



Balance de Gestión Sector Salud

Bogotá, D.C. noviembre de 2011



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



GOBIERNO DE LA CIUDAD

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

Balance de Gestión

Sector Salud

2008 - 2012

Noviembre de 2011



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

CLARA LÓPEZ OBREGÓN
Alcaldesa Mayor Designada

SECTOR SALUD

JORGE BERNAL CONDE
Secretario Distrital de Salud

JUAN VARELA BELTRÁN
Subsecretario Distrital de Salud

Contenido

INTRODUCCIÓN	5
1. PRINCIPALES LOGROS	6
1.1. En salud al trabajo	6
1.2. En capacidad instalada y prestación de servicios de salud.	9
1.3. En vacunación [PAI] y en nuevos biológicos para Bogotá D.C.	13
1.4. En intervenciones en los demás ámbitos de vida cotidiana	14
1.5. Otros logros para eliminar barreras de acceso a servicios de salud	16
2. IMPACTOS GENERADOS POR EL SECTOR	18
2.1. Reducción de mortalidad evitable	18
2.2. Mejoramiento de condiciones de nutrición menores de cinco años	25
2.3. Disminución de gestación en adolescentes	28
2.4. Reducción de la tasa de trabajo infantil	31
2.5. Erradicación y control de enfermedades inmuno prevenibles.	32
3. RECURSOS INVERTIDOS POR EL SECTOR	36
4. FORTALEZAS PARA DESTACAR Y MANTENER	38
4.1. Atención Primaria en Salud en Ámbitos de Vida Cotidiana	38
4.2. La gratuidad en salud para grupos especiales de población y otras estrategias adoptadas para eliminar barreras de acceso	42
4.3. Estrategias adoptadas para lograr coberturas de vacunación más allá del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI]	43
5. RETOS SECTORIALES PARA LA SIGUIENTE ADMINISTRACIÓN	44
5.1. Retos en transición epidemiológica y demográfica	49
5.2. Intervención en determinantes de la salud e implementación del enfoque promocional	50
5.3. Organización de servicios bajo la mirada de la Atención Primaria en Salud	50
5.4. Inter-conectividad para garantizar acceso y seguridad	51

INTRODUCCIÓN

La estructura del sector público de la Salud se adoptó por el Acuerdo Distrital 257 de 2006, de acuerdo con las competencias establecidas para las direcciones territoriales y locales de salud en las Leyes 9 de 1979, 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, corresponde a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. la dirección, coordinación y vigilancia del sector Salud y del sistema general de seguridad social en el ámbito de la jurisdicción de Bogotá D.C.⁽¹⁾. Esta responsabilidad convierte a la entidad en la máxima autoridad sanitaria territorial e involucra competencias para el ejercicio de “rectoría del sistema de salud”, es decir, de conducción sectorial, regulación, modulación y vigilancia del conjunto de actores, entidades, recursos, procesos e instrumentos que hacen parte del sistema y del sector Salud en la ciudad⁽²⁾; para lo cual se le ha encomendado la misión de **“...garantizar el derecho a la Salud de todas y todos quienes habitan en Bogotá a través de un enfoque promocional de calidad de vida con equidad, integralidad y participación...”**.⁽³⁾

Para el cumplimiento de la misión de la Entidad y del Sector Salud en Bogotá D.C. se plantearon seis objetivos estratégicos, tal y como quedaron definidos en el Plan Marco del Plan de Salud para Bogotá D.C. 2008-2012, formulado con participación de la comunidad y demás actores de la ciudad, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución del Ministerio de la Protección Social 0425 de 2008, en armonía con los compromisos adquiridos para con la ciudad en el contexto del Plan de Desarrollo *“Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor”* 2008-2012: [1]. Disminuir barreras de acceso a los servicios de salud, organizando la respuesta sectorial en redes territoriales, orientadas por la Atención Primaria en Salud [APS], acorde con las necesidades de la población y con criterio de equidad. [2]. Promover la exigibilidad del derecho a la Salud, la participación, organización y gestión social frente a las condiciones de calidad de vida y salud de la población. [3]. Afectar los determinantes del proceso salud- enfermedad para mejorar la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá D.C., de manera sostenida y progresiva, con la participación de otros actores. [4]. Garantizar el desarrollo institucional, tanto en la entidad como en la red de prestadores y aseguradores de servicios de salud, con gestión integral de calidad. [5]. Desarrollar un modelo de salud integral capaz de responder a las necesidades de la población del Distrito Capital en los distintos territorios. [6]. Garantizar el ejercicio de la rectoría en salud y del sistema de seguridad social en salud, con visión integral.

Para lograr el cometido de alcanzar los objetivos estratégicos se propuso continuar desarrollando y afianzando intervenciones transectoriales junto con una gestión más integral, mediante el acercamiento a actores y a instituciones de los niveles local, distrital y nacional, encaminándolos a afectar los determinantes del proceso salud-enfermedad, en forma acorde con las necesidades poblacionales de calidad de vida y salud, concretas para todos y cada uno de los territorios del Distrito Capital y espacios en donde se desarrolla la cotidianidad y tienen lugar el desenvolvimiento de la vida de las personas: hogar, escuela, comunidad, trabajo, espacio público e instituciones.

1 Artículos: 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001; 174, de la Ley 100 de 1993 y 5, de la ley 10 de 1990.

2 Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Informe Subregional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Sectores de Salud”. Washington, Estados Unidos, agosto de 1998.

3 Se corresponde con la misión de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. adoptada en diferentes actos administrativos, entre otros en Resoluciones: 1541 de diciembre 30 de 2009 y 1928 de diciembre 31 de 2010.

Esto implicaba implementar políticas públicas y proyectos para el desarrollo de autonomía, de manera participativa, orientados hacia el bienestar, fortaleciendo las opciones saludables de las personas, respetando su autonomía, entendida como la capacidad de desarrollar proyectos de vida y el ejercicio de la ciudadanía. Como eje principal, se propuso continuar con la implementación de las estrategias Promocional de Calidad de Vida y Salud y de "Atención Primaria en Salud [APS]", con el fin de articular acciones individuales y colectivas, promocionales, preventivas y curativas en poblaciones y territorios específicos, en particular en las más pobres y vulnerables, de la mano con el fortalecimiento de ejercicio de ciudadanía activa de las personas y organizaciones sociales en el ámbito público relacionado con la salud, sin discriminación alguna.

1. PRINCIPALES LOGROS

Durante el período comprendido entre el primero de junio de 2008 y el 30 de septiembre de 2011, se continuaron registrando avances significativos en materia de salud y calidad de vida para Bogotá D.C., debidos a los impactos positivos en todos y cada uno de los indicadores con los cuales se mide el desarrollo, permitiendo así para la Ciudad Capital la culminación de toda una década de constantes y reveladores avances en materia de salud y de calidad de vida [Anexo 1]. En este sentido, durante el lapso referenciado se continuó avanzando en la forma de concebir y de abordar la salud de la población, para lo cual, desde la responsabilidad del ejercicio de dirección y rectoría encomendada a la Ciudad, se adoptaron medidas locales e implementaron estrategias ampliamente reconocidas en el campo de la salud a nivel internacional, y se buscaron respuestas cada vez más integrales y articuladas, no sólo desde la labor propia del sector Salud, sino, también desde las competencias de las demás entidades y actores estatales, involucrando de manera activa a la comunidad, en armonía con los planteamientos de la estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y de la de Atención Primaria en Salud [APS].

1.1. En salud al trabajo

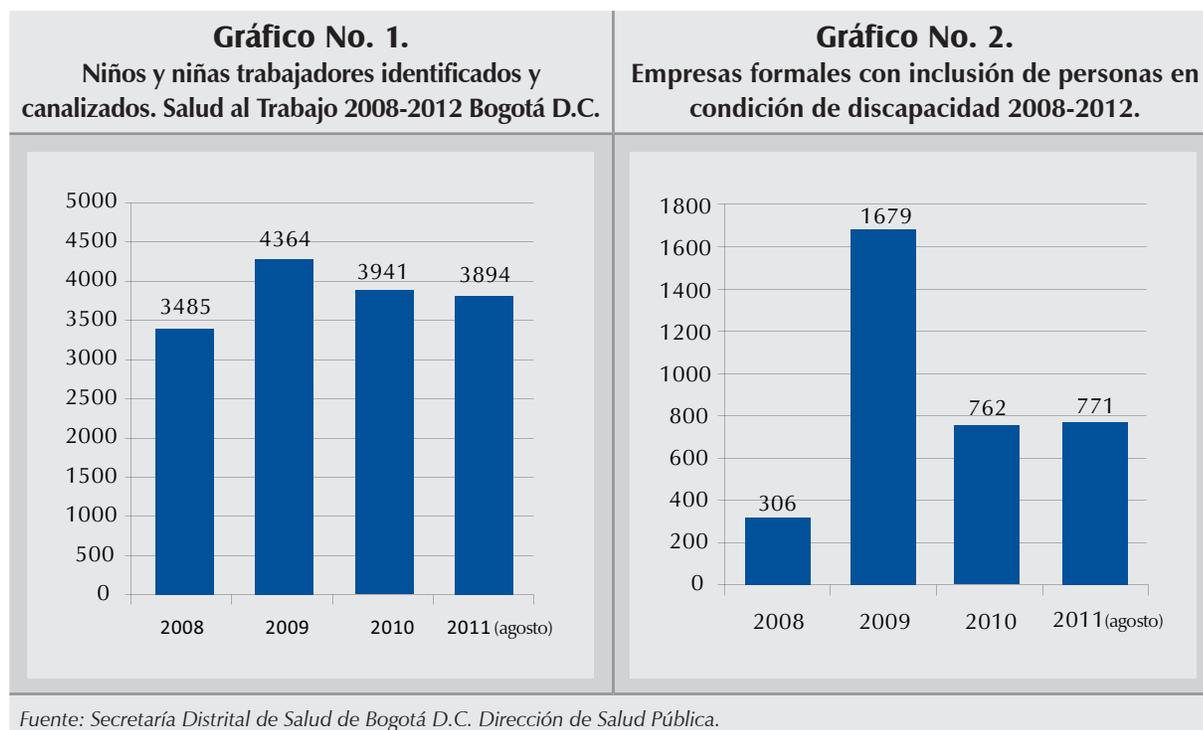
La continuidad y el afianzamiento de las intervenciones en los ámbitos: familiar, laboral, escolar, comunitario e institucional, bajo la mirada de la estrategia Promocional de Calidad de Vida y la de Atención Primaria en Salud [APS], vienen permitiendo, para las familias, para los niños, para los adolescentes, para los adultos y para las personas mayores y, en general, para los pobladores de las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad, un contacto más directo, más permanente, más duradero y más cercano con el Sector, con los actores y con los servicios estatales; así como el acceso a una atención más integral, oportuna y conveniente. Los resultados alcanzados en términos de efectos e impactos muestran avances positivos en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad evitable y de la tasa de trabajo infantil, como fiel reflejo de las bondades logradas con las intervenciones realizadas en los ámbitos intervenidos.

De manera específica, en el ámbito laboral se adelantaron acciones sobre los grupos más vulnerables como lo son los niños, niñas y adolescentes trabajadores, los trabajadores y trabajadoras en la economía informal y la población en situación de discapacidad en edad productiva. En este sentido, se cubrieron 3.518 empresas formales con procesos de sensibilización para la inclusión a personas en situación de discapacidad en la economía formal. Como impacto de este cometido, se identificaron 1.939 puestos de trabajo

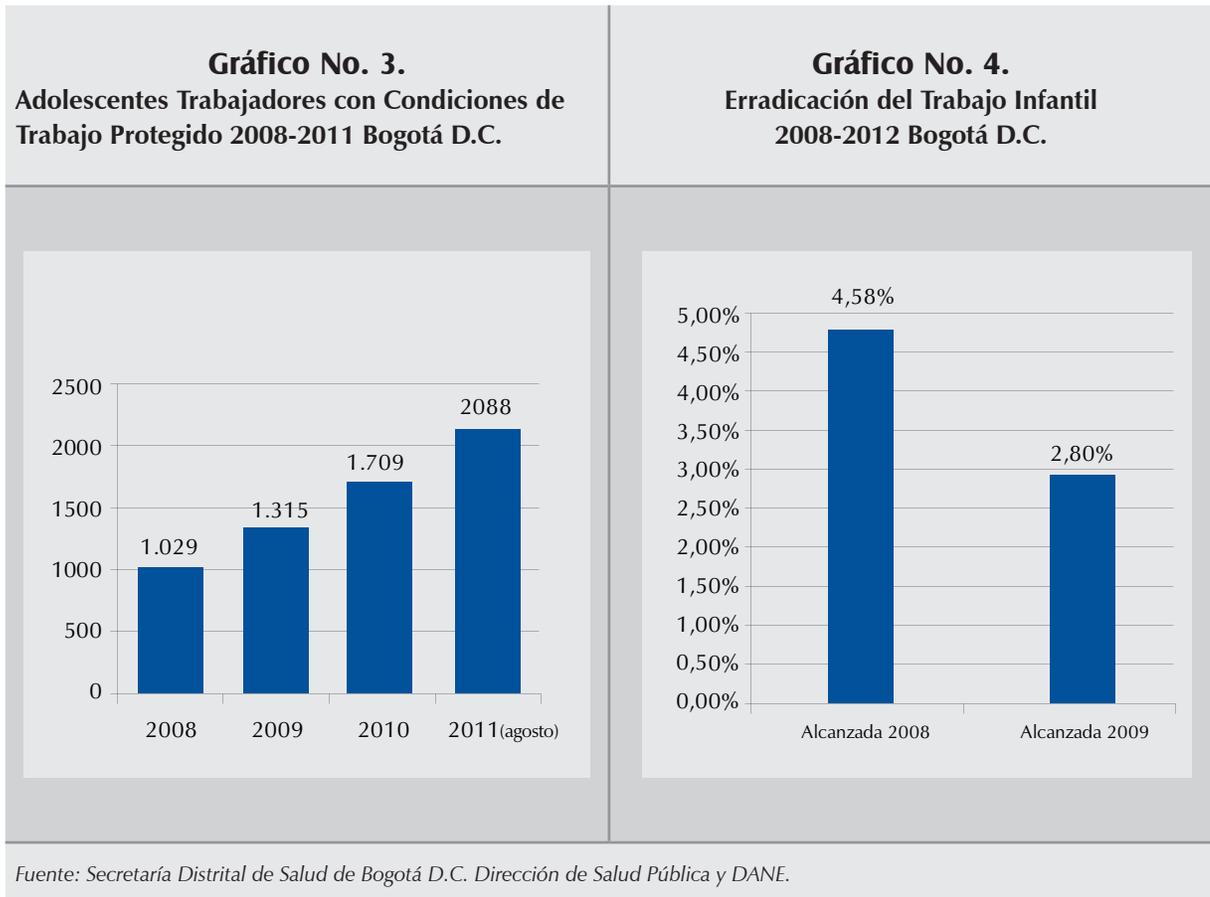
vinculación y se logró que 112 trabajadores y trabajadoras en situación de discapacidad obtuvieran vinculación laboral efectiva, En este sentido, a pesar de que existe un avance normativo y jurídico que promueve la inclusión socio-laboral de la población en situación de discapacidad al mercado laboral formal y que dicha condición favorece la carga impositiva de las empresas; los empresarios aún desconocen los beneficios sociales y económicos, haciéndose fundamental generar alianzas con los gremios empresariales y con los otros sectores responsables de la política social para garantizar el derecho al Trabajo digno de esta población. (Gráfico 2)

De igual forma, se logró la identificación y canalización a programas y servicios de salud y otros sectores con el fin de promover la desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo de 15.684 niños y niñas trabajadores como producto del trabajo articulado con la Secretaría de Educación Distrital, la Secretaría de Integración Social, la Secretaría Distrital de Salud del Bogotá D.C., el ICBF y el Ministerio de la Protección Social. (Gráfico 1)

Con los niños y niñas y sus familias se realizaron acciones de sensibilización para la desvinculación, y también se canalizaron a programas de generación de ingresos y empleo de acuerdo a ofertas locales. Adicionalmente, 5.523 adolescentes trabajadores fueron identificados para la generación de condiciones de trabajo protegido en articulación con los inspectores de trabajo del Ministerio de Protección Social. (Gráfico 3). Con los adolescentes identificados se realizó un proceso de asistencia técnica para promover la desvinculación de actividades laborales prohibidas o la generación de condiciones de trabajo protegido según sea el caso, aportando a la garantía del trabajo digno de los y las adolescentes entre 15 y 18 años, tal como lo establece la Ley de Infancia y Adolescencia.



En total, 21.207 niños, niñas y adolescentes se beneficiaron de las intervenciones en el ámbito laboral, contribuyendo a la disminución de la tasa de erradicación del trabajo infantil en Bogotá D.C., que pasó de 4.58% en el 2007 a 2.8% en el 2009[Gráfico 4]. De igual forma, los niños y jóvenes recibieron intervenciones complementarias de atención en servicios de salud mental y canalización y vinculación a programas escolares y de protección social de los niños, niñas y adolescentes trabajadores, incidiendo directamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población en la ciudad.



En cuanto a la promoción de entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo informal se han intervenido 25.090 pequeñas empresas de la economía informal, donde se han beneficiado 58.839 trabajadores y trabajadoras.

La estrategia de Entornos de Trabajo Saludable, fue ganadora del segundo puesto en el primer Concurso Hispanoamericano de la Salud Urbana, organizado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2010.

En el marco del III Encuentro Internacional De Trabajo Infantil que organizó la fundación Telefónica en Bogotá en el 2010, el Alcalde Mayor de Bogotá recibió un reconocimiento a la gestión frente a la prevención y erradicación del trabajo infantil durante su gobierno, entregado por la Procuraduría, la Organización Internacional del Trabajo [OIT] y el

Ministerio de la Protección Social [MPS]. Sin embargo, la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socio-económicas desfavorables de las familias, continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo, con el consecuente impacto negativo que tal situación trae consigo en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas.

Las problemáticas y dificultades que afectan el desarrollo y avances hacia el logro de esta meta consideran la alta movilidad de las familias de niños, niñas y adolescentes trabajadores por sus condiciones socio-económicas que dificultan la continuidad de los procesos, los riesgos de seguridad para los referentes locales responsables de la intervención de trabajo infantil por los intereses socio-económicos que giran en torno a la vinculación de este grupo poblacional a las actividades productivas en condiciones que, siendo precarias y riesgosas para ellos, los empresarios y familias los conciben de forma ventajosa para sus respectivas economías.

1.2. En capacidad instalada y prestación de servicios de salud.

La creación y puesta en operación del Primer Banco Público Distrital de Células y Tejidos Humanos, como primer referente nacional con alcance regional, en el cual se vienen almacenando, procesando y distribuyendo corneas para trasplante, disminuyendo la cantidad de pacientes en lista de espera y supliendo las necesidades de piel. Mediante el trabajo de regulación de los trasplantes de órganos se beneficiaron los pacientes quienes recibieron órganos, y se contribuyó así a la solución de la problemática de insuficiencia de órganos para trasplantes [Gráficos 5 y 6].

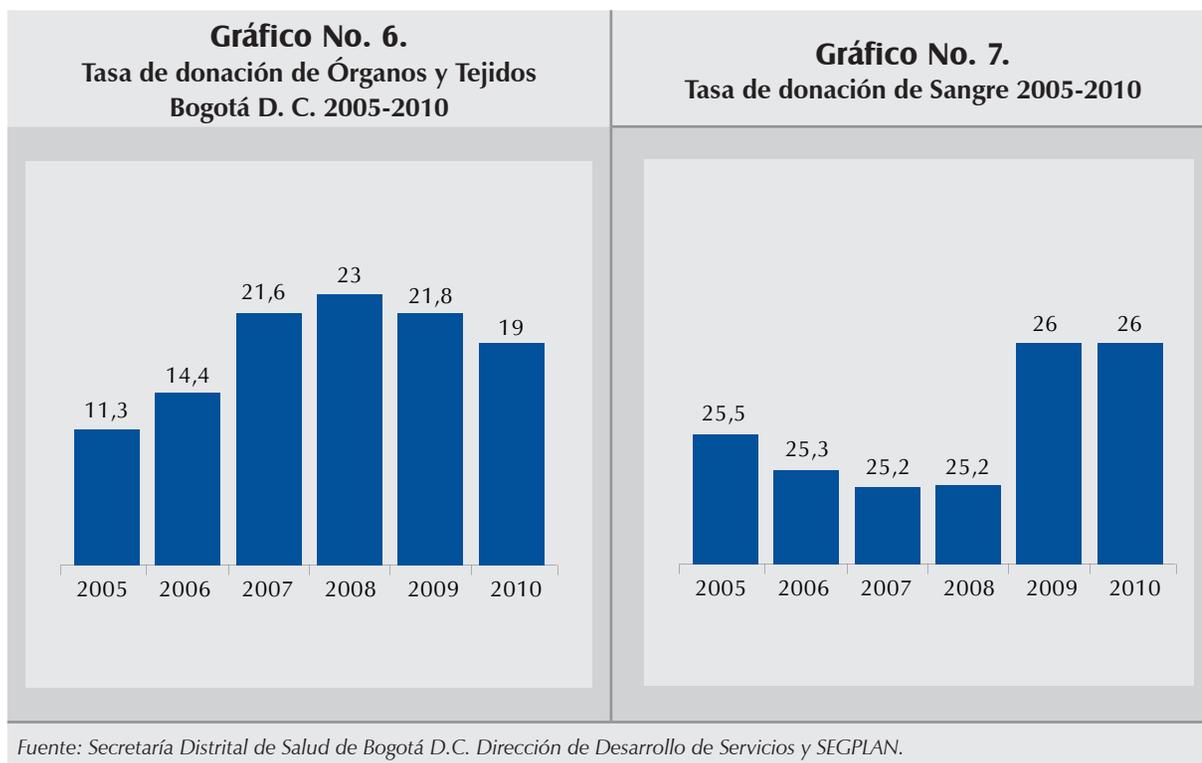
Gráfico No. 5.
Banco Público de Órganos y Tejidos Bogotá D.C.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Así mismo, se garantizó la satisfacción de la demanda de sangre, en la red hospitalaria de la ciudad, facilitando el acceso de la población más pobre y vulnerable del Distrito Capital a estos servicios, dada la prioridad de atención hacia las Empresas Sociales del Estado y su población de usuarios.

De esta manera, se contribuyó a reducir los índices de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y por trauma, entre otras, y las reacciones adversas a la transfusión, sin que hasta el momento se cuente con un estudio específico en el cual se midan en detalle los impactos en Bogotá D.C.; tampoco se tiene un estudio en el cual se mida con exactitud cuáles son las necesidades de sangre de la ciudad, pero lo que sí es cierto, es que no se ha tenido evidencia de muertes o daños a la salud de las personas por falta de sangre.



En Bogotá D.C., la tasa de donación de sangre ha venido aumentando de manera sostenida desde 2007, pasando de 25,2 a 26 por cada 1000 habitantes [Gráfico 7]. Ante el deber que tiene la Entidad de **"...garantizar el suministro suficiente, oportuno y seguro de sangre de componentes sanguíneos a la población del Distrito Capital..."**, en la actualidad se cuenta con dos indicadores sencillos con los cuales se puede dar cuenta de resultados alcanzados [hemocomponentes transfundidos y pacientes transfundidos], pero no de impactos alcanzados [Tabla 1].

Tabla No. 1.
Hemocomponentes y Pacientes Transfundidos en Bogotá D.C. 2008-2011

Año	Total Hemocomponentes transfundidos en clínicas y hospitales de Bogotá	Total de pacientes transfundidos en clínicas y hospitales de Bogotá
2008	270.830	59.960
2009	287.684	69.294
2010	303.212	72.519
Enero a Septiembre de 2011	224.939 enero a sept.	49.648 enero a sept.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección Administrativa.

De igual forma, se logró la construcción, puesta en operación y dotación de centros hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel de atención, dentro de los cuales cabe mencionar los hospitales Vista Hermosa, Guavio, Nazareth proyecto de Ecoterapia y CAMI Trinidad Galán. De igual forma, se realizó la dotación de los hospitales de Kennedy, Tunal, Santa Clara, la Upa 36 Asunción Bochica, Clínica Fray Bartolomé y Centro de Atención Médica Inmediata Emaus [Anexo 2 y Gráfico 8]. Con el desarrollo de nueva infraestructura hospitalaria, dotación y adecuación de la existente en el Distrito Capital, se logró el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud con calidad, oportunidad, incidiendo directamente en indicadores de oportunidad y cobertura de los servicios de salud en las localidades de Mártires, Santa fe, Candelaria, San Cristóbal, Kennedy, Chapinero, Bosa, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, Fontibón, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme.

Gráfico No. 8.

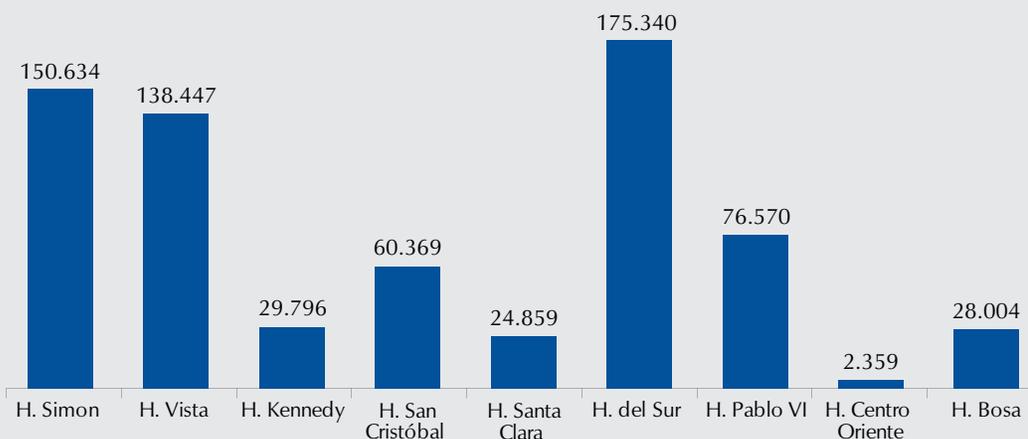
Hospital el Tintal y Meissen II Nivel de Atención



De manera adicional, se puso en operación, a partir de julio de 2010, el Call Center – Línea 195, con los hospitales Vista Hermosa y Simón Bolívar; en agosto, Kennedy; en septiembre, San Cristóbal y Santa Clara; en febrero de 2011, Hospital del Sur y Pablo VI; en abril, Centro Oriente y Bosa [Gráfico 9].

Gráfico No. 9.

Número de Llamadas-Línea 195-Bogotá D.C. 2010-2011



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

En total, se atendieron 686.378 ciudadanos, con el fin de mejorar la oportunidad en la asignación de citas y eliminar barreras de acceso a los servicios de salud. Para facilitar la atención, calidad y acceso a los servicios de salud para la población más pobre y vulnerable, la Secretaría Distrital de Salud, creó en los hospitales de la red pública "La Ruta de la Salud", vehículos para uso de gestantes, adultos mayores, población en condición de discapacidad y menores de 5 años, que ofrece un servicio gratuito entre los diferentes puntos de la red para la atención ambulatoria. Actualmente, se cuenta con 21 vehículos en el Distrito Capital, distribuidos en 4 zonas [sur, norte, oriente y occidente], con capacidad para 259 usuarios sentados, 18 sillas de ruedas y 9 vehículos con rampa. Se han realizado 647.298 traslados a los 146 puntos de atención de la red adscrita entre los años 2006 a septiembre 30 de 2011.

Para 2008, el tiempo de respuesta era de 15 minutos promedio, a incidentes de emergencias que requirieron atención pre-hospitalaria; en lo recorrido del 2011, el tiempo de respuesta promedio es de 14 minutos 10 segundos para los casos clasificados como triage rojo. El programa APH cuenta con 148 móviles entre los que se encuentran: 91 móviles básicas, 4 básicas rurales, 23 medicalizadas, 6 medicalizadas neonatales, 18 vehículos de respuesta rápida, 2 de traslados secundarios, 2 de salud mental, 1 vehículo de comando y 1 un apoyo de salud mental. El crecimiento de los despachos de vehículos de emergencias entre 2008 y 2010 fue del 49.86%, lo que significó haber atendido a 96.174 pacientes más que en 2008, pasando de 192.855 en el 2008 a 289.029 en el 2010. A septiembre de 2011 se han realizado 173.367 despachos.

Así mismo, con el fin de ampliar la cobertura del programa APH, se viene trabajando en 2011 en el Programa "Respuesta Rural Equina", el cual tiene como objetivo la prestación del servicio en la localidad de Sumapaz, donde se evidenciaron los siguientes logros: la prestación del servicio en 269 oportunidades; en el 97% de los casos la atención se hace por solicitud de la comunidad y en visitas domiciliarias; el programa tiene una cobertura geográfica del 100%; la patología tratada es de baja complejidad; la mayor parte de la población es subsidiada; se involucró en las visitas domiciliarias el componente de promoción y prevención de patologías de urgencias; estandarización de la información de las visitas domiciliarias para la captación de riesgos ante urgencias y emergencias y la articulación del programa con los Equipos Básicos de Salud -EBS (Ley 1438), con el fin de articular las EPS-C y S en la promoción y prevención en el micro-territorio.

Finalmente, en el año 2010 se logró la Habilitación de Capital Salud EPS-S S. A. S, para la operación y administración de recursos del régimen subsidiado en Bogotá D. C., por Resolución 1228 del 22 de julio de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud. El 6 de agosto de 2011 se realizó el lanzamiento de Capital Salud EPS-S S. A. S, con 450.000 afiliados, de los cuales 100.000 son del Departamento del Meta. La EPS Distrital aumentará la cobertura del aseguramiento dentro del régimen subsidiado de salud del Distrito Capital, privilegiando y fortaleciendo la contratación con la red pública de prestación de servicios de la ciudad y contribuyendo a eliminar barreras de acceso a la salud a través

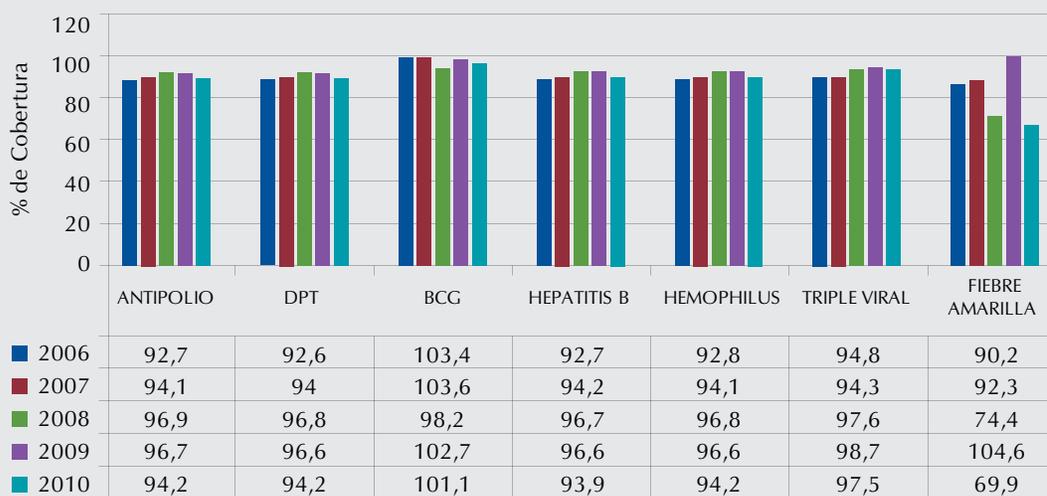
de la universalización en la prestación de los servicios a la población pobre y vulnerable, al proporcionar acceso en más de 170 puntos de atención de la Red Pública Distrital, distribuidos por toda la ciudad.

1.3. En vacunación [PAI] y en nuevos biológicos para Bogotá D.C.

En Bogotá D.C., debido a las coberturas de vacunación alcanzadas durante los últimos años [Gráfico 10], se erradicaron y mantuvieron bajo control las enfermedades inmuno prevenibles por las principales causas y eventos como Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Sarampión, Rubéola, Influenza y Paperas. Con las intervenciones se evitaron consecuencias desfavorables sobre la población infantil, gestante y adulta, en términos de enfermedad, discapacidad y muerte.

En Bogotá D.C., desde 2008, se incorporaron nuevos biológicos, los cuales no hacen parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI] del Ministerio de la Protección Social. Con la aplicación de la vacuna contra el Rotavirus se beneficiaron 22.304 menores de un año en 2008; 109.181, en 2009; 109.034, en 2010 y 70.923 en 2011. Con la aplicación del biológico contra la Hepatitis A, se beneficiaron 123.296 menores, en 2008; 112.363, en 2009; 65.079, en 2010 y 117.444, en 2011. Con la aplicación del biológico Neumo 23 se beneficiaron 338.023 adultos mayores, en 2009; 82.183, en 2010 y 54.983 en 2011. De igual forma, con el biológico Neumococo se beneficiaron 6.216 niños, en 2008; 98.716, en 2009; 110.217 en 2010 y 74.570, en 2011. En total, con los nuevos biológicos introducidos para la ciudad se beneficiaron 1.419.362 pobladores, a través de la aplicación de 2.264.747 dosis [Anexo 3].

Gráfico No. 10.
Coberturas de vacunación en Bogotá D.C. 2006-2010



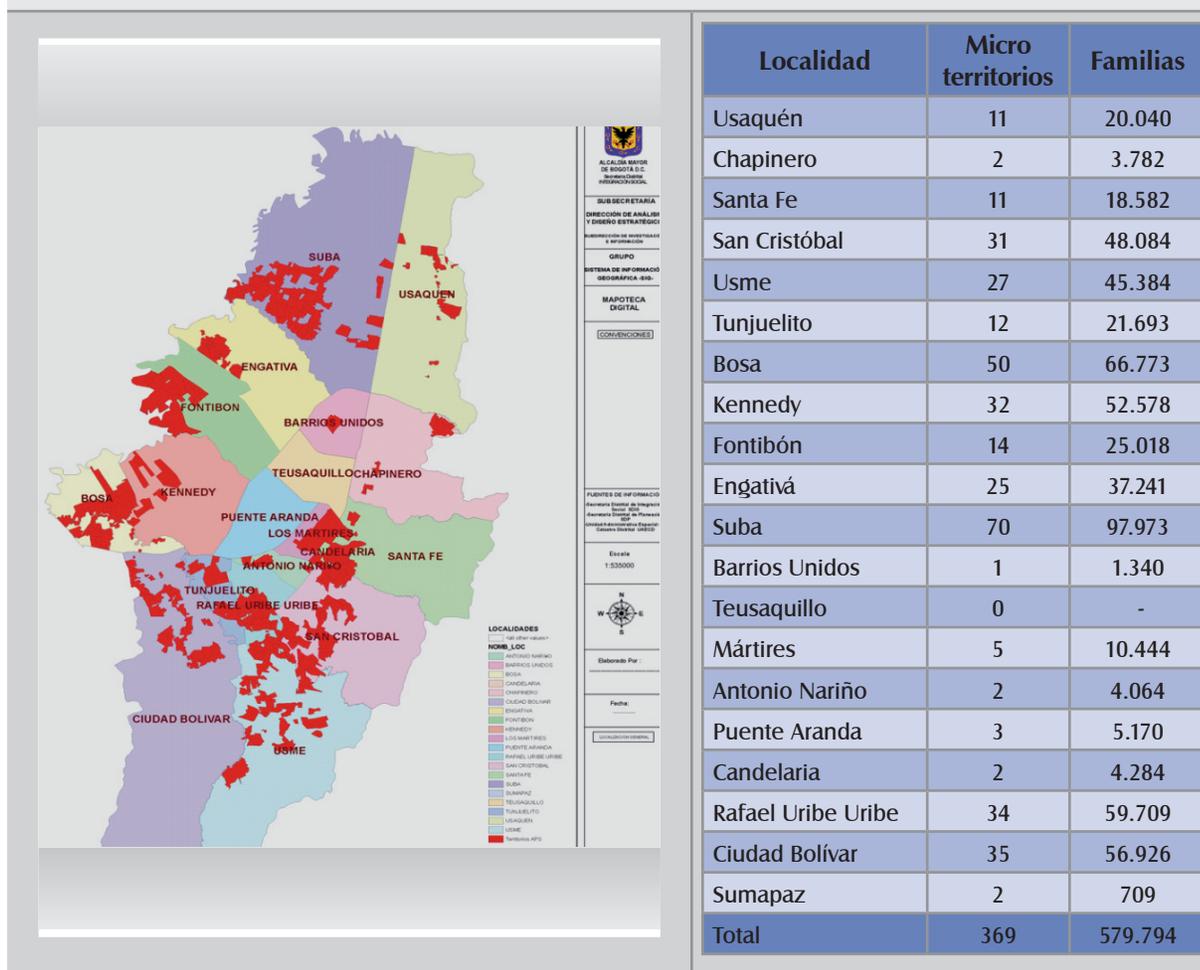
Fuente: SIS 151 Resumen mensual de vacunación.

1.4. En intervenciones en los demás ámbitos de vida cotidiana

En total se cubrieron 369 micro-territorios [Gráfico 11] logrando una cobertura de 579.794 familias, compuestas por 1.862.647 personas, en las 19 de las 20 localidades del Distrito Capital, a quienes se les realizaron intervenciones en el ámbito familiar, que beneficiaron al 24% de la población total de Bogotá [7.467.804 Según proyecciones del DANE, SDP-DICE, en su boletín estadístico del año 2,009]. Esta población es la de mayor pobreza y vulnerabilidad de la ciudad, ubicada en zonas ilegales o en vía de legalización, con escasos recursos o en zonas de alto riesgo como riveras de los ríos Juan Amarillo, Fucha y Tunjuelo, cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana, con una estructura poblacional caracterizada por alto crecimiento demográfico centrado en la infancia y la juventud, donde un 48% corresponde a personas menores de 25 años y en donde además el nivel educativo predominante es la educación básica primaria para el 62% de los individuos.

Las acciones realizadas en las familias de los micro-territorios incluyen caracterización e intervenciones en individuos, familias y entornos; promoción de los derechos para todas las familias y personas en situación de discapacidad; desarrollo de la estrategia de promoción de entornos saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional; acciones de promoción de la salud oral; promoción de acciones de protección y cuidado al menor de cinco (5) años; promoción de acciones de protección de la mujer gestante; desarrollo de acciones de intervención psicosocial con eventos de salud mental, como violencia intrafamiliar, abuso sexual, riesgo de conducta suicida y maltrato al menor; asesoría para la tenencia adecuada de animales; asesoramiento a familias para control de vectores y plagas en interiores, entre otros. Estas actividades se realizan en familias con prioridades relacionadas con el grupo étnico o con condiciones específicas, con el fin de promover competencias y corresponsabilidad en las familias, desarrollar potencialidades individuales y familiares, conciliando intereses, gestionando voluntades y compromisos de la sociedad, en función de generar las condiciones necesarias para que la familia ejerza un mayor control sobre los determinantes de su calidad de vida y salud.

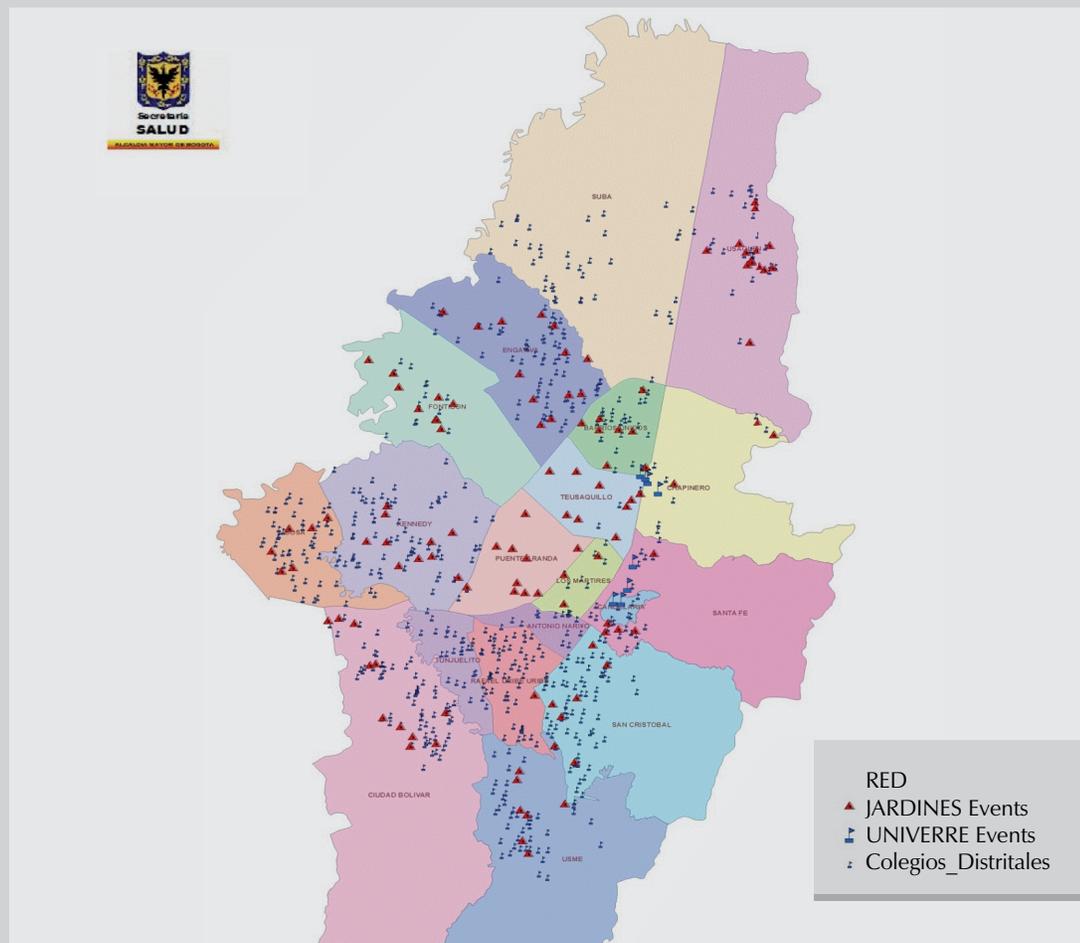
Gráfico No. 11.
Micro Territorios de Salud a su Casa



Fuente – Proyecto Salud a Su Casa – Dirección de Salud Pública Secretaría de Salud –Corte Agosto 31 de 2011.

En el ámbito escolar, con la población de las instituciones educativas del Distrito Capital, de jardines infantiles y de universidades, se realizaron acciones integrales inherentes a los sectores de Salud y Educación, bajo una perspectiva promocional de calidad de vida, en la cual se diseñaron e implementaron respuestas integrales que tuvieron en cuenta a los miembros de las comunidades educativas, así como los procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar, con cubrimiento para cerca de 580.851 estudiantes de 546 sedes de colegios y escuelas distritales, 14.400 niños y niñas de 240 jardines infantiles y 87.324 estudiantes de 12 instituciones educativas de educación superior [Gráfico 12]. En este ámbito, se logró incidir sobre las condiciones de salud en las instituciones educativas en las que la estrategia se ha desarrollado y en problemáticas específicas, tales como: la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada, afecciones a la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva y la desnutrición.

Gráfico No. 12.
Sedes educativas cubiertas por Salud al Colegio



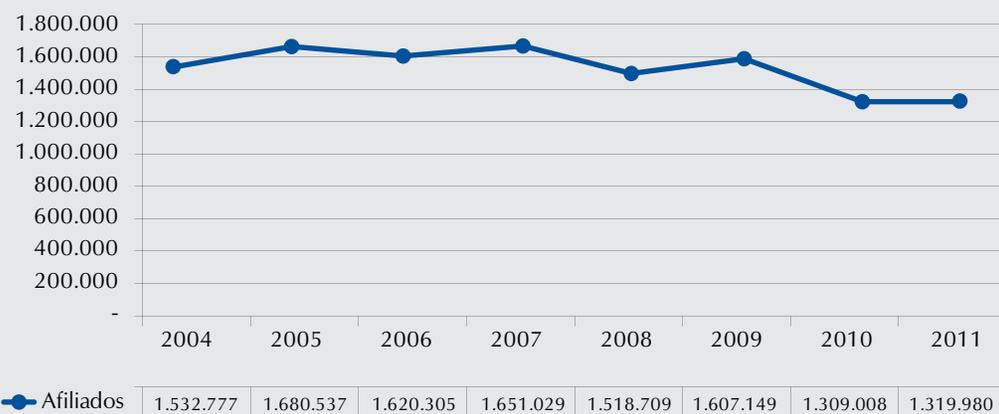
Fuente Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública – Secretaría Distrital de Salud – 2011.

1.5. Otros logros para eliminar barreras de acceso a servicios de salud

Frente a las barreras de acceso, se afianzaron intervenciones que apuntan a garantizar el acceso a los servicios en salud y a minimizar las barreras de acceso de más frecuencia; entre las cuales están: “Gratuidad en Salud” [Anexo 4] y “Gestión de la atención en salud, Central Única de Referencia y Contra referencia [CURyC]”, cuya finalidad es, en el primer caso, asumir los valores de las cuotas de recuperación y copagos de la población afiliada al régimen subsidiado con encuesta SISBEN I y II; Estrategia que se inicia de manera formal

el 15 de octubre de 2008, cuando el Alcalde Mayor de Bogotá expide el Decreto 345 de 2008, con cobertura para la población más vulnerable de la ciudad. Desde esta fecha hasta agosto 31 de 2011, se han realizado 1.029.066 atenciones a adultos mayores de 65 años, 339.774 para menores de 5 años y 105.723, para personas en condición de discapacidad. En total se realizaron de manera gratuita 1.474.563 atenciones. En el segundo caso, el objetivo es identificar las necesidades del ciudadano y dar una orientación especializada para que el usuario pueda acceder con efectividad a los servicios de salud requeridos por la población pobre y vulnerable del régimen subsidiado y no asegurado. De 2008 a agosto 31 de 2011, se afiliaron al régimen subsidiado de la seguridad social en salud 690.006 personas, de las cuales, 46.221 fueron por incremento de cobertura y 647.328, por remplazos. Así mismo, 1.319.980 ciudadanos [incluido los nuevos afiliados] estuvieron en el régimen subsidiado en Bogotá [Gráfico 13].

Gráfico No. 13.
Población Afiliada al Régimen Subsidiado-Bogotá D.C.



Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA- 30 de diciembre de 2009 y 2010. 2008: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado con novedades avaladas al 24 de diciembre de 2010. 2011: Base de Datos Única de Afiliados [BDUA] con corte de novedades a 31 de agosto de 2011.

Se logró garantizar el acceso al aseguramiento en salud de la población pobre y vulnerable de la ciudad, con la prestación de servicios de salud a través de la red prestadora de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. Así mismo, con el fin de continuar con el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado, se hizo presencia en los diferentes puntos de atención distribuidos en la red hospitalaria distrital, CADE y SuperCades, Oficina

de atención al usuario, así como las ferias de servicio al ciudadano en las diferentes localidades. De igual forma, se dio continuidad a las diferentes estrategias enmarcadas en la normatividad vigente, tendientes a mejorar el acceso de la población potencialmente beneficiaria del subsidio en salud, mejorando su calidad de vida.

2. IMPACTOS GENERADOS POR EL SECTOR

2.1. Reducción de mortalidad evitable

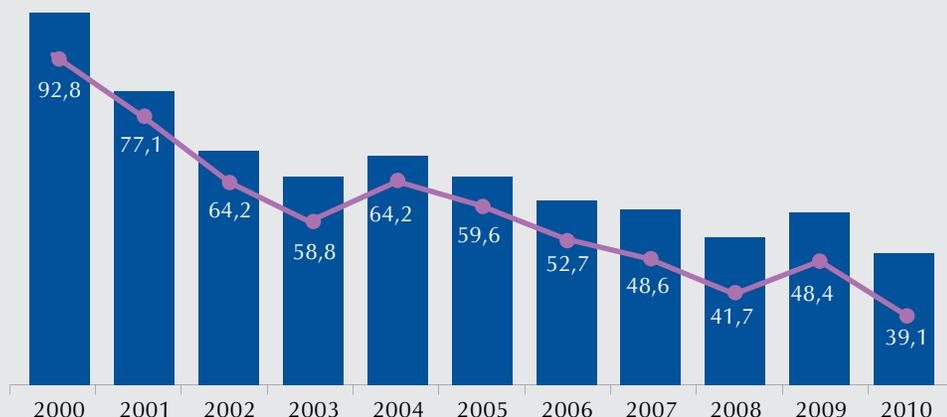
La mortalidad materna, infantil, por neumonía, por enfermedad diarreica aguda [EDA] y en menores de 5 años, permite medir la calidad de vida⁽⁴⁾ y la salud, el bienestar social y la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud de las mujeres gestantes y de los niños y niñas. Una muerte es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer o en un niño o niña, de manera directa durante las etapas del ciclo vital. Dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta estatal [entre los que se destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso, la calidad en los servicios de salud y la normatividad vigente].

2.1.1. Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

En Bogotá, en el año 2010, se tuvo una tasa de 39,1 muertes por cien mil nacidos vivos, tasa inferior a la meta del milenio [42,9 muertes por cien mil nacidos vivos], manteniendo la tendencia que desde el año 2001 ha manifestado este indicador, evidenciando el logro de la ciudad para incidir en los riesgos que pueden determinar la muerte de una materna [Gráfico 14]. Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva; dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta estatal [entre los que destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud y la normatividad vigente] que son inherentes a su estado de salud.

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

Gráfico No. 14.
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C. 2000-2010



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo - Bases de datos DANE y RUAF ND - Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares corte agosto 31 de 2011.

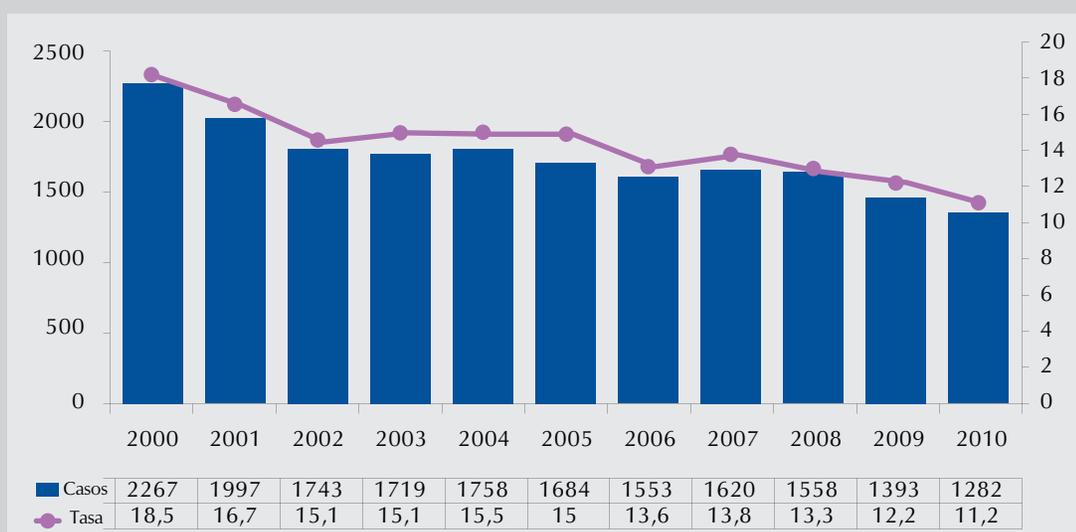
La disminución del indicador de mortalidad materna, refleja las acciones emprendidas y dirigidas a la garantía de los derechos de la mujer gestante. Éstas se han desarrollado con estrategias de trabajo en red [red de servicios y red social materna infantil], con aseguradores, prestadores de servicios de salud, organizaciones sociales y la sociedad civil; su desarrollo se ha fundamentado en la metodología de trabajo por demoras transformándolas en oportunidades para afectar positivamente los determinantes sociales en salud. Para impactar de manera positiva en el indicador se incorporan información y comunicación para la promoción de la salud de la familia, la realización de la “Semana de Amor por Bogotá”, el suministro de micronutrientes como ácido fólico y sulfato ferroso a gestantes para evitar presencia de anemia y malformaciones del tubo neural en los bebés, y atención integral de la gestación en adolescentes como herramienta de acceso a los servicios materno perinatales y vigilancia de la morbilidad extrema en gestantes.

2.1.2. Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

La mortalidad infantil se refiere a las muertes que ocurren en niños y niñas menores de un año y se divide en tres periodos: La mortalidad neonatal temprana: de 0 a menos de 7 días de nacido, la mortalidad tardía entre los 7 y los 28 días y la post-neonatal en mayores de 28 días y hasta los once meses. La razón de mortalidad infantil ha venido disminuyendo a nivel distrital al pasar de 18,5 casos por 1000 nacidos vivos en el año 2000 a 11,2 casos por 1000 nacidos vivos en el 2010 [Gráfico 15], con lo cual Bogotá está por debajo de la meta del milenio de 12 muertes por 1.000 nacidos vivos en menores de 1 año. La frecuencia más alta se presenta en el periodo neonatal temprano [0 a 7 días de nacido] que ha oscilado entre 2008 y 2010 entre 46,3% y 42,3%,

este periodo está asociado a causas perinatales. Se observa que de las causas reductibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, el mayor porcentaje se concentra en la calidad de atención del parto y periodo neonatal, que entre 2008 y 2010 agruparon entre 37,9% y 35,2% de las causas respectivamente y de estas, las que agrupan el 75% de los casos corresponden a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. El segundo periodo más afectado es el post-neonatal [entre los 28 días y 11 meses], que para el periodo 2008 - 2010 agruparon 37% a 38% de los casos.

Gráfico No. 15.
Tasa de mortalidad infantil en Bogotá D.C. 2000-2010



Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Fuente 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.- Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. Fuente 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares corte 31 de agosto de 2011.

El comportamiento positivo en la reducción del indicador se debe al trabajo continuo de la Secretaría Distrital de Salud D.C. con su red pública en el desarrollo y el fortalecimiento de la política pública de salud y las acciones realizadas desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana a través de los equipos de trabajo de las estrategias materno infantil, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia -IAMI, y desde el ámbito comunitario y escolar, intervenciones encaminadas a fortalecer las habilidades de los actores sociales que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de madres gestantes, lactantes, niños y niñas menores de 5 años. Así como la promoción de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el fortalecimiento de las estrategias de información y educación masiva. En 2010, se capacitaron: 516 Familias Amigas de la Mujer y la Infancia -FAMI, 665 Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF- HOBIS, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de la Secretaría Distrital de Integración Social -SDIS, para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. Por

medio de este proceso de formación, se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas, llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y visitas a 5.951 familias.

De igual forma, con la erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles, el aseguramiento en salud, entre otros; con trabajo intersectorial e intervenciones conjuntas y complementarias. El resultado de estas acciones hicieron que en el 2009 se obtuviera el Premio Internacional América a la Excelencia en el Servicio Público, en la categoría de "Premios de Liderazgo en Salud Pública: Reducción en Mortalidad Infantil". El premio fue iniciativa de: Instituto de las Naciones Unidas para la formación e investigación (UNITAR), CIFAL Atlanta, la cual es apoyada por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Corporación Andina de Fomento (CAF), entre otras.

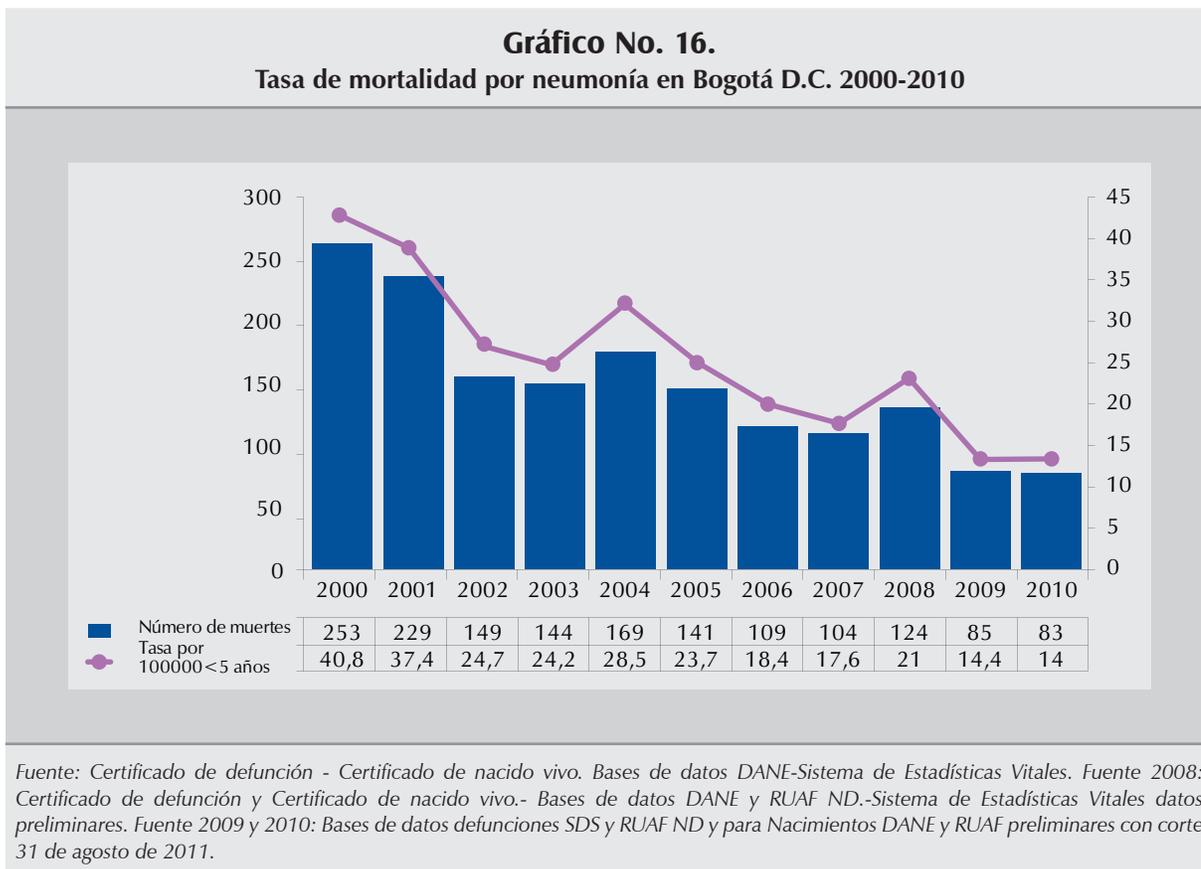
2.1.3. Mortalidad por neumonía por 100.000 menores de 5 años

La tasa de mortalidad por neumonía expresa el riesgo de morir por este evento por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años. La neumonía es quizás el evento más grave de las llamadas infecciones respiratoria agudas [IRA], por lo cual, internacionalmente, se toma como indicador trazador. Esta tasa ha tenido en general una tendencia a la disminución al pasar de 40,8 por 100.000 menores de 5 años en el año 2000 a 14 por 100.000 menores de 5 años en el año 2.010 [Gráfico 16]. La mortalidad por neumonía está asociada a tres grandes procesos sobre los cuales se ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El primer proceso se refiere a la promoción de la salud e incluye mejoramiento en la calidad del aire. En Bogotá a partir del año 2007, se ha venido mejorando la calidad de aire al disminuir los promedios anuales de material particulado respirable -PMR. Sin embargo, todavía se presentan episodios de excedencia que afectan la salud de los niños.

El segundo proceso se refiere al acceso y utilización de los servicios de salud. Durante el año 2010, se atendieron 37.000 niños y niñas menores de 5 años en las Salas ERA, lo cual ha evitado complicaciones y hospitalizaciones innecesarias en esta población. El porcentaje de resolutivez de las Salas ERA está en promedio del 85% es decir de cada 100 casos de niños, niñas con bronquiolitis, 85 continúan con tratamiento en la casa. El número de Salas ERA ha oscilado entre 90 y 110 de acuerdo a la contingencia de picos epidémicos, comportamiento que se ha acentuado por la época invernal.

El tercer proceso corresponde a las acciones de mejoramiento de la calidad de los servicios de Salud a través de la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, en sus componentes clínico y comunitario [enfaticando en la identificación de alarmas tempranas para acudir de manera oportuna a los servicios de salud y minimizar el riesgo de morir], en la cual se han capacitado casi 2 mil trabajadores de la salud en las guías y protocolos de manejo clínico. En el caso del virus pandémico H1N1/09, se

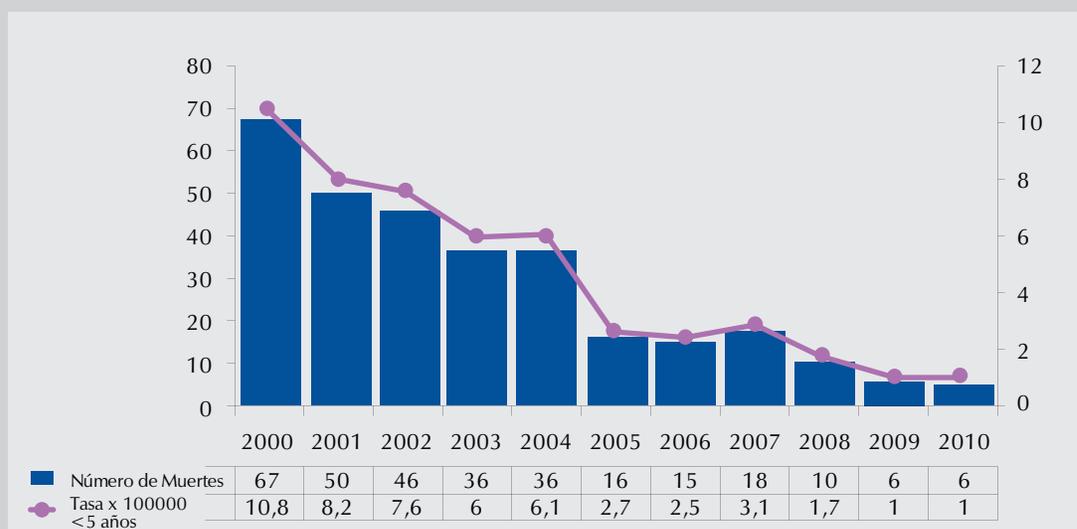
desarrolló, en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, el protocolo de atención de casos sobre el cual se capacitó a todas las aseguradoras y 400 prestadores de servicios de salud.



Durante 2010, se capacitaron: 516 Familias Amigas de la Mujer y la Infancia -FAMI, 665 Hogares de Bienestar de la Infancia ICBF- HOBIS, 46 jardines de ICBF, 74 jardines de SDIS- Secretaría Distrital de Integración Social, para un total de 2.834 agentes comunitarios capacitados. Por medio de este proceso de formación, se cubre de forma directa e indirecta a la población beneficiaria de estos programas, llegando a: 10.240 madres gestantes, 8.950 madres lactantes, 56.849 niños y niñas menores de cinco años y visitas a 5.951 familias. De igual forma, en el ámbito institucional se han verificado 287 consultorios que cuentan con los insumos para la atención integrada de la población materna e infantil, llegando a un porcentaje del 97% de cumplimiento de la norma. Igualmente, se encuentra que 183 médicos, 100 enfermeras y 173 auxiliares de enfermería han venido siendo formados y aplican las estrategias.

2.1.4. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años

La tasa de mortalidad por EDA ha venido mostrando un descenso marcado en años anteriores, logrando una disminución entre los años 2007 y 2010, pasando de 3,1 a 1,0 caso por 100.000 menores de 5 años [Gráfico 17].

Gráfico No. 17.**Tasa de mortalidad enfermedad diarreica aguda por 100.000 menores de 5 años. 2000 – 2010**

FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares con corte 31 de agosto de 2011.

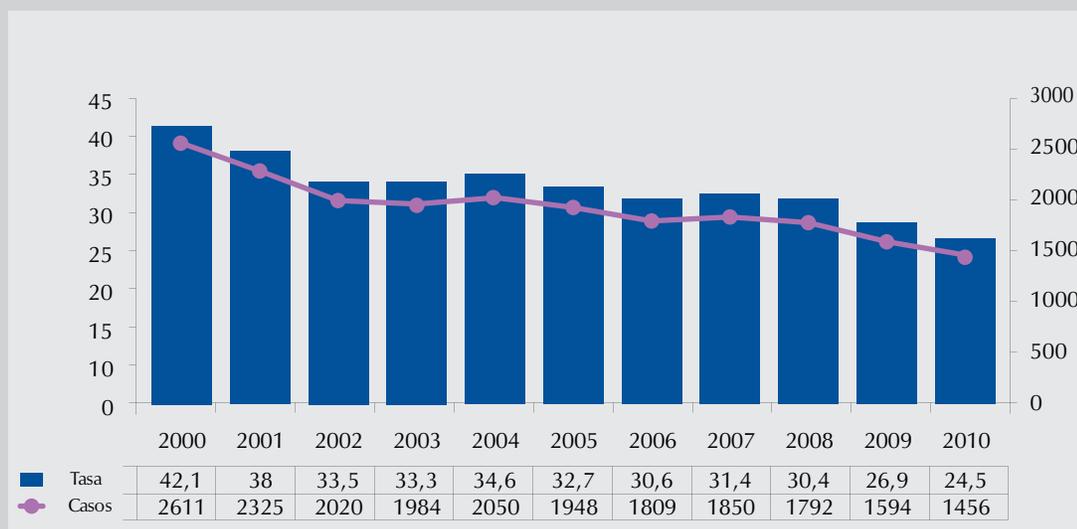
La disminución de la tasa de mortalidad por EDA se relaciona con el mejoramiento al acceso a agua potable, donde la Secretaría de Salud mantiene la vigilancia de salud pública frente a la calidad de agua de consumo humano en instituciones públicas en general.[La ciudad ha avanzado en garantizar a la población una cobertura de servicios de acueducto y de alcantarillado, suministrando agua de excelente calidad, elemento fundamental para la disminución de patologías como la EDA], adecuadas prácticas en la manipulación de alimentos y de manejo de desechos sólidos y líquidos. Así mismo, la mayor accesibilidad a los servicios de salud, el aumento en las coberturas de los programas de promoción y prevención, el mayor aprendizaje del manejo de esta morbilidad por parte de los ciudadanos, la identificación oportuna de los signos de alarma como resultado del trabajo directo con padres, madres de familia y cuidadores de los niños y niñas en los ámbitos familiar, jardín infantil, comunitario e instituciones prestadoras de servicios de salud. A nivel local, se viene desarrollando en las 20 localidades y a través de la red de prestadores públicos y privados la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI], con el fin de lograr la identificación por parte de los cuidadores y/o padres de los signos y síntomas relacionados con la Enfermedad Diarreica Aguda. Finalmente, las acciones de vacunación en general, y de manera particular la aplicación del biológico de Rotavirus, contribuyen a disminuir las complicaciones y hospitalizaciones por este evento.

2.1.5. Mortalidad en menores de 5 años por 10.000

Durante el período 2008, 2010 se redujo la tasa de mortalidad en menores de 5 años, pasando de 30.4 a 24.5 por 10.000 menores de cinco años [Gráfico 18], siendo el resultado de una serie de

acciones que afectan positivamente a la población objeto, entre otras: El desarrollo del proyecto de Ciudad Segura que tiene como objeto central desarrollar estrategias para garantizar una ciudad que protege a los niños y niñas de eventos como accidentes y caídas en el hogar. De igual forma viene incidiendo la disminución de la mortalidad infantil.

Gráfico No. 18.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10.000 menores 2000 – 2010



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo. -Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares corte 31 de agosto de 2011.

Así mismo, la Secretaría Distrital de Salud realiza acciones conjuntas desde los diferentes ámbitos, entre ellas las actividades de las Estrategias AIEPI, IAMI, IAFI que permitieron asesorar a las instituciones en la creación de un protocolo de estimulación temprana de acuerdo con las necesidades de los niños y niñas de 0 a 5 años. Como parte de la estrategia AIEPI, se ha logrado la disminución de la mortalidad perinatal a través del mejoramiento del control prenatal, atención del parto y del recién nacido; disminución de la mortalidad neonatal y tardía [0 y 28 días de nacido] a través del fortalecimiento del cuidado del recién nacido, prevención de la membrana hialina y de la taquipnea transitoria del recién nacido en las unidades de atención; disminución de la mortalidad pos-neonatal [28 días y 11 meses de nacido] a través de la prevención de la enfermedad respiratoria aguda, EDA, pautas de crianza y buen trato.

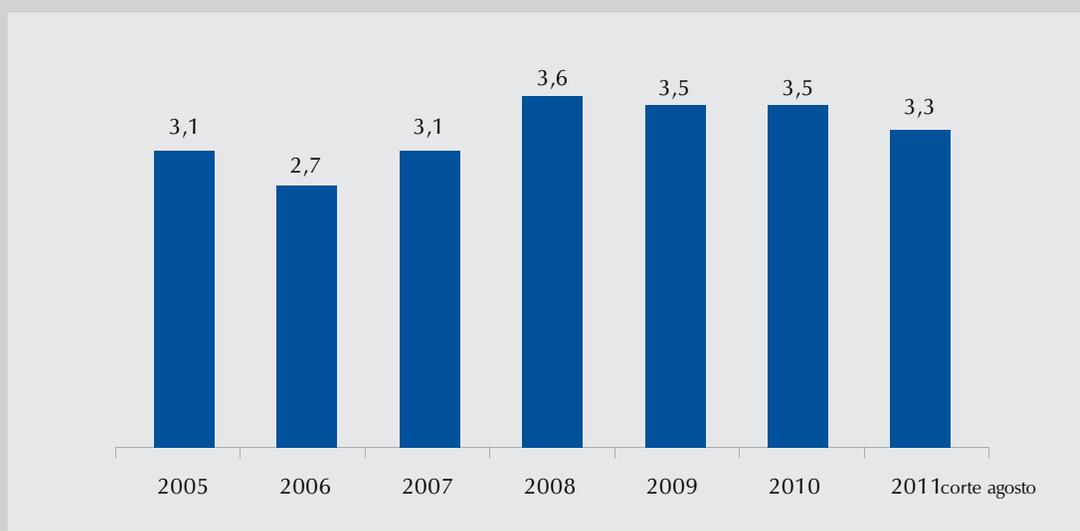
De igual forma, se han logrado coberturas útiles de vacunación por encima del 95% en niños y niñas menores de 1 año a través del programa ampliado de inmunizaciones y el fomentar hábitos saludables para evitar morbilidad en niños, niñas y adolescentes gestantes y lactantes; Además, la Central Única de Referencia y Contra Referencia CURYC / Línea 195 prioriza los casos recepcionados en grupos poblacionales vulnerables y de mayor

riesgo clínico en su evolución (menores de cinco años y adultos mayores), población clasificada especial (desplazados, reinsertados, indígenas, población ROM) y población pobre y vulnerable no afiliada a ningún régimen de protección en salud.

2.1.6. Mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes

La mortalidad por suicidio descendió de una tasa de 3,6 por cien mil habitantes en 2008 a 3,3 en 2011 [Gráfico 19]. Las intervenciones para mantener y mejorar la salud mental de la población de Bogotá D.C. se hicieron visibles en todos y cada uno de los ámbitos en donde viene operando la estrategia de Atención Primaria en Salud, y a través de la Línea 106 se atendieron y resolvieron casos relacionados con maltrato infantil y violencia intrafamiliar.

Gráfico No. 19.
Tasa de mortalidad por Suicidio 2005 – 2010 Bogotá D.C.



Fuente: DANE Corte 31 de agosto de 2011.

2.2. Mejoramiento de condiciones de nutrición menores de cinco años

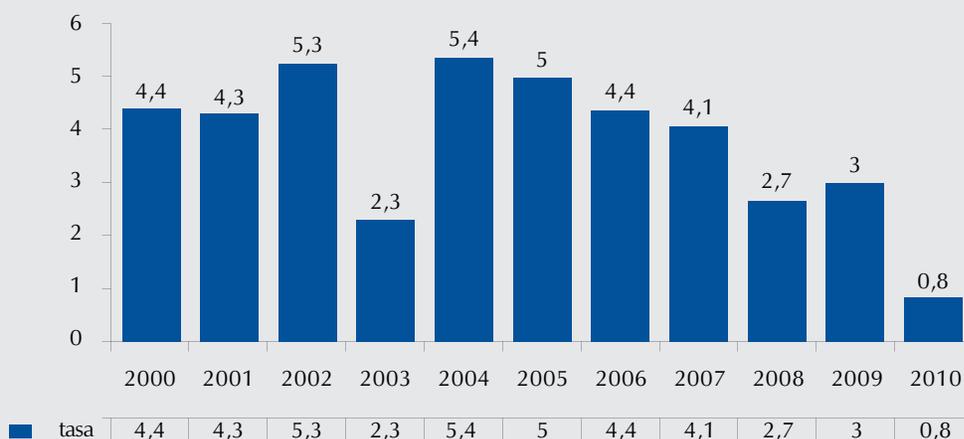
Los indicadores del estado nutricional de la población menor de cinco años en Bogotá D.C. vienen presentando tendencia positiva. La prevalencia de desnutrición global⁽⁵⁾ en

⁵ El indicador peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño considerándose un indicador compuesto que refleja ampliamente las condiciones estructurales en seguridad alimentaria y nutricional de una población.

niños y niñas menores de cinco años disminuyó en 2 puntos porcentuales (que equivale al 19%) durante los últimos siete años, pasando de 10,4% en el 2004 a 8,4% en 2010. La tasa de mortalidad por desnutrición, por su parte, descendió en 4,8 puntos porcentuales (que equivalen a una disminución relativa del 85%), al pasar de 5,4 a 0,8 por cien mil niños y niñas menores de cinco años durante el mismo período, y la tasa de desnutrición crónica, la cual descendió en dos puntos porcentuales (que equivale a una disminución relativa del 17%), al pasar de 13,2 a 11 durante el mismo lapso [Ver Gráficos 20, 21 y 22].

Gráfico No. 20.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años [cálculo por 100.000 menores de cinco años]. Bogotá D.C., 2000 – 2010

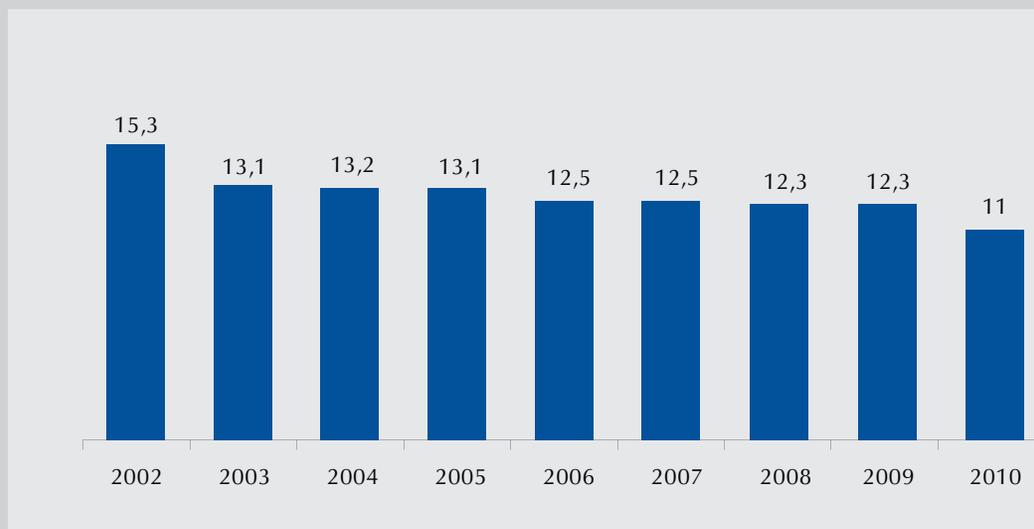


FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. FUENTE 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo. -Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. FUENTE 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares corte 31 de agosto de 2011.

El estado nutricional de la población depende de variables exógenas al sector Salud. La muerte por desnutrición es un hecho catastrófico en el que influyen las condiciones de vida individuales, de la familia y del entorno. El análisis de cada uno de los eventos de muerte que se confirman por esta causa incorpora diversos aspectos sociales, económicos, ambientales y de salud. De igual manera, la prevención de este tipo de mortalidad convoca a un esfuerzo colectivo desde diferentes sectores. Por esta razón, debe ser un esfuerzo colectivo de diversas instituciones y actores, con el apoyo y participación activa de la comunidad. Frente a este tema, la Secretaría Distrital de Salud ha fortalecido la búsqueda de los casos de mortalidad, por y asociada a la desnutrición en menores de cinco años; así mismo, la notificación, confirmación y desarrollo de los análisis de casos de mortalidad

por cada periodo y la retro-alimentación de hallazgos a las instituciones de salud con el fin de mejorar los procesos de atención, referencia y contra-referencia.

Gráfico No. 21.
Desnutrición crónica en menores de cinco años. Bogotá D.C., 2000 – 2010



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN Corte 31 de agosto de 2011.

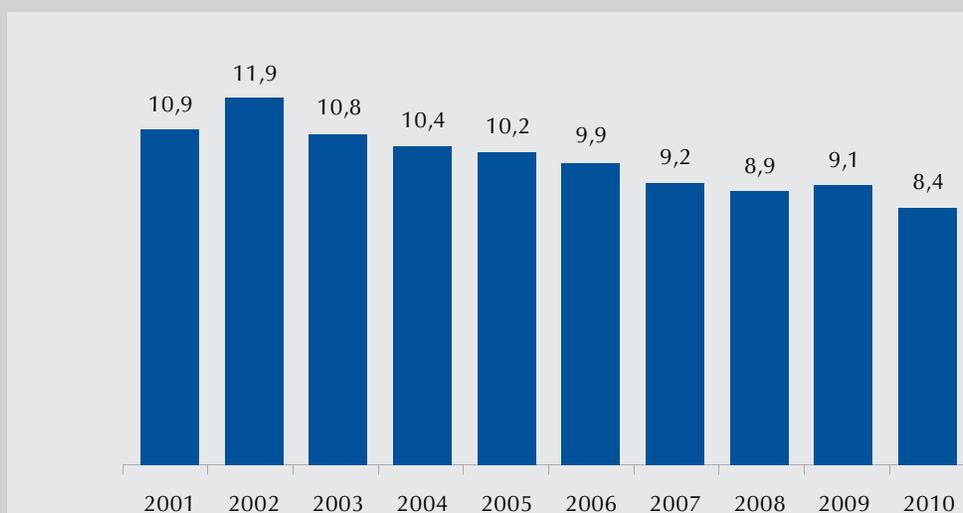
Para la ciudad de Bogotá, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años ha disminuido en 4,3 puntos porcentuales (que traduce un mejoramiento del indicador del 28% entre los dos años extremos) pasando de 15,3 en el 2002 a 11,0% para el 2010. Este problema es el resultado de múltiples factores como: la prevalencia de enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, entre otros. Todos estos factores están asociados, generalmente, a la pobreza de la familia, bajo nivel educativo, escasa inversión social, falta de priorización en los grupos más vulnerables y al uso ineficiente de los recursos.

Si bien la ciudad ha venido mejorando sus indicadores de salud y de calidad de vida, al visualizarlos en conjunto con las tendencias de indicadores demográficos, económicos y su proyección hacia el futuro, se impone una responsabilidad dirigida a proyectar el desarrollo para las próximas generaciones, particularmente hacia el año 2038 cuando la ciudad ha de celebrar un centenario mas de creación, de manera que se entregue a los futuros ciudadanos una ciudad más segura en términos de mantenimiento de la salud, de instituciones que resuelvan las demandas de los ciudadanos y se dispongan de la infraestructura para la atención y resolución de los problemas de salud.

Se requiere entonces adelantar estudios que permitan identificar claramente cuáles han sido los factores determinantes en la reducción de estas mortalidades en el Distrito Capital y por qué algunas no han descendido como se esperaba, por ejemplo, los nacimientos en las adolescentes. Para las

organizaciones sociales y fuerzas vivas de una sociedad, los temas de la salud, la educación, el trabajo, la recreación y la calidad de vida tienen una gran importancia pues cada día tenemos una población mejor informada, con mayores niveles de educación y mayor participación en la vida política y en la planeación de su propio futuro. Indicadores de mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, calidad de vida son de interés para los planificadores y políticos pues apoyan la toma de decisiones y la generación de políticas públicas.

Gráfico No. 22.
Prevalencia Desnutrición Global menores de cinco años Bogotá D.C 2000 2010



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica alimentaria y nutricional.

2.3. Disminución de gestación en adolescentes

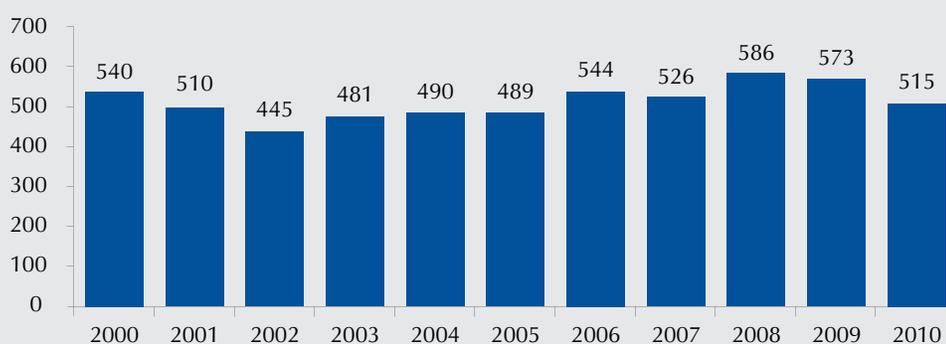
El mayor número de nacimientos en el grupo de adolescentes, para el año 2010, se registró en las localidades de Ciudad Bolívar, con el 17.4% [n=86], Kennedy, con el 14.6% [n=72] y Suba, 10.7% [n=53]; le siguen en su orden: Bosa, con el 10.5% [n=52], San Cristóbal, 10.3% [n=51], y Usme, con el 7.3% [n=36] [Anexo 5]. Estas localidades, donde se concentra la población más pobre de la ciudad, son consideradas en emergencia social, no sólo porque albergan gran población en condiciones de vulnerabilidad sino porque además reciben el mayor número de población desplazada procedente de diferentes zonas del país. Estas son poblaciones con bajas condiciones socio-económicas y culturales, condición que agregada al desconocimiento de sus derechos y deberes en salud, así como también de los derechos sexuales y reproductivos, están incidiendo fuertemente en esta problemática. En estas localidades habitan familias mono-parentales en su mayoría, es decir, sólo uno de los padres responde por la crianza de sus hijos, que por lo general es la madre, quien se convierte en cabeza del hogar, razón por la cual debe trabajar y sus hijos adolescentes están a cargo del cuidado de sus hermanos, asumiendo el papel de cuidadores y, en algunos casos, privándoles de la oportunidad de acudir al colegio.

Así mismo, la ausencia de los padres, la falta de aprovechamiento del tiempo libre, así como la falta de afecto, atención y orientación, están generando problemas en su desarrollo psicosocial, de auto-estima, de carencia de un proyecto de vida. Con ello, se favorece e incrementan situaciones de riesgo para que esta población sea víctima de violencia y abuso sexual, que al igual que la pobreza, su tendencia es hacia la reproducción social del fenómeno y se convierte en un círculo vicioso difícil de romper.

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

Los nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años se han reducido desde el año 2008 (n=586) a 2010 (n=515) [Gráfico 23]. Con relación a los nacimientos en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, se observa una tendencia a la reducción, pasando de 21.095 en 2007 a 19.325 en 2010.

Gráfico No. 23.
Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años en Bogotá D.C. 200-2010



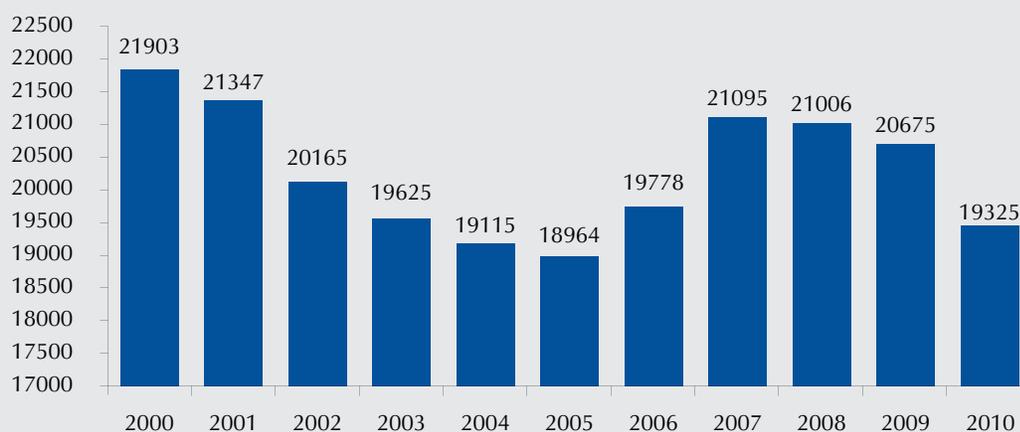
Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares - Sistema de Estadísticas Vitales corte agosto 31 de 2011.

El comportamiento por localidades en el año 2010 evidencia que las que aportan el mayor número de nacimientos son: Ciudad Bolívar, con el 14.5% [n=2702], Kennedy, con el 13.9% [n=2588], Bosa,

con el 11.6% [n=2165], y le siguen las localidades de Suba, con el 10% [n=1863], San Cristóbal, con el 9.1% [n=1685] y la localidad de Usme, con el 7.9% [n=1464] [Ver Anexo 5], lo que evidencia que son localidades que demandan gran atención por el número de nacimientos en este grupo poblacional y que están igualmente afectadas por condiciones sociales, culturales y económicas que ponen en evidencia un “problema social” de la ciudad, derivado de una serie de situaciones emergentes en comunidades pobres y vulnerables y limitando la identificación real de motivaciones para el embarazo en edades tempranas de la vida. La Secretaría Distrital de Salud ha venido desarrollando actividades para impactar en este fenómeno, entre estas acciones están: la realización de contratos con los hospitales de la red pública del implante sub-dérmico, la anticoncepción de emergencia y el condón, cuando estos anticonceptivos no estaban incluidos en el POS, para la oferta y su suministro a mujeres y parejas desde los 10 años en adelante, identificados como población pobre no asegurada, con previa asesoría en regulación de la fecundidad realizada en la institución prestadora de servicios por un profesional de la salud especializado en el tema y su respectivo consentimiento informado y autónomo.

Así mismo, se han realizado acciones encaminadas a la formación y fortalecimiento de conocimientos en temas de sexualidad y género que incidan sobre sus vivencias; también se han proporcionado guías de información en salud sexual y reproductiva con adolescentes vinculados a clubes pre-juveniles, la Fundación Jóvenes de Éxito, adolescentes en protección, jóvenes de colegios privados y del programa Salud al Colegio, adolescentes que prestan el servicio social obligatorio, adolescentes que participan en Comedores Comunitarios y líderes de organizaciones juveniles.

Gráfico No. 24.
Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá D.C. 2000-2010



Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010, Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida de las personas, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, e incluye la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Los embarazos en adolescentes convocan la complejidad de los determinantes estructurales, definidos desde lo económico, lo social y cultural. Por lo regular, sus causas están asociadas con estilos, modos y condiciones de vida, muchos de los cuales se generan y reproducen al interior de la familia, la comunidad y en general del componente y estructura de la sociedad de la que se es parte.

Uno de los agravantes del embarazo en adolescentes lo constituye el abuso sexual, situación que ha venido atacándose desde el punto de vista normativo en el país. De acuerdo con el Código Penal Colombiano, los actos sexuales con una niña menor de 14 años y, por ende, el embarazo en este grupo de edad constituyen un delito. Así mismo, se considera que al menos una parte de la gestación en niñas y adolescentes está asociada a relaciones asimétricas de poder en términos de edad, posición económica y política, que se relacionan con la violencia sexual. De igual forma, se observa que existen factores culturales que están incidiendo negativamente en el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, así como en la demanda oportuna de los servicios de salud, lo que está generando embarazos no planeados y no deseados.

2.4. Reducción de la tasa de trabajo infantil

Las acciones intersectoriales lideradas por la Secretaría Distrital de Salud permitieron brindar respuestas integrales, superando una visión fragmentaria del individuo y facilitando la comprensión de las personas como seres complejos e integrales. Es así como las intervenciones contribuyeron a la implementación de las políticas distritales para la salud de los y las trabajadoras de infancia en su componente: “Niños a la escuela, Adultos al trabajo”, de discapacidad en su dimensión de desarrollo de capacidades y oportunidades, y de juventud.

Lo anterior, se evidencia en una disminución considerable de la tasa de trabajo infantil en Bogotá D.C.⁽⁶⁾, haciéndose evidente la articulación intersectorial que realizó el Distrito Capital, para el abordaje integral de la problemática de calidad de vida y de salud de la población menor trabajadora de la ciudad [Gráfico 25]. Es así como Bogotá, en 2010, recibió el “Premio Categoría Alta por Erradicación del Trabajo Infantil”, otorgado por la Procuraduría General de la Nación en razón al cumplimiento de la meta: Niños y niñas menores de 15 años desvinculados del trabajo infantil. En los últimos 4 años se ha logrado la desvinculación laboral de 15.684 niños y niñas de la actividad laboral y 6.141 jóvenes identificados para la generación de condiciones de trabajo protegido.

6 De acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Ministerio de la Protección Social, la tasa de trabajo infantil medida por el DANE (Fuente oficial), en Bogotá disminuyó del 3.4% en 2007 al 2.8% en 2009, siendo objeto de reconocimiento público la gestión adelantada por la ciudad para la erradicación del fenómeno.

Gráfico No. 25.
Tasa de erradicación de trabajo infantil Bogotá-Colombia 2003-2009

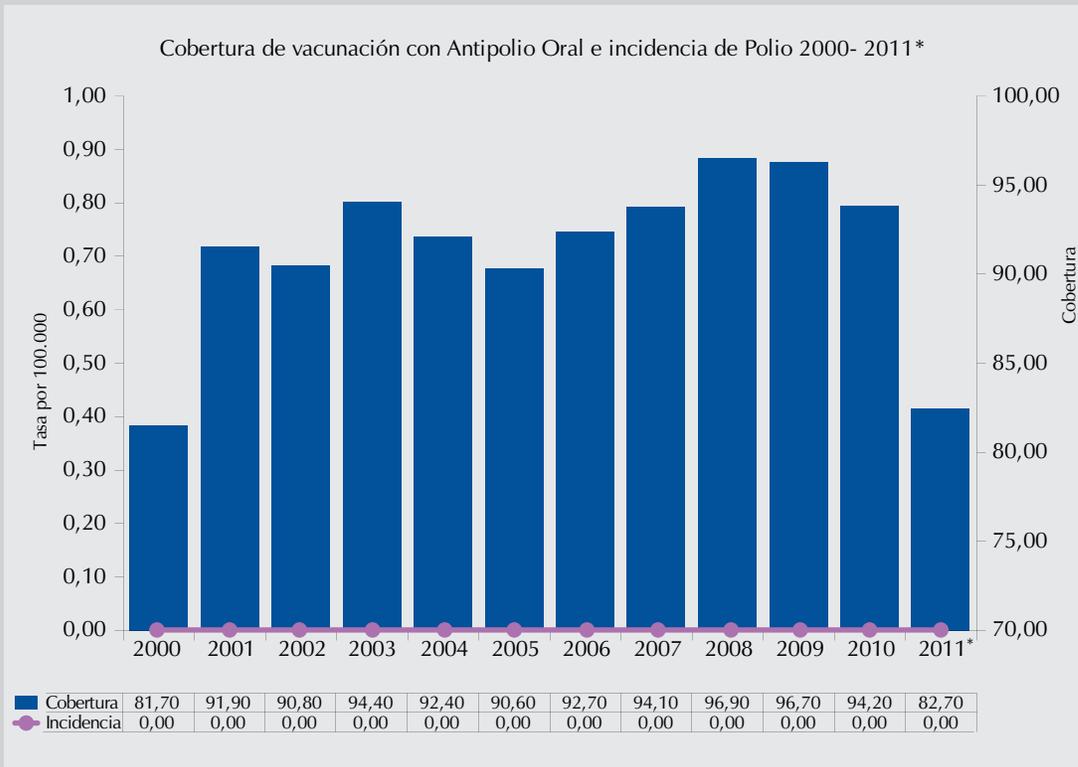
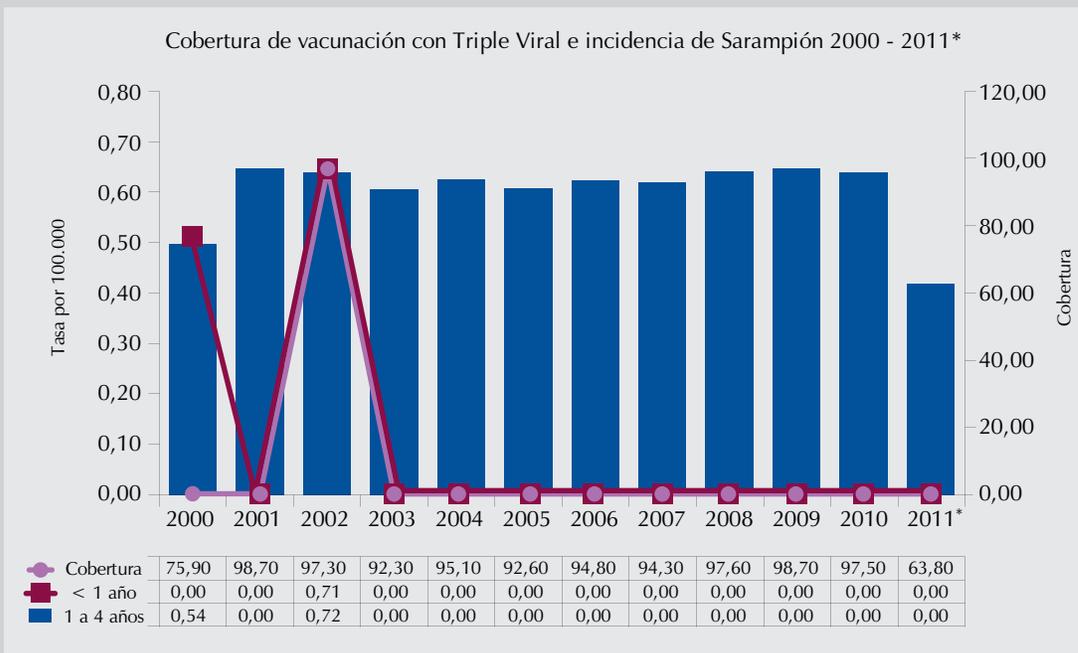


Fuente: DANE, 2009.

De igual forma, se intervinieron los diferentes núcleos problemáticos con promoción de Entornos de Trabajo Saludables en Unidades de Trabajo Informal de población desplazada, grupos étnicos, LGTB, y preservación de la autonomía en trabajadores y trabajadoras con discapacidad, mejorando significativamente las condiciones de trabajo y de salud de los y las trabajadoras; y es así como La Estrategia “Entornos de Trabajo Informal” fue reconocida internacionalmente por su aporte al mejoramiento de la salud urbana y está en proceso de implementación en otras ciudades del país, recibiendo en 2010 el **Segundo Puesto** del Primer concurso Hispanoamericano e Interamericano de buenas prácticas en urbanismo y salud con el proyecto “Promoción de Entornos de Trabajo Saludables” convocado por la Organización Panamericana de la Salud –OPS.

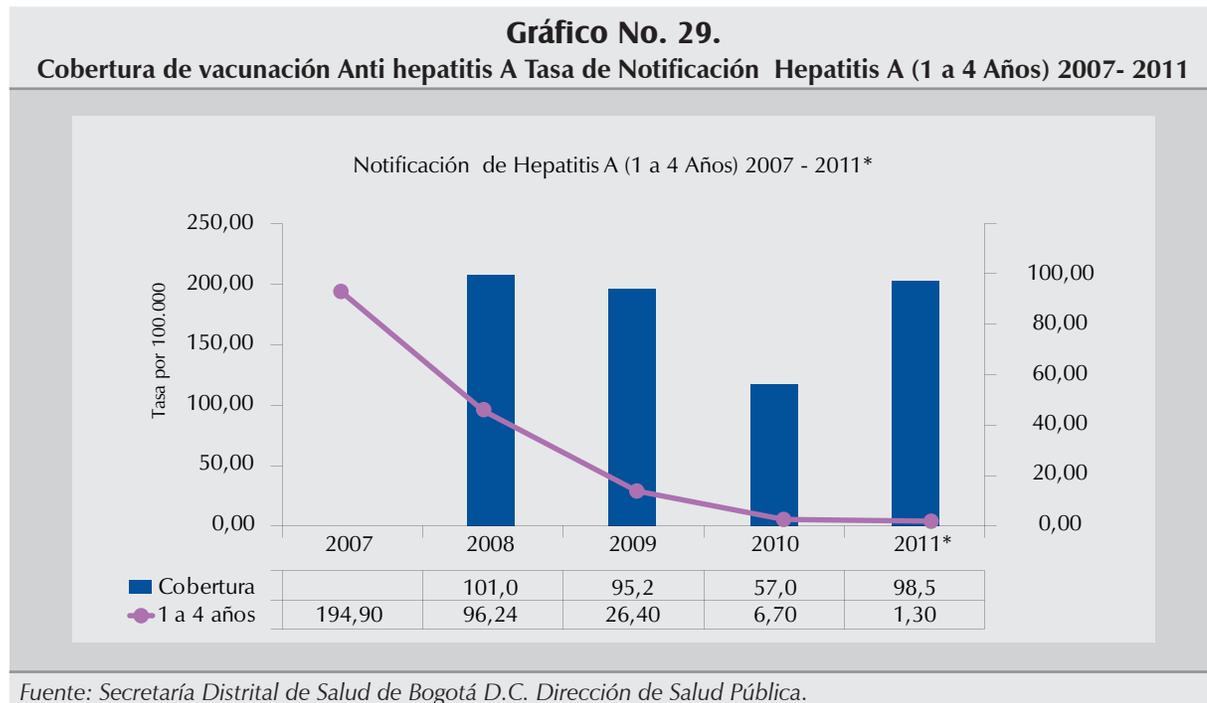
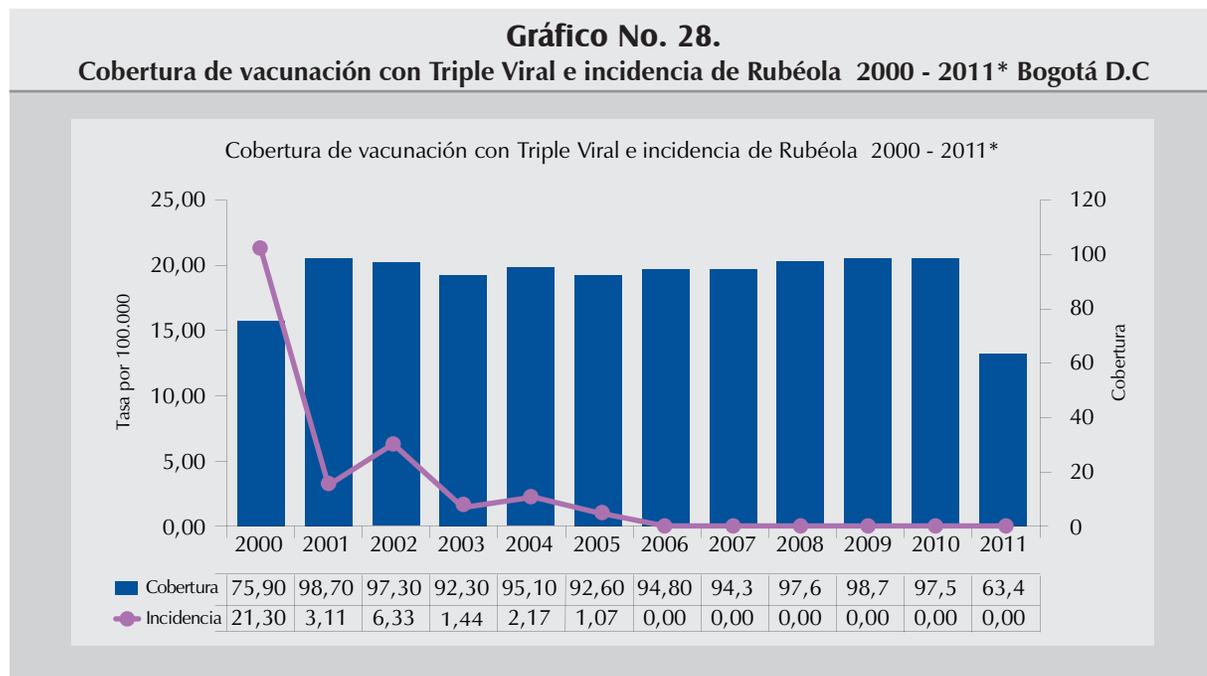
2.5. Erradicación y control de enfermedades inmuno prevenibles.

Producto de las coberturas de vacunación alcanzadas para todos y cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI], se erradicaron y mantienen bajo control las enfermedades inmunoprevenibles. Desde el año 2000 no se registra un solo caso de polio en Bogotá D.C. [Gráfico 26].

Gráfico No. 26.**Cobertura de vacunación con Anti polio Oral e incidencia de Polio 2000- 2011* Bogotá D.C.****Gráfico No. 27.****Cobertura de vacunación con Triple Viral e incidencia de Sarampión 2000 - 2011* Bogotá D.C.**

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

Desde 2003, la incidencia de sarampión en Bogotá D.C. se ha mantenido en cero casos [Gráfico 27] y desde 2006 ha sido negativa la incidencia de rubéola en la ciudad [Gráfico 28] y desde 2005 la hepatitis A se ha mantenido en cero [Gráfico 29].



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

En Hepatitis A, en 2006 el grupo afectado era: 1-14 años con un porcentaje del 68% de los casos y el restante 32% se encuentran en el grupo de adolescentes y adultos. Para el 2007, el grupo de edad más afectado fue el grupo de 5 a 9 años y el de 1 a 4 años (29,2% y 24% respectivamente). Para el 2008, el grupo de 5 a 9 continúa siendo el más afectado

(26,2%), al igual que el de 1 a 4 años (17,7%). Para el 2009 continúan siendo los grupo etarios de 5 a 9 años y 1 a 4 años los más afectados, sin embargo, se observa un descenso en este último en comparación con los años anteriores (21,4% y 12%). Finalmente, para el 2010 (desde semana epidemiológica 1 hasta la semana epidemiológica 52) se observa un cambio en el grupo de edad más afectado, donde el primero es el grupo etario de 5-9 años con un porcentaje del 11,9%, y el segundo grupo es el de 10-14 con un porcentaje de 16 %, desplazando al grupo de 1 a 4 años al tercer grupo afectado. Lo anterior se debe a la inclusión de la vacuna contra la Hepatitis A durante el año 2008 a la población de 1 año.

Gráfico No. 30.
Impacto Vacunación Contra Hepatitis A En Bogotá, Colombia, 2000-2010

Total Casos reportados en nueve años: 26.619
Total Casos estimados en nueve años: 106.476

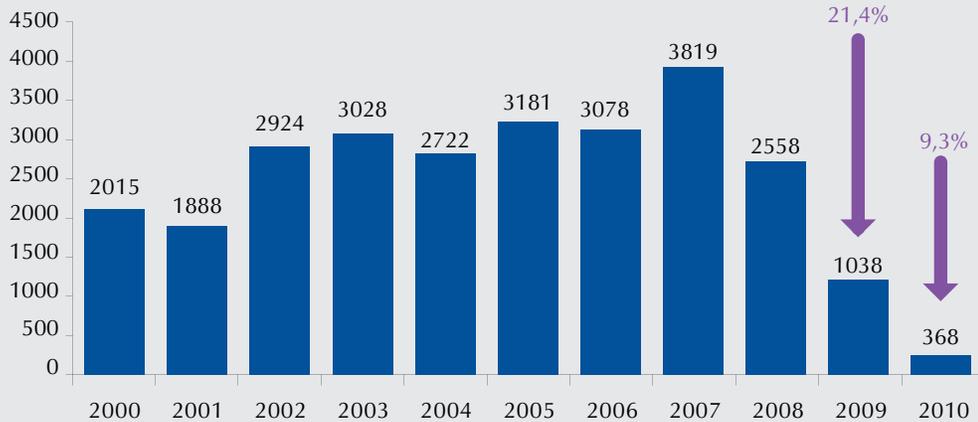


Gráfico No. 31.
Cobertura de vacunación con Rotavirus Menores de 6 Meses vs Mortalidad por EDA Menores de 1 año 2007 -2011*



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública * a agosto de 2011.

3. RECURSOS INVERTIDOS POR EL SECTOR

En las Tablas 2 y 3, se presenta el comportamiento del presupuesto durante las vigencias 2008-2011, para el Fondo Financiero Distrital de Salud, con fecha de corte a septiembre 30 de 2011 y de la red pública adscrita, con fecha de corte a la misma fecha.

Objetivo Estructurante	Programas	Presupuesto 2008-2011 (a 30 de sept.)	Ejecución 2008-2011 (a 30 de sept.)	% Ejecución	Presupuesto Proyectado 2012 (*)
Ciudad de Derechos	Bogotá Sana	487.772.021.464	589.085.046.246	92,4%	176.761
	Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud	4.005.206.606.194	2.891.537.934.916	72,2%	1.161.085
	Fortalecimiento y provisión de los servicios en Salud	605.990.421.023	487.076.891.074	80,4%	126.476
Ciudad Global	Bogotá Sociedad del Conocimiento	3.076.712.126	2.461.446.228	80,0%	1.500
	Bogotá Competitiva e Internacional	7.559.684.430	7.501.966.712	99,2%	510
Participación	Ahora Decidimos Juntos	9.997.340.134	8.446.356.660	84,5%	4.500
Gestión Pública Efectiva y Transparente	Tecnologías de la Información y Comunicación al Servicio de la Ciudadanía	26.152.883.922	20.360.942.592	77,9%	15.566
	Desarrollo Institucional Integral	23.246.869.735	18.666.041.814	80,3%	9.825
TOTAL		5.318.434.600.359	4.025.136.626.242	75,7%	1.496.224

Fuente: Predis- SHD, Empresas (*) Los recursos del año 2012 corresponden a los del Proyecto de Presupuesto para esa vigencia.

Del total de recursos presupuestales asignados para el sector Salud para el período 2008-2011, con fecha de corte a septiembre 30, de \$5.318.435 millones se ejecutaron el 75,7%, equivalentes a \$4.025.137 millones. En el Programa Garantía del Aseguramiento y Atención en Salud se apropiaron recursos por \$4.005.207 millones y se ejecutaron \$2.891.537, el 72,2%. En Bogotá Sana, se apropiaron recursos por valor de \$487.772 millones, de los cuales se ejecutaron \$589.085 millones en todas y cada una de las vigencias presupuestales. En el Programa Fortalecimiento y Provisión de los Servicios de Salud se asignaron \$605.990 millones, de los cuales se ejecutaron \$487.077, el 80,4% de los recursos. En Tecnologías

de la Información y de las Comunicaciones se asignaron \$26.153 millones y se ejecutaron \$20.361, el 77,9%. En los demás programas se registran niveles de ejecución superiores a 80%, como en Desarrollo Institucional Integral, en el cual, de una asignación de \$23.247 millones, se ejecutaron 18.666 millones, y en Bogotá Competitiva Internacional, de una apropiación inicial de \$7.560 millones, se ejecutaron \$7.502 millones, el 99,2% de los recursos [Tabla 2].

En la vigencia 2008, el valor consolidado de la apropiación presupuestal para la red pública fue por un monto de \$1.030.103 millones, de los cuales se comprometieron \$988.773 millones que equivalen al 96,0% y que a su vez se giraron \$836.014 millones que semejan un 84,6% del monto de compromisos. De la misma manera, para el año 2009 el presupuesto total asignado para la red pública fue de \$1.154.135 millones, los compromisos adquiridos durante la vigencia fueron de \$1.115.910 millones para un 96,7% de ejecución presupuestal, de la cual se alcanzó a realizar giros por valor de \$926.223 millones, siendo un 83,0%. En la vigencia 2010, para la red pública fueron asignados \$1.448.326 millones como partida presupuestal y durante esta vigencia se logró ejecutar un 87,6% que equivale a \$ 1.269.283 millones, de los que se giraron \$1.028.696 millones, lo que significa un 81% del valor comprometido. Con corte al mes de septiembre de 2011, el valor consolidado de apropiación presupuestal para la red pública es por un monto de \$1.384.537 millones, del cual se ha ejecutado un 75,88% que corresponde a un valor de \$1.050.559 millones, de los cuales se ha girado \$697.499 millones que semejan a un 66,39%.

Tabla No. 3.
Presupuesto de gastos consolidado de la Red Pública (Cifras en millones de pesos)

Vigencia	Concepto	Funcionamiento	Operación	Inversión	Disponibilidad Final	Total Gastos + D. Final	% de ejecución
2008	Apropiación	246.350	598.487	179.572	5.694	1.030.103	
	Compromiso	239.812	592.866	156.096		988.773	95,99%
	Pago	203.576	505.732	126.707		836.014	84,55%
2009	Apropiación	254.999	821.388	77.380	368	1.154.135	
	Compromiso	249.938	814.941	51.030		1.115.910	96,69%
	Pago	215.536	683.122	27.566		926.223	83,00%
2010	Apropiación	279.500	952.848	164.180	3.409	1.399.936	
	Compromiso	271.885	943.477	53.921		1.269.283	90,67%
	Pago	232.049	764.643	32.003		1.028.696	81,05%
2011 al mes de septiembre	Apropiación	288.842	939.965	134.054	21.675	1.384.537	
	Compromiso	224.453	800.613	25.493		1.050.559	75,88%
	Pago	158.968	527.615	10.916		697.499	66,39%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud Dirección de Planeación y Sistemas.

4. FORTALEZAS PARA DESTACAR Y MANTENER

En materia de salud y de calidad de vida, Bogotá D.C. se constituye en ejemplo de gestión para el resto del país. Los resultados alcanzados y los reconocimientos nacionales e internacionales obtenidos [Anexo 6] fueron producto de los esfuerzos realizados y de las decisiones locales adoptadas en torno a todos y cada uno de los principales problemas identificados. Además de constituirse en un logro, la reducción de la mortalidad evitable por principales causas y eventos, es el reflejo de las mejoras en la calidad de vida de la población de la ciudad, a la cual contribuyeron de manera significativa el Sector Salud junto con los demás sectores de la Administración Distrital, reconociendo las bondades por la adopción de estrategias sectoriales como la estrategia promocional de calidad de vida y salud y la atención primaria en salud, así como la accesibilidad en sus principios de longitudinalidad, integralidad y continuidad, no sin desconocer la importancia y el aporte que los demás niveles de la Administración, tanto Nacional como Distrital, realizaron.

Las intervenciones promocionales en los ámbitos en donde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas: hogar, escuela, trabajo, comunidad e instituciones, estuvieron caracterizadas por integralidad y continuidad desde lo sectorial, pero con alcance tras e intersectorial, potenciando respuestas más acordes con las particularidades propias de los distintos grupos y territorios de la ciudad; así como también propiciando un contacto más directo, permanente, duradero y más cercano desde el sector Salud, con los actores y con los servicios estatales y el acceso a una atención más integral y oportuna. Los resultados alcanzados en términos de efectos e impactos muestran avances positivos en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad evitable de la población, en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad en donde vienen operando las estrategias promocional de calidad de vida y salud y de atención primaria en salud, como fiel reflejo y producto de las intervenciones llevadas por la Administración Distrital.

4.1. Atención Primaria en Salud en Ámbitos de Vida Cotidiana

4.1.1. Atención primaria en salud [APS] en el ámbito familiar

En "Salud a su Casa" se vienen generando respuestas integrales en los 369 micro-territorios ubicados en las zonas más pobres y vulnerables de la Ciudad, cubriendo al 24% de la población de Bogotá, en donde gracias a la intervención de los equipos básicos se han obtenido coberturas de vacunación, de crecimiento y desarrollo y de citología vaginal cercanas al 100%, con impactos positivos en la morbilidad y mortalidad de las zonas en las cuales viene operando la estrategia. El punto de partida para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, tanto al interior del Sector como para los acuerdos tras-sectoriales de gestión lo constituye la organización administrativa de la ciudad en las 79 zonas de condiciones de calidad de vida y salud [ZCCVS], agrupadas en cinco (5) para el Distrito Capital, las cuales fueron identificadas a partir de los diagnósticos locales de salud, con base en los siguientes criterios: a) zonas definidas desde la producción; b) zonas

definidas desde el consumo básico y de las condiciones de vivienda: de acceso precario a condiciones de vida digna tipo I⁽⁷⁾ y de acceso precario a condiciones de vida digna tipo II; c]. zonas de protección para toda la ciudad; d]zonas de dinámicas sociales complejas; e]zonas de transición rural–urbana.

La intervención tras-sectorial en estas ZCCVS se visualizó con una perspectiva progresiva, de manera que la misma viene operando en las zonas de acceso precario a condiciones de vida digna tipo I y de acceso precario a condiciones de vida digna tipo II, es decir, en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad. Para la puesta en operación de la estrategia, se crearon los Equipos Básicos De Atención Familiar Y Comunitaria -(EBAFC), conformados por un médico, una enfermera profesional y tres promotores, con algunas variaciones dependiendo de los recursos disponibles y las particularidades territoriales. A cada equipo se le asignaron 800 familias en principio, número que se aumentó posteriormente a 1.200 familias, con un promedio de 3500 personas por EBAFC, según la composición familiar en Bogotá. Las familias se adscribieron a los equipos, los cuales debían estar en conexión permanente con la red o complejo de Atención Primaria en Salud [APS], es decir con las UPA, UBA y CAMI, para el caso de la red hospitalaria pública adscrita, como se muestra en el Anexo 8.

Está pendiente el impulso al desarrollo de complejos similares entre las IPS privadas para ampliar progresivamente la cobertura, así como también la creación de los complejos sociales. La primera actividad de los equipos fue la caracterización de las familias y de las necesidades sociales en el territorio. Progresivamente, estos equipos elaboraron y desarrollaron planes de atención familiar y comunitaria que integraron a las funciones señaladas anteriormente. Este esquema viene operando en el ámbito familiar, inicialmente denominado “Salud a su Hogar”, y en forma posterior, “Salud a su Casa”, permitiendo de esta forma, a la población cubierta por la estrategia, superar barreras de acceso a los servicios de salud propiciadas por el actual sistema. Desde la puesta en operación hasta agosto de 2011, se vienen realizando la caracterización de individuos, familias y entornos en 369 micro-territorios ubicados en las zonas más pobres y vulnerables de la ciudad. De igual forma, se vienen haciendo esfuerzos para proveer respuestas más integrales y articuladas, tanto al interior del Sector como con otros sectores, con cobertura para 579.794 familias, compuestas por 1.862.647 personas ubicadas en los sectores más vulnerables de 19 de las 20 localidades del Distrito [Gráfico 11].

7 Esta clasificación de condiciones de vida digna comprende cinco[5] zonas: [a]. zonas definidas desde la producción; [b]. zonas definidas desde el consumo básico y de las condiciones de vivienda: de acceso precario a condiciones de vida digna tipo I y de acceso precario a condiciones de vida digna tipo II; [c]. zonas de protección para toda la ciudad; [d]. zonas de dinámicas sociales complejas; [e]. zonas de transición Rural – Urbana. La intervención transectorial en estas ZCCVS se llevará a cabo en forma progresiva. En el 2007 se continuará trabajando por las zonas definidas desde el consumo básico y de las condiciones de vivienda: de acceso precario a condiciones de vida digna tipo I y de acceso precario a condiciones de vida digna tipo II, en adelante denominadas: "zonas tipo 1 y 2: de acceso precario a condiciones de vida digna tipo I y II". En la zona 1 convergen territorios sociales ubicados en las localidades de: Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Rafael Uribe y Ciudad Bolívar. En la zona II convergen territorios sociales de acceso precario ubicados en las localidades de Santa Fe, Candelaria y Mártires [véase el mapa I]. Cabe precisar que estas áreas están ubicadas en las localidades de emergencia social y, a su vez, se corresponden con las Unidades de Planeamiento Zonal [UPZ] priorizadas en el Programa de Mejoramiento Integral de Barrios, lo cual facilita las intervenciones y respuestas conjuntas del Estado en estos territorios sociales.

Como evidencia del impacto logrado por las intervenciones en el ámbito familiar en 2011, se tiene, en primer lugar, que 76% de las familias abordadas muestran alto grado de adherencia al programa “Salud a su Casa”, lo cual permite la continuidad de las acciones con la población en los programas de salud pública, de promoción y prevención, al igual que la canalización a servicios de salud; en segundo lugar, se logró que el 100% de menores de 1 año registraran: coberturas útiles de vacunación, según del esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI], coberturas acumulada de 78% de asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo en los menores de 5 años, de los cuales 77.269 niños recibieron las visitas de seguimiento programadas en la Estrategia AIEPI [Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia]; en tercer lugar, se alcanzaron coberturas acumuladas de 95% de asistencia a control prenatal de gestantes; se identificaron e incluyeron en la intervención de acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante de alto riesgo a 3.479 nuevas gestantes a las cuales se les realizaron 12.487 visitas de seguimiento, aspecto que permitió identificar y controlar los riesgos de complicaciones en el desarrollo del proceso de gestación, parto y condiciones de salud del infante; en cuarto lugar, para el grupo de mujeres de 25 a 69 años se les realizó 12.659 canalizaciones a la toma de citología vaginal, alcanzando para este grupo de edad, una cobertura acumulada del 98,52 % de toma de citología.

Dado que “Salud a su Casa” se ha constituido como la puerta de entrada a los servicios de salud, porque representa el primer contacto del trabajador de la salud con las familias, se han generado expectativas por la continuidad de acciones afirmativas en la población, como: disminución al 100% de barreras de acceso a los servicios de salud, atención domiciliaria del médico en la casa o del equipo de salud mismo, agilidad en los trámites administrativos para solicitud de servicios y vinculación a programas sociales y mayor cercanía de la IPS primaria a su vivienda, entre otras. La puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria En Salud en el ámbito familiar, sirvió de eje inspirador para ampliar su operación en los demás ámbitos de vida cotidiana, como en el escolar, laboral, comunitario e institucional. En cada ámbito se viene operando según las particularidades propias de los mismos.

4.1.2. Atención primaria en salud [APS] en el ámbito escolar

Para el caso del ámbito escolar, se vienen cubriendo 546 instituciones educativas, 240 jardines y 12 instituciones educativas distritales [IES] [Gráfico 12]. El impacto del programa “Salud al Colegio” se relaciona con dar solución a las problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los estudiantes terminen con éxito la etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos. Con él se ha incidido sobre las condiciones de salud en los grupos pertenecientes a las instituciones educativas en las que la estrategia se ha desarrollado, y en problemáticas específicas, tales como: la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada, afecciones a la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva y la desnutrición.

Así mismo, en salud sexual y reproductiva se alcanzó cobertura para adolescentes entre 10 y 19 años en 546 sedes de colegios y 12 instituciones educativas de educación superior; en salud mental, a través de la línea 106 [Amiga de Niños, Niñas y Adolescentes] se benefició a adolescentes escolarizados, los cuales en su mayoría tuvieron acciones durante todo el año académico con procesos de formación en derechos y salud mental. De igual forma, se realizaron intervenciones en salud visual y auditiva, prevención de la discapacidad, prevención de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y acciones de suplementación con sulfato ferroso y micronutrientes, para prevenir y combatir la presencia de anemia en este grupo de alta importancia social.

4.1.3. La atención primaria en salud [APS] en el ámbito laboral

La estrategia de Atención Primaria En Salud viene operando también en el ámbito laboral, por considerarlo como espacio vital de alto impacto en los modos de enfermar y morir. A este respecto, se plantearon compromisos para intervenir los grupos más vulnerables como lo son los niños y la población en condición de discapacidad severa. A este respecto, se plantearon como retos: “Cubrir 10.000 empresas formales con proceso de inclusión a personas en situación de discapacidad”; “Vincular 20.000 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial”; “Contribuir a la erradicación del trabajo infantil...”; “Identificar 8.670 jóvenes trabajadores para la generación de condiciones de trabajo protegido” e “Identificar y canalizar a programas y servicios 20.000 niños y niñas trabajadores para promover su desvinculación laboral y su inclusión y permanencia en el sistema educativo”.

La primera responsabilidad se ejecutó a través de la actividad de asesoría a empresas para la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector Formal. Como impacto de este proceso, se logró que trabajadores y trabajadoras en situación de discapacidad hayan logrado un proceso de vinculación laboral efectiva. La continuidad del programa fue de un 98% dado que solo 15 de las 777 empresas con que se inició el proceso en el 2010 decidieron no continuar con el programa. Así mismo, a un total de 252 niños y niñas y sus familias fueron identificados y se les realizó la gestión para el aseguramiento en salud, de los cuales 95 obtuvieron respuesta efectiva; 38 niños y niñas canalizados al ICBF por encontrarse en una situación inminente de vulneración de derechos de los cuales ya obtuvieron respuesta positiva 21; también se logró que 1.496 niños y niñas trabajadores fueran canalizados a proyectos locales de promoción de la desvinculación laboral, de los cuales ya fueron recibidos 354; y se desarrollaron 259 actividades de sensibilización colectiva en espacios locales para la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Como impacto en el desarrollo de esta meta, de 2008 a 2010 se tiene un acumulado de niños, niñas y adolescentes beneficiados que recibieron intervenciones complementarias de salud mental así como en otros servicios de salud, y canalización y vinculación a

programas escolares y de protección social de los niños, niñas y adolescentes trabajadores, incidiendo directamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población en la ciudad.

4.2. La gratuidad en salud para grupos especiales de población y otras estrategias adoptadas para eliminar barreras de acceso

De la mano con las intervenciones promocionales de calidad de vida y salud en ámbitos de vida, se destaca la gratuidad en salud, como otra fortaleza para mantener y acentuar, haciéndola extensiva para más segmentos poblacionales dentro de los cuales se incluyan gestantes y mujeres en edad fértil clasificadas en niveles 1 y 2 del sistema de identificación de beneficiarios [SISBEN], afiliadas al régimen subsidiado de salud. En su conjunto, a estas poblaciones menores de cinco años, mayores de 65, discapacitados, gestantes y mujeres en edad fértil, se les deberá continuar prestando todos los servicios de salud sin ningún tipo de cobro para continuar avanzando en la eliminación de barreras de acceso económicas, disminución y control oportuno de enfermedades evitables con incidencia en la morbilidad, mortalidad y aumento en años de vida saludable. La continuidad dada a esta política de la Administración Distrital, es una muestra del compromiso con la salud de la población de la ciudad, primordialmente la más pobre y vulnerable constituyéndose Bogotá D.C. en la única ciudad del país con gratuidad en salud y con una determinación de luchar para erradicar la inequidad y la injusticia social.

La “Ruta de la Salud” se constituye en un servicio de transporte gratuito que inició en el año 2006 y actualmente cuenta con 21 rutas en todas las localidades, a través de 21 circuitos diferentes al día, divididos en 4 amplias zonas que abarcan el sur, norte, oriente y occidente de la Capital, con capacidad para 259 usuarios sentados, 18 sillas de ruedas y 9 vehículos con rampa. Desde 2006 a septiembre de 2011 se han realizado 647.298 traslados de usuarios: gestantes, adulto mayor, población en condición de discapacidad y menores de 5 años, a los 146 puntos de atención de la red adscrita. Así mismo, con la creación y puesta en operación de la Salas ERA y la intervención en determinantes a través de un trabajo conjunto entre sectores, dentro de los cuales se permitió la revisión y la determinación de acciones conjuntas para el control de la contaminación ambiental y la vigilancia y control del agua para consumo humano, se incidió de manera considerable en la reducción de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda y por enfermedad diarreica aguda.

En urgencias, se adoptaron medidas para dar respuesta oportuna; teniendo en cuenta los problemas de movilidad de la ciudad se adquirieron y pusieron en operación moto-ambulancias, así mismo, se incrementaron los vehículos con un nuevo operador TAM; se adquirió un vehículo de Apoyo en Psicología para valorar principalmente los pacientes relacionados con maltrato con un promedio/día de 4 atenciones; se re-ingresaron con 20 camillas más de remplazo, el carro camillero para liberar las ambulancias retenidas en las IPS, como plan de contingencia para mejorar la productividad de las mismas [Anexo 7]. Se mantuvo el sistema satelital de comunicaciones, el cual se constituye en un potencial enorme para la ubicación y el traslado de ambulancias. La puesta en operación del

Primer Banco de Órganos y tejidos, que actualmente rescata, procesa, criopreserva, almacena y distribuye tejidos humanos, piel y córneas, y que en 2011, se amplió a hueso y esclera. En 2011, ofrece servicios como primer banco público de células Madre de cordón umbilical y laboratorio de inmunogenética e histocompatibilidad aplicada a trasplantes. De igual forma, se hace necesario continuar llevando a cabo obras de reforzamiento estructural de los hospitales públicos distritales, así como las demás obras de infraestructura y de reposición hospitalarias y mantener y ampliar la intervención en determinantes para avanzar en la transformación del modelo asistencialista.

4.3. Estrategias adoptadas para lograr coberturas de vacunación más allá del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI]

Como producto de las intervenciones llevadas a cabo por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., se alcanzaron coberturas útiles de vacunación, iguales o superiores al 95%, para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI] [Cuadro 12 y Anexo 1]. La cobertura alcanzada en Bogotá D.C. con anti-polio en menores de un año fue de 96.7%, con DPT en menores de un año fue de 96.6%, con Hepatitis B en menores de un año fue de 96.6%, con anti Haemophilus Influenzae tipo B en menores de un año fue de 96.6%. Para estos biológicos, el 45% [9/20] de las localidades del Distrito Capital cumplieron con la meta igual o superior al 95%. La cobertura alcanzada con Triple Viral en niños y niñas de un año fue de 98.7%. El 75 % [15/20] localidades cumplieron con la meta igual o superior al 95% para este biológico. La cobertura alcanzada contra la Fiebre Amarilla en niños y niñas de un año fue de 104.6%. El 95% [19/20] de las localidades del Distrito Capital cumplieron con la meta igual o superior al 95%. La cobertura alcanzada con BCG en menores de un año fue de 102.7%.

Para el cumplimiento y superación de la meta propuesta, en general se mantuvieron e incrementaron las intervenciones extramurales, los horarios extendidos, el Call Center, las jornadas de vacunación y el seguimiento a cohortes, entre las más importantes. De igual forma, se desarrolló una estrategia de comunicación, a través de medios masivos a fin de sensibilizar padres y cuidadores sobre la importancia de la vacunación en la población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI]; se realizó inducción, reinducción, capacitación y certificación del talento humano del PAI en el esquema regular de vacunación y nuevos biológicos, al igual que en el desempeño de las actividades propias del programa de acuerdo a normatividad y protocolos vigentes.

Así mismo, se fortaleció y complementó el sistema de información PAI con el fin de que sea integral y aporte en la consecución de la información de la población objeto del programa; se complementaron estudios pre-introductorios para la inclusión de nuevos biológicos; se adquirieron, en forma oportuna y suficiente de los biológicos nuevos y los insumos necesarios a toda la red del PAI [Hepatitis A y Neumococo] [Anexo 8]; se amplió la capacidad instalada de la red de frío en el nivel central y local; se garantizaron en su totalidad la disponibilidad de insumos críticos del PAI [Vacunas del esquema regular e insumos para la aplicación]; se realizó monitoreo semanal de coberturas, con participación de los gerentes de las empresas sociales del estado de la red pública

distrital de prestadores de servicios de salud, destacándose el compromiso político y gerencial, entre otros, por el seguimiento semanal llevado a cabo para el cumplimiento de la meta; así como las alianzas estratégicas con sociedades científicas, la amplia divulgación a la comunidad, el suministro de insumos y el mantenimiento de la cadena de frío.

5. RETOS SECTORIALES PARA LA SIGUIENTE ADMINISTRACIÓN

A partir del año 2012, a la vez que le corresponderá la a Secretaría Distrital de Salud, como ente rector del sistema de salud en la ciudad, continuar dando cumplimiento a los mandatos y políticas de la Nación impartidas para el sector Salud, de obligatoriedad para los entes territoriales; le corresponderá llevar a cabo los ajustes y adecuaciones necesarias encaminadas a avanzar en la implementación de la reforma al sistema de seguridad social en salud, aprobadas en la Ley 1438 de 2011, la Ley 1393 de 2010 y sus normas reglamentarias [Tabla 4].

Tabla No.4.
Asuntos pendientes por resolver

Asunto	Tipo de Tema por Resolver	Posible Solución	Entidades Responsables
1. Unificación Planes de beneficios	Entre otros aspectos, se deberá avanzar hacia la unificación de los planes de beneficios y hacia la universalización del aseguramiento en salud, con base en los lineamientos que al respecto expida el Ministerio de la Protección Social.	Lineamientos para EPS, inspección, vigilancia y control.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. EPS y prestadores
2. Implementación de la atención primaria en salud [APS] para Bogotá D.C.	Así mismo, deberán realizar las reformas encaminadas a adoptar plenamente la Estrategia de Atención Primaria en Salud a partir de los tres componentes integrados e interdependientes, determinados en el Artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, con cobertura y alcance para toda la ciudad, involucrando a aseguradoras, prestadores, otros sectores y demás actores; es decir, con alcance más allá de las zonas deprimidas de Bogotá D.C., de los ámbitos de vida y del primer nivel de atención de la red adscrita, en donde venía operando hasta el 2011.	Reorganización del sector Salud y del sistema de salud, bajo un modelo de salud, de prestación y de atención, acorde con el enfoque de gestión promocional adoptado en la Ley 1438 de 2011.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y Concejo de Bogotá D.C.

3. Función de Rectoría del Sector y del Sistema de Salud en la ciudad.	En cumplimiento de la función rectora del sector Salud en la ciudad se requiere que la Secretaría Distrital de Salud [SDS] desarrolle en forma inmediata y mediata la regulación sobre aseguradores y prestadores para garantizar el acceso efectivo a los servicios, con calidad y oportunidad.	Reorientación de competencias de la Dirección del sector Salud, expedición de toda la normatividad y regulación necesaria para fortalecer y hacer efectivo el ejercicio de rectoría en el Distrito Capital	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y Concejo de Bogotá D.C. Ministerio de la Protección Social.
4. Organización Sistema de Referencia y Contra referencia	En la función de armonizar la provisión de servicios de salud debe coordinar la organización y habilitar la conformación de la Red Integrada de Servicios de Salud para la ciudad, garantizando el cumplimiento de la Ley en cuanto a la adscripción de población a equipos básicos de salud y a puntos de atención de baja complejidad en lugares cercanos a donde vive, estudia o trabaja, articulados por un sistema integrado de referencia y contra-referencia, incluyendo la creación de una central del despacho de los incidentes de tránsito única en el Distrito, así como también, preparar y consolidar al sector Salud para dar respuesta ante incidentes y contingencias de gran magnitud.	Organización Sistema de Referencia y Contra-referencia como eje fundamental para la operación de las redes sociales y de servicios de salud	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. con participación y apoyo de los once sectores de la Administración Distrital, la Comunidad, las veinte localidades del Distrito Capital y las entidades y actores que hacen parte del Sector Salud
5. Equidad	Identificar necesidades de salud y establecer las brechas de atención que orienten el desarrollo de servicios y de equipamientos en salud distribuidos equitativamente en el territorio, para garantizar el acceso geográfico y económico de la población y disminuir la inequidad.	Definición de acciones y compromisos por problemas prioritarios del sector Salud, Celebración de acuerdos de gestión entre actores, territorios y grupos poblacionales para el cierre de brechas de gestión	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., once sectores de Administración Distrital, Comunidad y entidades y actores que hacen parte del Sector Salud
6. Atención Básica en salud	Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de baja complejidad a través del mejoramiento de la competencia clínica de los trabajadores de la salud y de la articulación de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico en red; del desplazamiento de profesionales especializados a infraestructura de servicios de baja complejidad y el desarrollo de modalidades de atención extramural y domiciliaria.	Reorganización de los servicios y del sistema de salud para Bogotá D.C. con base en la estrategia de APS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

7. Modelo de atención con enfoque familiar y comunitario	Implementar el modelo de atención con enfoque familiar y comunitario que favorezca la integralidad de la atención, desde el diagnóstico hasta la resolución completa del problema de salud y de calidad de vida.	Revisión, análisis y evaluación del modelo de salud vigente para Bogotá D.C.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
8. Intervención en determinantes de la salud	Fortalecer la coordinación con el sector Ambiente para el control sanitario y de riesgos ambientales.	Celebración de acuerdos de gestión integral orientados a la reducción de la contaminación del medio ambiente y a la mengua del deterioro ambiental en la Ciudad	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y Departamento Administrativo del Medio Ambiente DAMA y CAR.
9. Sistema de información en salud	Implementar servicios digitales y electrónicos de salud administrativos y asistenciales, incluyendo Historia Clínica Única Digital como un componente fundamental de desarrollo para la ciudad, para el cual se requieren inversiones que han demostrado ser costo/efectivas y han permitido transformar servicios de salud acordes con la dinámica mundial del Sector. Implementar el sistema integrado y unificado de información para facilitar el acceso a la información de calidad a los diferentes actores del sistema, prestadores, aseguradores, reguladores, entes de control.	Continuar avanzando en la digitalización de los servicios de salud en todos los procesos y procedimientos, incluidos los componentes administrativos y asistenciales, entre otros telemedicina e historia clínica y en general servicios de salud electrónica	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y Ministerio de la Protección Social
10. Investigaciones en salud.	Consolidar un sistema de investigación, desarrollo e innovación, fortaleciendo la cooperación con centros e instituciones dedicadas a la generación de conocimiento.	Incursionar en sistemas de investigación básica en salud para el Distrito Capital	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
11. Hemocentro Distrital	Continuar fortaleciendo la estructura y organización del Hemocentro Distrital como Banco de Sangre de referencia a nivel distrital con alcance nacional e internacional y como organismo de formación, capacitación y asesor, y continuar apoyando técnicamente a las coordinaciones Distrital y Nacional e integrantes de la red de sangre.	Continuar operando y ampliar los servicios del Hemocentro Distrital	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

12. Primer Banco Público de Células y Tejidos	Continuar con la gestión para el desarrollo del primer banco estatal multipropósito de tejidos y células madre de cordón umbilical, así como el laboratorio distrital de inmunogenética e histocompatibilidad, en apoyo a la red regional y nacional de trasplantes y para el desarrollo de la medicina regenerativa y terapia celular en el país.	Continuar operando y ampliar los servicios del Primer Banco Público de Células y Tejidos	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
13. Plan Decenal de Salud para Bogotá D.C. 2012-2022	Deberá poner en vigencia el primer plan decenal de salud.	Formular e implementar el Plan Decenal de Salud para Bogotá D.C.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Once sectores de la Administración Distrital, Comunidad, academia, sector Privado, grupos étnicos, gremios, actores e instituciones del sector Salud, entre otros.
14. Reforzamiento Estructural Red Pública Distrital Adscrita	Continuar con el reforzamiento estructural de los hospitales, hasta alcanzar el mismo para el 100% de las sedes públicas distritales que operan en Bogotá D.C., a la vez que adoptará las medidas para reorganizar el financiamiento del Sector y sus implicaciones en las Empresas Sociales del Estado.	Consecución de recursos, gestión pre-contractual y contractual para garantizar el reforzamiento en el 100% de las instituciones públicas hospitalarias	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en coordinación con el Ministerio de la Protección Social
15. Inspección, Vigilancia y Control	En materia de Inspección, Vigilancia y Control, también se requiere coordinar estrechamente con el nivel nacional las facultades y las actividades de descentralización y/o desconcentración que al respecto se ordene en la reorganización de este sistema desde la Superintendencia Nacional de Salud.	Organización del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en Salud para Bogotá D.C. con base en lo mandado en la Ley 1438 de 2011	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de la Protección Social
16. Ciudad Salud Región	Viabilizar el Proyecto de Ciudad-Salud-Región, como estrategia de reordenamiento urbano y de fortalecimiento de las capacidades de la Región Capital para insertarse definitivamente en el mercado internacional de servicios de salud.	Continuar con la implementación de las etapas pendientes por ejecutar del Proyecto Ciudad Salud, en lo posible, de acuerdo con las sugerencias y recomendaciones del estudio de factibilidad, ya realizado	Ministerio de La Protección Social, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca y Gobernación de Cundinamarca

17. Ciudad Región	En la ciudad se deben eliminar las barreras de acceso a la salud y organizar coordinadamente la oferta de servicios en la región, que para efectos de la salud no solo incluye a Cundinamarca, sino a ciudades como: Tunja, Ibagué y Villavicencio entre otras, que conforman la Ciudad Región, como preparación para la celebración de la fundación de la ciudad en el año 2038.	Revisión y propuesta de ajuste estructura administrativa Ciudad-Región en Salud. Celebración de convenios interadministrativos para gestión integral con instituciones del Sector y de otros sectores de la Ciudad Región	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca y Gobernación de Cundinamarca y departamentos como Boyacá, Tolima y Meta.
18 Atención Primaria en Salud [APS]	Realizar reformas encaminadas a adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud a partir de los tres componentes integrados e interdependientes determinados en el Artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, con cobertura y alcance para la ciudad, involucrando a asegurados, prestadores, otros sectores y demás actores; es decir , con alcance más allá de las zonas deprimidas de Bogotá D.C., de los ámbitos de vida y de los primeros niveles de atención de la red adscrita en donde se viene operando en 2011.	Universalizar la Estrategia de Atención Primaria en Salud [APS] como forma de organización de los servicios de salud en Bogotá D.C.	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. con participación y apoyo de once sectores de la Administración Distrital, comunidad y las entidades y actores que hacen parte del sector Salud.
19. Redes Sociales y de Servicios de Salud	Organizar, conformar y habilitar por redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos, tomando como guía la estrategia de Atención Primaria en Salud; gestionar las acciones colectivas de salud pública con las redes conformadas con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social y, por delegación habilitar la operación de redes en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social.	Organización y puesta en operación de redes sociales y de servicios de salud	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. con participación y apoyo de los sectores de la Administración Distrital, Comunidad, entidades y actores del sector Salud.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Planeación y Sistemas.

Así mismo, los retos y desafíos a los cuales deberá enfrentarse el sector Salud en Bogotá en el plazo inmediato se relacionan no solo con el acogimiento de las medidas aprobadas en la Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud; sino con la necesidad de adaptarse, de manera rápida y urgente, a las exigencias del emergente modelo de desarrollo mundial basado en la información, el conocimiento y en la aglomeración de población y sus factores asociados⁽⁸⁾. La dinámica del desarrollo global,

8 Al nuevo orden mundial también se le denominas: Capitalismo de la Información, Sociedad Red [Castells, 2001]; Era del Computador [Bustamante Donas, 1993]; Era del Acceso, Era del Biotech [Rifkin, 2000]; Sociedad del Conocimiento [Torrent I Sellens 2005] y Mundi Digital [Negroponte, 1999].

reflejada en el proceso de urbanización, plantea serios retos a las administraciones de las ciudades de los países en desarrollo. Bogotá se encuentra en un momento histórico en el cual puede dar un salto cualitativo hacia el futuro, o puede seguir resolviendo los problemas del pasado y acumular una deuda con sus habitantes.

A la vez, en el contexto interno convergen desafíos inmediatos para la sociedad bogotana y para la Administración Distrital, derivados, ante todo, del peso de la transición demográfica y su expresión en el área de la salud y de la calidad de vida de los pobladores; de la singularidad y desigualdad económica y social persistente entre territorios y grupos; de los acelerados procesos de urbanización y crecimiento de la ciudad; de la frágil cultura, formación, educación y actitud de la población frente a su salud; de la fragmentación y desequilibrio entre actores, instrumentos y procesos en la organización del sistema de salud y de la respuesta estatal; de la tendencia actual de deterioro del medio ambiente; de los estilos y modos de vida de los distintos grupos poblacionales; de la inseguridad y movilidad de la ciudad; de la inequidad en mortalidad evitable y embarazos en adolescentes presentes entre localidades, grupos y regímenes de la seguridad social en salud; de barreras de acceso y escasa resolutivez debida al enfoque asistencialista prevaleciente hoy como parte del modelo de salud para la atención de la población de Bogotá D.C. y de la débil conciencia de la población en cuanto a hábitos de nutrición saludables, entre otros.

5.1. Retos en transición epidemiológica y demográfica

Como resultado, por un lado, de la transición epidemiológica, en la que aún se mantienen en las primeras causas de enfermedades infecciosas y parasitarias, a la vez que se presentan eventos propios de sociedades más desarrolladas como: la hipertensión arterial, la diabetes, el infarto del miocardio, los tumores malignos, entre otros; y, por el otro lado, como consecuencia de los cambios demográficos, en donde la pirámide poblacional, se va ensanchando en la cúspide, lo que indica un mayor número de habitantes mayores de 60 años, fenómeno que trae consigo un incremento en la demanda de servicios para la atención de enfermedades crónicas, algunas de ellas con altos costos para el sistema, obliga a la ciudad a planear y tomar acciones y directrices que le permitan enfrentar los nuevos retos para atender las necesidades de salud de los ciudadanos del Distrito Capital. Otros problemas de salud estarán relacionados con la obesidad -en todos los grupos de edad pero principalmente en los niños, adolescentes y jóvenes-. De igual forma, con el incremento del parque automotor y con alta exigencia de movilidad, se ha de generar una alta accidentalidad de tránsito, lo que no solo arroja una alta mortalidad evitable, lesiones, discapacidad severa, e igualmente genera altos gastos en salud. En este sentido, está pendiente, desde el sector Público de la Salud en la ciudad, el aumento de cobertura en el abordaje para prevenir las enfermedades crónicas en particular en población infantil, adolescente y adulta y una mayor participación de la comunidad en torno al tema. El fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en etapas tempranas de la vida prepara a niños y niñas para una adultez saludable.

5.2. Intervención en determinantes de la salud e implementación del enfoque promocional

Intervenir los determinantes del proceso salud-enfermedad, demanda una forma de organización del Estado, menos vertical y de mayor colaboración entre sectores, haciéndose necesario el reordenamiento del modo de trabajar en el sector Salud del Distrito Capital. Esto significa trabajar en el ordenamiento de todos los procesos, tanto sectoriales como tras-sectoriales, a nivel institucional, social y comunitario. El reordenamiento involucra procesos tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, orientados a individuos, familias y colectivos, de tal manera que se enfoquen hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida. De igual forma, se requiere contar con recursos humanos en el sector Salud que se enfoquen hacia una mirada más integral y social.

A su vez, esto exige un abordaje diferente de la participación social, en la cual se hagan visibles y se exijan los derechos pero también se cumplan deberes frente a la salud. En la Ley 1438 de 2011 se plantearon como política pública, la mayoría de lineamientos que la Secretaría Distrital de Salud impulsó de manera voluntaria en los últimos años y cuya implementación ha sido gradual a partir de la expedición de dicha norma, en que se convierten en obligatorios⁹. En la medida en que en la actual reforma al sistema de seguridad social en salud se adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud, su filosofía y principios: universalidad, integralidad, longitudinalidad, continuidad y accesibilidad, como ejes ordenadores de la gestión y del quehacer Estatal [Artículo 7 de la Ley 1438 de 2011], también con alcance para los entes territoriales (Artículos 12 y 13 de la Ley 1438 de 2011), le corresponde al Distrito Capital revisar y replantear el modelo de operación de la estrategia, acogiéndola de manera sistemática como el eje ordenador de la respuesta estatal, con cobertura para toda la población y alcance para las entidades administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas y la comunidad organizada.

El soporte fundamental para intervenir los determinantes del proceso salud-enfermedad lo constituye la adopción de la estrategia de Atención Primaria En Salud, con sus tres componentes fundamentales integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y tras-sectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

5.3. Organización de servicios bajo la mirada de la Atención Primaria en Salud

La organización de redes sociales y de servicios de salud exige una reorganización a fondo de la forma de operar de los administradores de planes de los beneficios y de los prestadores de

⁹ En este sentido, la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptada en la Ley 1438 de 2011, ordena, como parte de la operación del modelo de aseguramiento en salud, la concurrencia de todas las instancias que hacen parte del sistema de protección social y de los demás actores en torno a la intervención sobre los determinantes en salud [Artículo 7 Ley 1438 de 2011], con alcance para los Entes Territoriales [Parágrafo 2 Artículo 7 Ley 1438 de 2011].

servicios de salud, en la cual converjan, de manera organizada, los demás sectores de la Administración Distrital, en coordinación con el sector Salud y con la comunidad. El sistema de referencia y contra-referencia de pacientes deberá integrar a todos los actores en torno a la atención oportuna en la cual los centros de atención de baja complejidad o de primer nivel de atención, se constituyen en la puerta de entrada al sistema, soportados en los demás niveles y servicios.

El eje fundamental de la organización de las redes deberá ser la estructuración de respuestas costo-efectivas para dar solución a las necesidades de pacientes y comunidades, para lo cual las instituciones que conformarán las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) deberán realizar ajustes muy importantes en su modelo de atención y en la organización administrativa.

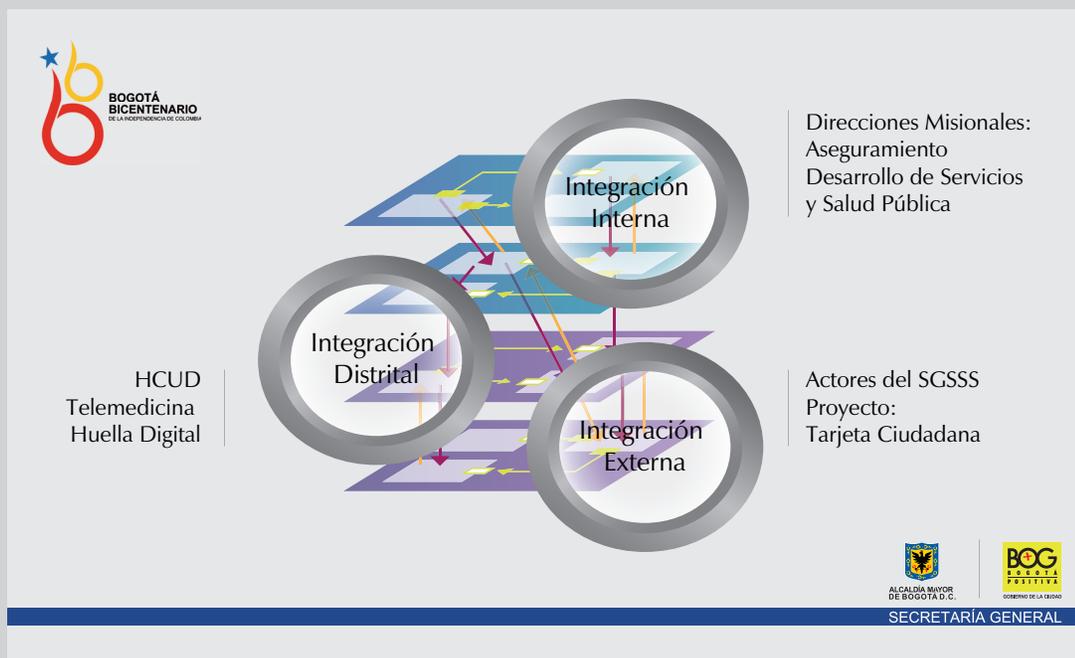
La primera red a constituir es la red de atención primaria en salud. El eje central de la red lo constituyen los Centros de Atención Primaria en Salud, de los cuales harán parte los equipos básicos de salud familiar y comunitaria, sienten el eje central del equipo, el medio de familia. A la red de atención primaria en salud estará vinculada la comunidad organizada en sus diferentes ámbitos, junto con los demás sectores y actores estatales. En la red convergerán los primeros niveles de atención de los sectores Público y Privado. En cada localidad se crearán centros de Atención Primaria en Salud.

La segunda red es la de hospitalización, en la cual convergerán los sectores Público y Privado que ofertan estos servicios en la ciudad. La tercera red es la de servicios de apoyo y diagnóstico y medicamentos, en la cual también convergerán los sectores Público y Privado que ofertan estos servicios en la ciudad. Para operar las redes, se hace necesario crear y expedir la reglamentación que les permita operar de manera articulada e interdependiente. En este aspecto, el trabajo mancomunado con el nivel nacional y con las entidades aseguradoras, así como con las IPS del sector Privado son una tarea fundamental y por lo tanto, prioritaria.

5.4. Inter-conectividad para garantizar acceso y seguridad

El acercamiento de los servicios al ciudadano, es una prioridad incuestionable en la ciudad. El punto de partida es su debida identificación y la portabilidad de sus datos clínicos básicos. Existen dos tendencias que cada vez toman más fuerza y dinamismo: la mayor formación e información de los usuarios en salud, con lo que se exige también al sistema de provisión más y mejor información sobre la condición de salud de cada usuario; pero también, la necesidad de organizar redes de servicios con mayor grado de integralidad, este último fenómeno a su vez, impelido por la creciente complejidad tecnológica y la escasez de especialistas para problemas específicos, con la consecuente ubicuidad de quienes desempeñan dichas labores especializadas [Gráfico 32].

Gráfico No. 32.
Integración de la información e interconectividad en salud

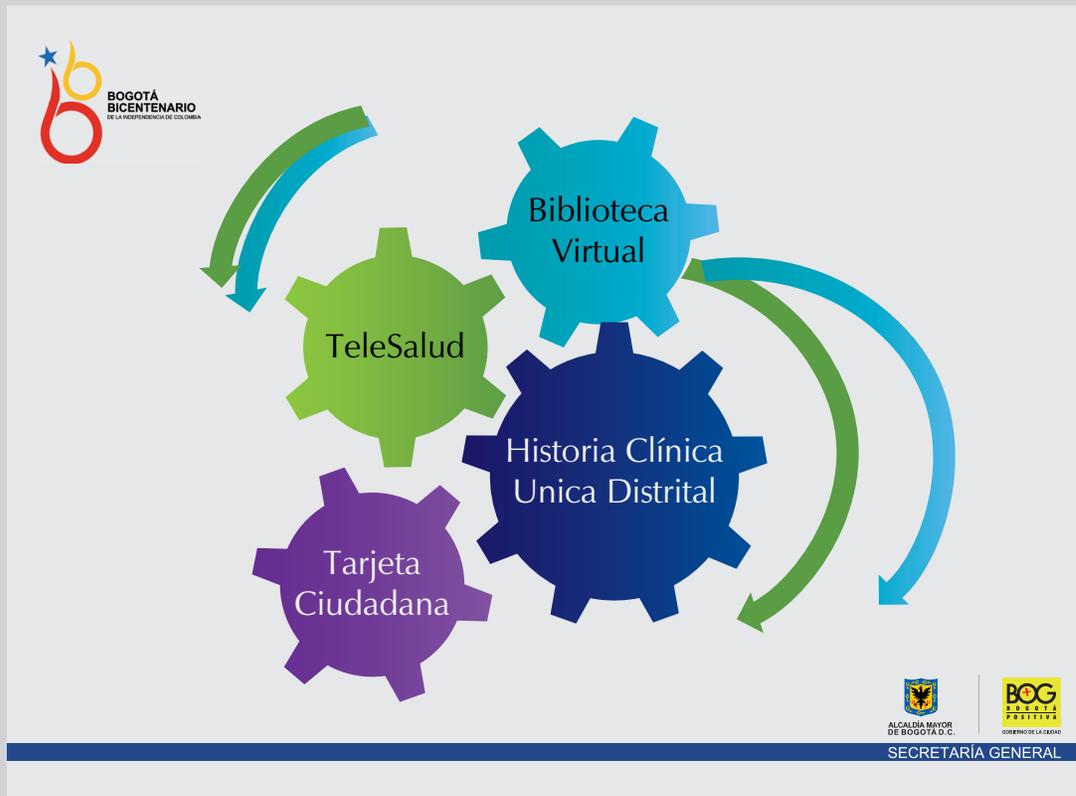


Fuente: SDS. HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA DISTRITAL, Desarrollo y Perspectivas, 2011. Presentación en PPT.

Los desarrollos tecnológicos permiten la organización y entrega de una serie de servicios que van desde la educación para usuarios y prestadores de servicios, hasta la resolución de problemas a usuarios y equipos institucionales básicos que, mediante la virtualidad, pueden intercambiar servicios, conceptos e intervenciones que de otra forma requerirían desplazamientos importantes de unos u otros para encontrar dichas soluciones.

El ciudadano lleva consigo la información básica que a la vez es la llave de acceso a su historial clínico, mediante la biometría, con lo cual se facilita la interacción del usuario con la red de servicio y al ente territorial le apoya de forma efectiva y eficiente en el cumplimiento de sus labores misionales, así como también contribuye a mejorar las interacciones con los demás actores del sistema. En la práctica, la ciudad tendrá una tarjeta inteligente, multipropósito, que permitirá el acceso, almacenamiento y encriptación de información, lectura y escritura de datos, y con otros soportes tecnológicos, la construcción de bases de datos. Así, los bogotanos reciben un instrumento que permitirá integrar servicios en red y lograr la prestación ágil y oportuna, al igual que facilitará el monitoreo en tiempo real de la ejecución de las políticas públicas distritales.

Gráfico No. 33.
Interacción de los componentes del Sistema de Información Integrado en Salud

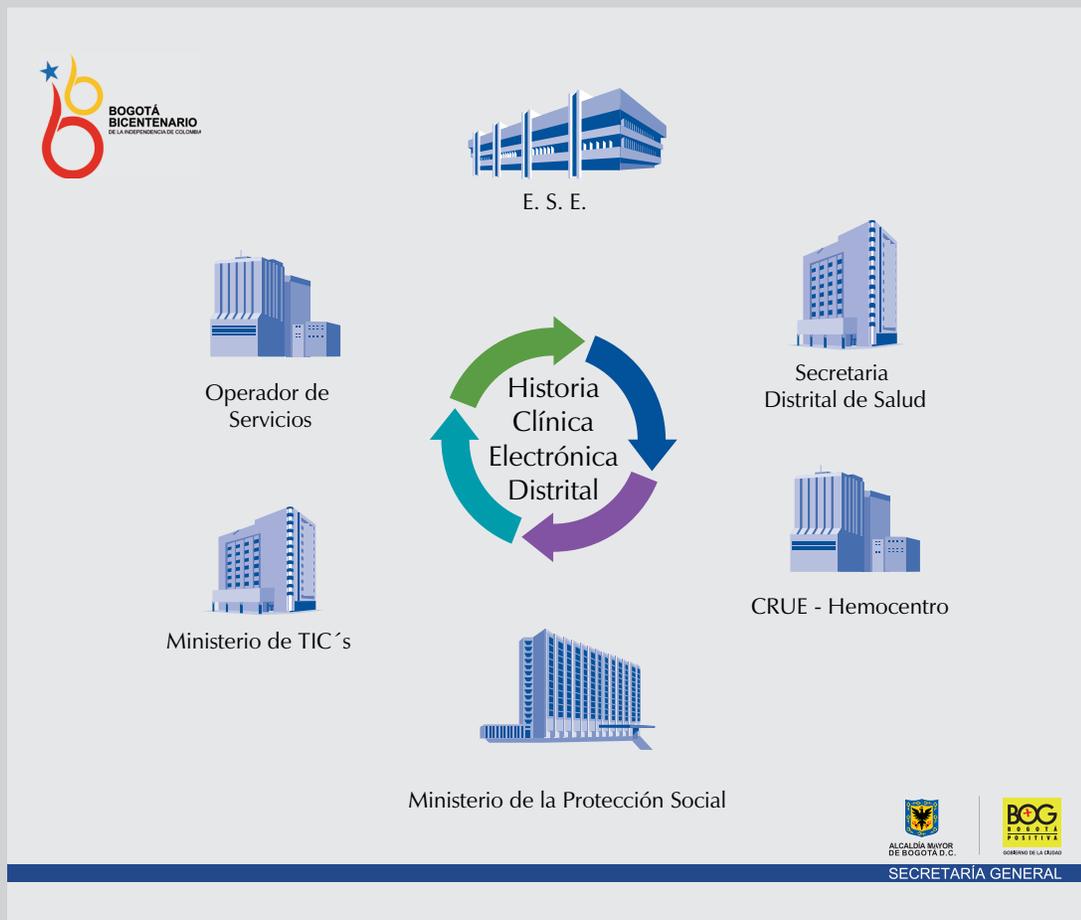


Fuente: SDS. HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA DISTRITAL, Desarrollo y Perspectivas, 2011. Presentación en PPT.

Historia Clínica Electrónica Unificada Distrital

La historia o expediente clínico es el instrumento clave en el que confluye la información derivada de la atención recibida a lo largo de la vida de un ciudadano en el sistema de salud. Por lo tanto, es de máxima prioridad que dicho instrumento goce de la confiabilidad y de la seguridad suficientes y adecuadas para que oriente al equipo de salud de cualquier entidad de las que conforma el sistema de provisión, de tal manera que, por un lado, evite duplicidades, inconsistencias y, por el otro lado, permita a dichos equipos contar con la información en tiempo real, para mejorar la calidad de la respuesta que se requiere en cada evento realizado a dicho individuo. Además, permite realizar investigaciones cada vez más rigurosas y robustas en el campo clínico. El proyecto orientado a la implementación de la Historia Clínica Electrónica Unificada Distrital (HCEUD) apoya de manera determinante una estrategia del plan sectorial: el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), el cual, a su vez, es la fuente natural para mantener actualizado el Análisis de Situación de Salud. Los componentes del SIIS se pueden observar en el Gráfico No. 33.

Gráfico No. 34.
Historia Clínica Electrónica Única Distrital. Interacciones

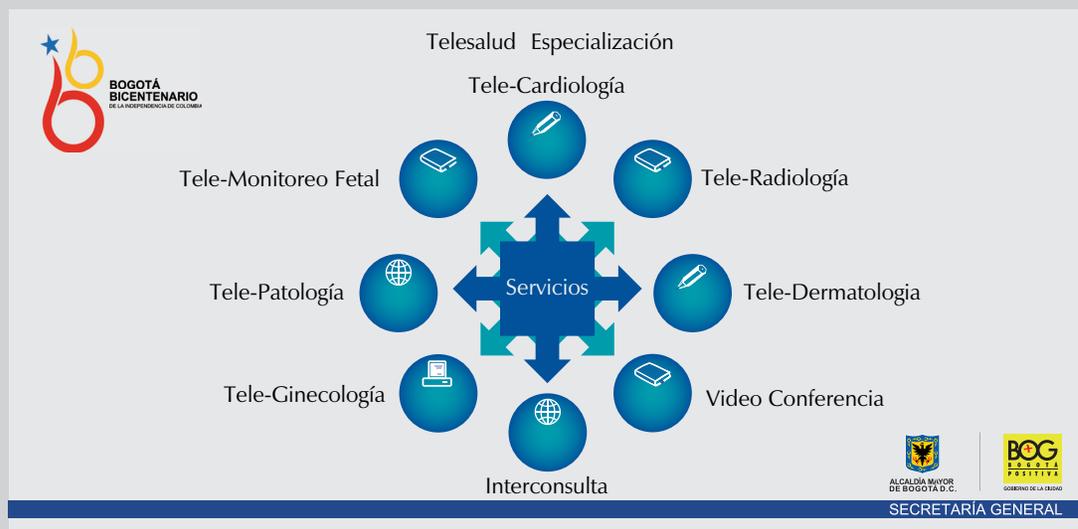


Fuente: SDS. HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA DISTRICTAL, Desarrollo y Perspectivas, 2011. Presentación en PPT.

La Virtualización de servicios, permite desarrollar estrategias y programas con mayor efectividad y eficiencia en conglomerados humanos que requieren servicios, desde los más básicos como la información y educación para la promoción, como también servicios clínicos de alta tecnología.

Los servicios especializados y super-especializados constituyen la mayor prioridad en una ciudad con las características de Bogotá, en razón a la alta concentración de ciudadanos, las dificultades de movilidad, la escasez de mano de obra calificada y la tendencia a la supra-especialización de entidades cuya tendencia es la de conformar centros de excelencia para el manejo de patologías específicas y, de esa forma, dar cada vez mejores resultados en las respuestas a los problemas complejos de salud. (Ver Gráfico No. 34).

Gráfico No. 35.
Interconectividad en servicios especializados de salud



Fuente: SDS. HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA DISTRITAL, Desarrollo y Perspectivas, 2011. Presentacion en PPT.

Anexo1.
Mortalidad Evitable por Principales Causas y Otros Indicadores de Salud y Calidad de Vida para Bogotá D.C. 2000-2010

Indicador	2000	2010
Razón de mortalidad materna [por mil nacidos vivos]	92.8	39.1
Tasa de mortalidad infantil [por mil nacidos vivos]	18.5	11.7
Tasa de mortalidad por desnutrición [por cien mil menores de cinco años]	4.4	0.8
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años	15,3	11,0
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años	10,9	8,4
Tasa de mortalidad perinatal [por mil nacidos vivos]	15.0	18.1
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años [por cien mil menores]	10.8	1.0
Tasa de mortalidad por neumonía en menores de cinco años [por cien mil]	40.8	14.0
Tasa de Suicidio [por cien mil habitantes]	5,8	3,5
Tasa de mortalidad general en menores de cinco años [por cien mil menores]	42.1	24.5
Embarazos en Adolescentes de 10 a 14 años	540	515
Embarazos en Adolescentes de 15 a 19 años	21.903	19.325
Cobertura de vacunación con anti-polio en menores un año	81.7	94.2
Cobertura de vacunación difteria, tétanos y tos ferina [DPT] menores de un año	79.4	94.2
Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG en menores de un año	100,8	101,1

Cobertura de vacunación contra hepatitis B en menores de un año	78,9	93,8
Cobertura de vacunación Haemophilus Influenzae en menores de un año	80,8	94,2
Cobertura de vacunación contra triple viral en menores de un año	75,9	97,3
Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en menores de un año [*2004]	76,8*	69,9
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra la Hepatitis A ⁽¹⁰⁾	0	65.079
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra rotavirus	0	220.848
Dosis de vacunación aplicada en población adulta contra el neumococo	0	82.183
Dosis de vacunación aplicada en población infantil contra el neumococo	0	346.692
Número de afiliados al régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud	1.043.968	1.309.008
Tasa de donación de sangre [por cada mil habitantes][*2005]	25,5[*]	26,0
Tasa de Donación de órganos y tejidos [por cada mil habitantes] [*2005]	11,3[*]	19,0
Esperanza de vida al nacer total Bogotá D.C. [años]	73,23	75,94
Tasa general de fecundidad [*2002]	51,4	46[*]
Tasa global de fecundidad [*2002]	2,00	1,8[*]
Tasa bruta de natalidad [*2002]	19,1	17,1[*]
Tasa de trabajo infantil [por cada mil menores] [*2001]	5,3*	2,8

Fuentes. Para Mortalidad evitable: 1). Antes de 2008, Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2). 2008: Certificado de defunción y Certificado de nacido vivo.-Bases de datos DANE y RUAF ND.-Sistema de Estadísticas Vitales datos preliminares. 3). 2009 y 2010: Bases de datos defunciones SDS y RUAF ND y para Nacimientos DANE y RUAF preliminares. Para Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud: Fuente: 2008: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos – Suspendidos] con novedades a 31 de diciembre de 2008. 2009-2010: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA-30 de diciembre 2009-2010. 2009: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos –suspendidos] con novedades a 31 de diciembre de 2009. 2010: Maestro de afiliados al Régimen subsidiado [Activos –suspendidos] con novedades a 24 de diciembre de 2010. SDS-Dirección de Aseguramiento. Para Embarazos en Adolescentes: Fuente: 2000-2007 Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010. Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. Fuente Esperanza de vida al nacer: Secretaría de Hacienda Distrital. Información disponible en <http://www.redbogota.com/endatos/0100/0130/01321.htm>. Fuente Tasas de natalidad y fecundidad: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Boletín de Estadísticas Vitales para Bogotá D.C. Fuente Trabajo Infantil: Secretaría de Integración Social "Infancia y Adolescencia Protegida Integralmente". Bogotá D.C. Abril de 2008 y Su vida: Educación en Salud Para la Prevención de Enfermedades. Disponible en <http://www.su-vida.com/node/881>

Anexo 2.

Obras de Infraestructura y de Dotación 2009-2010 y 2011⁽¹¹⁾

En 2009 y 2010 se entregaron a la ciudad las siguientes obras contempladas en el anexo 2 del Decreto 318 de 2006:

1	Centro de atención integral en salud mental Balkanes – Reordenamiento y terminación.	Culminada
2	UBA El Porvenir – obra nueva reposición	Culminada
3	CAMI Ferias – reforzamiento estructural (parcial)	Culminada
4	UPA 36 Asunción Bochica – reforzamiento estructural y reordenamiento	Culminada
5	CAMI Emaus – reforzamiento estructural (parcial) y ampliación	Culminada
6	Clínica Fray Bartolomé de las Casas – reforzamiento estructural	Culminada

10 En 2008 se introdujo para Bogotá D.C. la vacunación contra rotavirus, hepatitis A y Neumococo niños. En 2010 contra neumococo adultos y en 2011, VPH.

11 La relación de las obras de infraestructura y de dotación adelantadas durante la última década se encuentra disponible para su consulta en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Área de Análisis, Programación y Evaluación.

7	CAMI Trinidad Galán – obra nueva reposición	Culminada
8	Hospital pediátrico Centro Oriente – re-ordenamiento	Culminada
9	Centro de Eco terapia – obra nueva	Culminada
10	Hospital de Meissen – obra nueva reposición (área asistencial etapa 1)	Culminada
11	CAMI Vista Hermosa – obra nueva reubicación	Culminada
12	Hospital El Guavio – obra nueva reposición	Culminada
Se encuentran en ejecución los siguientes proyectos de obra:		
13	Hospital El Tintal – avance estimado 80%	En ejecución
14	Hospital Meissen (Etapa II)	En ejecución
15	Hospital Occidente de Kennedy, reordenamiento, reforzamiento y ampliación – Etapa I, en fase preliminar para inicio de obras, quedando pendiente la suscripción del acta de inicio de obras e Interventoría, una vez se surta el trámite de legalización de contratos.	En ejecución
16	CAMI Chapinero, en ejecución a partir del 15 de diciembre de 2010.	En ejecución
Se cuenta con estudios técnicos y se trabaja en fase precontractual* de obras e Interventoría de los siguientes proyectos:		
17	UPA Libertadores – obra nueva	F Pc*
18	UPA Antonio Nariño – obra nueva	F Pc*
En la actualidad se trabaja en el desarrollo de los siguientes estudios técnicos*:		
19	CAMI Diana Turbay – obra nueva reposición	E T*
20	Hospital Santa Clara - reforzamiento, reordenamiento y ampliación	E T*
21	UPA 48 Fontibón (Zona Franca) – obra nueva reubicación	E T*
En la actualidad se trabaja en fase precontractual (elaboración términos de referencia)* para estudios técnicos y diseños:		
22	Hospital de Bosa II Nivel (San Bernardino) – obra nueva	T de R*
23	Hospital Simón Bolívar – obra nueva reposición	T de R*
24	Hospital de Usme II Nivel – obra nueva	T de R*
25	Sede administrativa y de salud pública del hospital San Cristóbal – obra nueva reposición	T de R*
26	CAMI Pablo VI Bosa - reforzamiento, reordenamiento y ampliación	T de R*
A la fecha se cuenta con los siguientes predios:		
27	UPA Mexicana - obra nueva reubicación	Predio Adquirido
Se realiza gestión de adquisición de predios para:		
28	UBA Danubio – obra nueva reposición	Gestión
29	Hospital de Usme II Nivel – obra nueva reposición	Gestión

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

Anexo 3**Nuevos Biológicos Incorporados para Bogotá D.C. Número de Dosis Aplicadas y Población Beneficiada**

Nuevo Biológico	2008		2009		2010		2011		Total	
	Dosis	Población Beneficiada	Dosis	Población Beneficiada						
Rotavirus	69.011	22.304	229.651	109.181	220.848	109.034	141.846	70.923	661.356	311.442
Hepatitis A	123.296	123.296	112.363	112.363	65.079	65.079	117.444	117.444	418.182	418.182
Neumococo 23	0	0	338.023	338.023	82.183	82.183	54.983	54.983	475.189	475.189
Neumococo Niños	18.647	6.216	254.666	98.716	346.692	110.227	223.451	74.570	843.456	289.729
Total	210.954	151.816	934.703	658.283	714.802	366.523	537.724	317.920	2.398.183	1.494.542

Anexo 4**Gratuidad en Salud Bogotá D.C.**

POBLACIÓN	2008	2009	2010	2011
> 65 años	44.264	210.129	37.808	373.971
< 5 años	24.538	66.428	5.298	182.436
Discapacidad Severa	6.500	11.804	499	17.566
Total personas	75.302	288.361	43.605	573.973

Anexo 5.**Nacimientos en adolescentes en Bogotá D.C.**

LOCALIDAD	2010		
	10-14 años	15-19 AÑOS	TOTAL
01-Usaquén	22	672	694
02-Chapinero	3	167	170
03-Santa fe	11	378	389
04-San Cristóbal	54	1744	1798
05-Usme	43	1529	1572
06-Tunjuelito	12	618	630
07-Bosa	52	2282	2334
08-Kennedy	69	2634	2703
09-Fontibón	15	629	644
10-Engativá	24	1349	1373
11-Suba	52	1975	2027
12-Barrios Unidos	5	177	182
13-Teusaquillo	2	66	68

14-Los Mártires	8	217	225
15-Antonio Nariño	1	168	169
16-Puente Aranda	2	412	414
17-La Candelaria	6	57	63
18-Rafael Uribe Uribe	39	1220	1259
19-Ciudad Bolívar	92	2838	2930
20-Sumapaz	0	7	7
Sin dato en localidad	3	186	189
TOTAL	515	19325	19840

Fuente: Nacimientos: Certificado de Nacido vivo y RUAF preliminares.

Anexo 6.

Reconocimientos Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

No.	Reconocimientos Nacionales e Internacionales	Otorgado por	Año
1	Por las acciones de protección a la infancia se recibió el Premio "Compromiso con la Niñez en Vacunación y Nutrición".	Revista Semana y otras entidades del orden Nacional.	2010
2	Segundo puesto en el "Primer Concurso Hispanoamericano e Interamericano de Buenas Prácticas en Urbanismo y Salud", con el Proyecto Promoción de Entornos de Trabajo Saludables.	Organización Panamericana de la Salud [OPS]	2010
3	"Premio categoría alta por erradicación del Trabajo Infantil", por el cumplimiento del compromiso: "Niños Y niñas menores de 15 años desvinculados del Trabajo Infantil" y "Empresas formales con procesos de inclusión a personas en condición de Discapacidad". La inclusión en este último premio dependió del aval obtenido ante el Consejo Nacional de Discapacidad, así como del entrenamiento hecho por el Servicio Nacional de Aprendizaje [SENA], el compromiso de la Asociación Nacional de Industriales [ANDI], la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales [ACOPI] y del cumplimiento de la garantía de recursos para la búsqueda y canalización de las personas beneficiadas.	Procuraduría General de la Nación.	2010
4	Encuentro Internacional Contra el Trabajo Infantil, realizado en el mes de noviembre del año 2010 por intervenciones en Salud al Trabajo, la tasa de trabajo infantil ha venido disminuyendo de manera considerable en Bogotá D.C. ⁽¹²⁾ , haciéndose así evidente la adecuada articulación intersectorial para el abordaje integral de la problemática de calidad de vida y de salud de la población menor trabajadora de la ciudad. ⁽¹³⁾	Ministerio de la Protección Social y la Procuraduría General de la Nación.	2010
5	Durante dos períodos consecutivos la Procuraduría General de la Nación ha premiado al Distrito Capital, a la Secretaría Distrital de Salud, ubicándola dentro de la categoría "muy superior" por su Gestión.	Procuraduría general de la Nación	2010

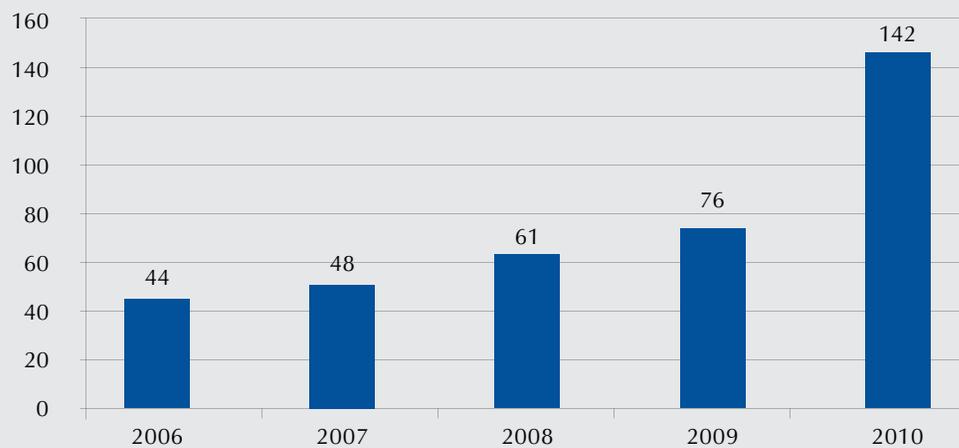
12 De acuerdo con las últimas cifras oficiales publicadas por el Ministerio de la Protección Social, la tasa de trabajo infantil con corte al 2009 medida por el DANE [Fuente oficial], en Bogotá disminuyó del 3.3% al 2.8%, siendo objeto de reconocimiento público la gestión adelantada por la ciudad para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

13 Sin embargo, frente al tema del trabajo infantil se hace necesario reconocer factores estructurales de difícil intervención como la existencia de fenómenos como el desplazamiento y las situaciones socioeconómicas de las familias en las cuales se continúan llevando un importante número de niños, niñas y adolescentes a vincularse de manera prematura al trabajo, con el consecuente y evidente impacto negativo en el estado de salud y el desarrollo integral de los niños y niñas de la ciudad.

6	Segundo puesto en el "Primer Concurso Hispanoamericano e Interamericano de Buenas Prácticas en Urbanismo y Salud" por el Proyecto Promoción de Entornos de Trabajo Saludables.	Organización Panamericana de la Salud [OPS]	2010
7	Por ser una entidad que tiene los mejores sistemas de gestión de calidad y prestación de servicios, de acuerdo con las necesidades de los usuarios, la Alcaldía Mayor de Bogotá, otorgó a la Secretaría Distrital de Salud, el "Galardón de Oro", dentro de la categoría de entidades grandes, en las 3 categorías del Premio Distrital a la Gestión 2010, por mejorar sus procesos de atención y servicio al ciudadano, y Contratación y Seguimiento a los programas de salud a través del Tablero de Mando.	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Gobierno Distrital	2008, 2009 y 2010

Anexo 7

Parque automotor de vehículos del programa de APH, CRUE



Fuente: Secretaría Distrital de Salud Dirección CRUE.

1990



2010



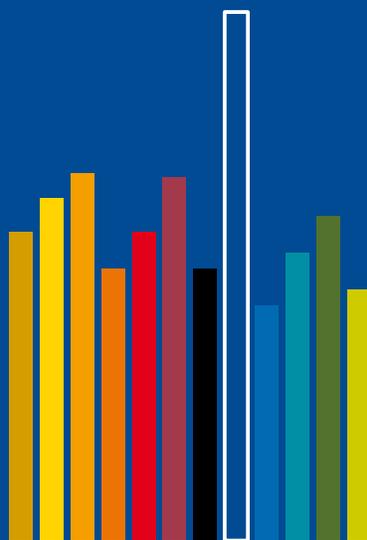
Incremento de 70 nuevos vehículos con un nuevo operador TAM. Vehículo de Apoyo en Psicología para valorar principalmente los pacientes relacionados con maltrato con un promedio/día de 4 atenciones. Reingreso con 20 camillas más de reemplazo, el carro camillero para liberar las ambulancias retenidas en las IPS, como plan de contingencia para mejorar la productividad de las mismas.

Anexo 8

Complejo de Atención Primaria en Salud (APS) Para Bogotá D.C.



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Salud, "La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la Salud en Bogotá. Junio de 2004.



Balance de Gestión Sector Salud

SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN
Carrera 30 No. 25-90 - Pisos 1, 5, 8, 13 y 16
PBX 335 8000 - Información: 195
Línea de atención gratuita: 018000 913083
www.sdp.gov.co