1187.Gestión Compartida del riesgo y Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.	15.170.000	15.170.000	0	13.809.870	91,03%	1.360.130	10.800.254	71,19%
1188.Garantía e la Atención Prehospitalaria (APH) y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.	24.642.275	16.976.555	7.665.720	6.484.566	26,31%	10.491.989	3.057.741	12,41%
SUBSECRETARIA SALUD PÚBLICA	263.210.284	203.430.873	59.779.411	169.063.405	64,23%	34.367.467	55.191.614	20,97%
1186.Atención integral en Salud	212.752.041	156.611.833	56.140.208	126.463.126	59,44%	30.148.708	39.325.168	18,48%
7523. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	50.458.243	46.819.039	3.639.204	42.600.280	84,43%	4.218.759	15.866.446	31,44%
SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	346.497.501	224.320.767	122.176.734	25.045.305	7,23%	199.275.463	6.412.587	1,85%
1189.Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas	16.694.627	12.788.029	3.906.598	11.920.806	71,41%	867.223	1.047.583	6,27%
1190.Investigación Científica e innovación al Servicio de Salud.	23.726.571	19.994.464	3.732.107	8.296.292	34,97%	11.698.172	3.578.974	15,08%
1191.Actualización y Modernización de la Infraestructura Física, Ténológica y de Comunicaciones en salud	306.076.303	191.538.275	114.538.028	4.828.206	1,58%	186.710.068	1.786.030	0,58%
SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA	11.095.000	10.930.063	164.937	5.592.849	50,41%	5.337.214	1.637.810	14,76%
1192.Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud	5.932.000	5.894.075	37.925	2.016.461	33,99%	3.877.614	567.297	9,56%
7525. Fortalecimiento de la participación Social y Servicio a la Ciudadanía	5.163.000	5.035.988	127.012	3.576.388	69,27%	1.459.600	1.070.514	20,73%
SUBSECRETARIA CORPORATIVA	70.060.658	61.858.540	8.202.118	23.337.405	33,31%	38.521.135	11.743.926	16,76%
3.1.Funcionamiento	22.765.000	18.489.314	4.275.686	12.353.053	54,26%	6.136.261	7.976.055	35,04%
3.1.1.Servicios personales	150.000	11.809	138.191	11.809	7,87%	0	11.309	7,54%
3.1.1.02 Servicios personales indirectos	150.000	11.809	138.191	11.809	7,87%	0	11.309	7,54%
3.1.2 Gastos generales	20.615.000	16.477.504	4.137.496	10.391.369	50,41%	6.086.135	6.502.340	31,54%
3.1.3 Transferencias para funcionamiento	2.000.000	2.000.000	0	1.949.874	97,49%	50.126	1.462.406	73,12%
7522.Tecnología de la información y comunicaciones en Salud	21.003.778	20.924.721	79.057	1.793.519	8,54%	19.131.202	602.497	2,87%
7524. Fortalecimiento y Desarrollo Institucional	26.291.880	22.444.505	3.847.375	9.190.833	34,96%	13.253.672	3.165.374	12,04%
3.3.2.Transferencias para Inversión	3.400.709	2.008.939	1.391.770	1.748.926	51,43%	260.013	1.748.926	51,43%
3.3.4.Pasivos Exigibles	3.486.148	1.280.404	2.205.744	0	0,00%	1.280.404	0	0,00%
TOTAL	2.338.562.180	1.840.070.079	498.492.101	1.139.377.403	48,72%	700.692.675	890.112.689	38,06%

Fuente: Ejecución Presupuestal SIIF -FFDS a 29 Septiembre de 2017
Cifras en Miles de \$





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Con respecto a las Reservas Presupuestales constituidas a 31 de diciembre de 2016 para la SDS por \$2.297 millones, se suscribieron las Actas No 1 y 2 de 2017 de Cancelación de Reservas por \$24 millones, quedando unas reservas definitivas por 2.259 millones, de las cuales a cierre de Septiembre de 2017 se ejecutaron el 98.19% [Tabla 36].

Tabla 36 Ejecución De Reservas Presupuestales - 30 De Septiembre 2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

CODIGO	DESCRIPCION	RESERVA CONSTITUIDA	ANULACIONES MES	ANULACIONES ACUMULADAS	RESERVAS DEFINITIVAS	AUTORIZACIÓN GIRO		EJEC. AUTORIZADA GIRO	RESERVA SIN AUT. GIRO
						MES	ACUMULADA		
3	GASTOS	2.297.132.949	23.517.867	38.310.768	2.258.822.181	-	2.217.837.648	98,19	40.984.533
3-1	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	2.297.132.949	23.517.867	38.310.768	2.258.822.181	-	2.217.837.648	98,19	40.984.533
3-1-1	SERVICIOS PERSONALES	2.297.132.949	23.517.867	38.310.768	2.258.822.181	-	2.217.837.648	98,19	40.984.533
3-1-1-01	SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	100.000.000	-	14.792.901	85.207.099	-	85.207.099	100,00	-
3-1-1-01-05	Horas Extras, Dominicales, Festivos, Recargo Nocturno y Trabajo Suplem	100.000.000	-	14.792.901	85.207.099	-	85.207.099	100,00	-
3-1-1-02	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	403.926.833	23.517.867	23.517.867	380.408.966	-	339.424.433	89,23	40.984.533
3-1-1-02-04	Remuneración Servicios Técnicos	403.926.833	23.517.867	23.517.867	380.408.966	-	339.424.433	89,23	40.984.533
3-1-1-03	APORTES PATRONALES AL SECTOR PRIVADO Y PÚBLICO	1.793.206.116	-	-	1.793.206.116	-	1.793.206.116	100,00	-
3-1-1-03-01	Aportes Patronales Sector Privado	875.077.944	-	-	875.077.944	-	875.077.944	100,00	-
3-1-1-03-01-01	Cesantías Fondos Privados	875.077.944	-	-	875.077.944	-	875.077.944	100,00	-
3-1-1-03-02	Aportes Patronales Sector Público	918.128.172	-	-	918.128.172	-	918.128.172	100,00	-
3-1-1-03-02-01	Cesantías Fondos Públicos	918.128.172	-	-	918.128.172	-	918.128.172	100,00	-

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsecretaria Corporativa Dirección Financiera



Con respecto a las Reservas Presupuestales constituidas a 31 de diciembre de 2016 para el FFDS por \$234 millones, a 30 de septiembre se ejecutaron \$143.668 millones, el 61,31% [Tabla 37]

Tabla 37 Reservas Constituidas y Ejecución a septiembre 30 de 2017 FFDS

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
EJECUCIÓN RESERVAS PRESUPUESTALES CON CORTE A 29 SEPTIEMBRE DE 2017				
PROYECTO	RESERVAS CONSTITUIDAS A 2016	GIROS	%GIROS	SALDO POR GIRAR
3.1 Funcionamiento	5.131.985	4.467.290	87,05%	664.695
869. Salud Para el buen vivir	6.320.487	1.728.880	27,35%	4.591.607
874. Acceso universal y Efectivo a la Salud	9.668	214	2,22%	9.453
875. Atención a la Población Pobre no Asegurada	2.281.568	291	0,01%	2.281.277
876. Redes para la salud y la vida	1.198.106	1.160.310	96,85%	37.796
877. Calidad de los Servicios de Salud	51.164		0,00%	51.164
880. Modernización e Infraestructura en Salud	3.022.180	2.062.032	68,23%	960.148
881. Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	4.053.985		0,00%	4.053.985
883. Salud en Línea	32.102	32.102	100,00%	0
884. Trabajo Digno y decente para los trab de salud	140.000	119.504	85,36%	20.496
885. Salud Ambiental	524.668	301.538	57,47%	223.130
886. Fortal. de la gestión y planeación para la Salud	7.119		0,00%	7.119
887. Bogota Decide en Salud	41.719	108	0,26%	41.611
1184. Aseguramiento social Universal en Salud	186.410	184.565	99,01%	1.845
1185. Atención a la Población pobre no asegurada (PPNA), Vinculados y No Poss	32.261.064	24.934.478	77,29%	7.326.586
1186. Atención integral en Salud	37.218.009	34.586.928	92,93%	2.631.080
1187. Gestión Compartida del riesgo y Fortalecimiento de la EPS Capital Salud.	2.089.513	1.623.100	77,68%	466.414
1188. Garantía e la Atención Prehospitalaria (APH) y Gestión del Riesgo en Emergencias en Bogotá D.C.	18.489.959	11.328.592	61,27%	7.161.367
1189. Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas	29.429.013	28.293.057	96,14%	1.135.955
1190. Investigación Científica e innovación al Servicio de Salud.	3.634.551	3.123.239	85,93%	511.312
1191. Actualización y Modernización de la Infraestructura Física, Tecnológica y de Comunicaciones en salud	64.454.630	9.008.172	13,98%	55.446.457
1192. Fortalecimiento de la Institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud.	23.719.552	20.688.566	87,22%	3.030.986
332. Transferencias para inversión	25.084	25.084	100,00%	0
TOTAL	234.322.534	143.668.050	61,31%	90.654.484

166



Fuente: Ejecución Presupuestal SIIF -FFDS a Septiembre 29 de 2017.

9. Relación de Anexos

Informe Rendición de Cuentas 2017 (Audiencia Pública Noviembre 30 de 2017)

No. orden	Descripción del Anexo	Documentos
1	Informe Consolidado de Gestión y Resultados Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Primer semestre 2017. Disponible en: Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA.	1
2	Informe Consolidado de Implementación del Índice de Desarrollo Institucional de la Entidad. Disponible en O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA	1
3	Información publicada relacionada con los temas exigidos por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 103 de 2015 sobre Transparencia. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/TransparenciayaccesoalainformacionPublica.aspx	10
4	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Disponible en Http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanAnticorrupcion.aspx	1
5	FURAG: Informe Único de reporte de Avances de Gestión, en cumplimiento a la Circular 100-003 de 2017. Disponible en O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA	1
6	Planes de Mejora formulados de acuerdo con las Auditorías internas y externas realizadas. Disponible en O:\Subsecretaria Corporativa\Dirección de Planeación Institucional y Calidad\Información\RENDICION DE CUENTAS\INFORMES Y PLAN DE MEJORA.	1
7	Informe de la Oficina de Control Interno	1
8	Informe de Entes de Control. Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/EntesdeControl.aspx	5 Enlaces
9	Relación y Estado de los procesos de contratación.	1