

INDICADORES TRAZADORES



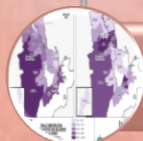
FECUNDIDAD DE 10 A 14 Y DE 15 A 19



SÍFILIS CONGÉNITA Y GESTACIONAL



MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL



MORTALIDAD INFANTIL Y EN MENORES DE 5 AÑOS



MORTALIDAD POR IRA Y POR NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS



COBERTURAS PAI

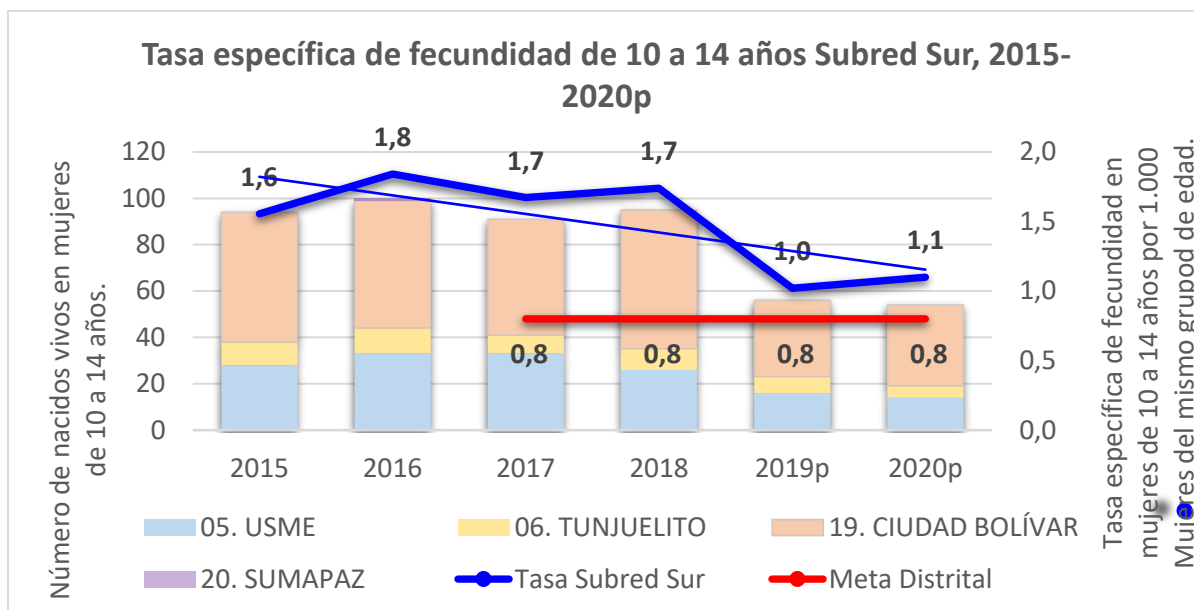
GOBERNANZA

FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS

Proyecto 1186 (AIS) Meta 14: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.

La fecundidad en mujeres de 10 a 14 años la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta una reducción pasando de una tasa específica de fecundidad (TEF) de 1,6 por 1.000 mujeres del mismo grupo etario en 2015 (n=94), a 1,1 por 1.000 mujeres del mismo etario en 2020 (n=54). En el 2019 se registró la mayor aproximación a la meta Distrital con una tasa de 1.0 (n=56).

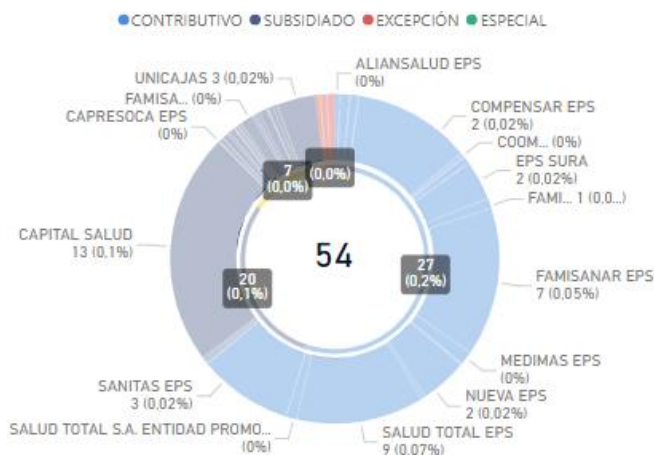
Gráfica 1. Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años Subred Sur 2015 – 2020



Fuente: 2015-2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020 - Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

En relación a la localidad de residencia de las gestantes de este grupo poblacional, se identifica que el 64,8% (n=35) corresponden a Ciudad Bolívar, Usme aporta el 25,9% (n=14) casos y Tunjuelito con 5 casos aporta el 9,2%. El régimen contributivo aporta el 50,0% (n=27), siendo Salud Total y Famisanar las EPS con más casos. La proporción de casos del régimen subsidiado es del 37,0% (n=20), mientras que el 13% (n=7) corresponde a no asegurados.

Gráfica 2. Distribución de casos de acuerdo a Aseguramiento



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

La ocurrencia de los casos en mención se discrimina de la siguiente forma, el 44,4% (n=24) se dieron en la subred mientras que el restante 55,5% (n=30) se presentaron fuera de la Subred. En relación a madres con documento extranjero, se identificaron en total seis (6) madres lo cual equivale al 11,11% del total de casos.

Es importante resaltar en las gestaciones que se presentan en este grupo poblacional (n=54) que en relación con la asistencia a CPN, el 20,37% (n=11) presentaron 4 CPN, en segundo lugar, con el mismo porcentaje de 18,52% (n=10) se encuentran gestantes que no asistieron a ningún CPN, así como gestantes que asistieron a 5 CPN respectivamente. Información que contrasta con la asistencia a CPN de las gestantes en general, donde se identifica que el 40,71% (n=6105) asistieron a 7 o más controles, seguido de las gestantes que asistieron a 5 CPN con un 14,90% (n=2235) y en tercer lugar quienes asistieron a 6 CPN (n=2015).

Tabla 1. Número de controles prenatales en gestantes de 10 a 14 años

CONTROLES PRENATALES		
CONTROLES	n	%
0	10	18,52%
1	2	3,70%
2	3	5,56%
3	6	11,11%
4	11	20,37%
5	10	18,52%
6	5	9,26%
7 ó mas	7	12,96%
Total	54	100,00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Un dato de importancia en este grupo poblacional corresponde al peso al nacer de los niños y niñas, se observa que el 79,63% (n=43) nacieron con un peso adecuado, mientras que el restante 20,37% (n=11) presentaron Bajo peso al nacer como se observa en la siguiente tabla. En comparación con los NV de la población en general, se evidencia que el 85,68% (n=12848) nacieron con peso adecuado, el restante 20,37% (n=2149) corresponde a bajo peso al nacer.

Tabla 2. Peso al nacer en niños y niñas de madres de 10 a 14 años

PESO AL NACER		
Peso (g)	n	%
<1000	1	1,85%
1000-1499	1	1,85%
1500-2499	9	16,67%
2500-2999	20	37,04%
3000-3999	23	42,59%
Total	54	100,00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Así mismo, se debe tener en cuenta la edad gestacional en la que nacieron los niños y niñas, al respecto se evidencia que el 81,48% (n=44) nacieron a término, mientras que el 18,52% (n=10) nacieron pretérmino.

En la tabla se puede observar la tasa específica de fecundidad en el grupo etario de 10 a 14 años, para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=54) casos con una tasa de 1,0, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=12) casos con una tasa del 1,0, la localidad con mayor número

de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=35) la tasa fue de 0.7 y asignada para capital por PGP (n=7) con una tasa del 0.6, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=14) casos con una tasa de 0.3 y la asignada para capital por PGP (n=3) casos con una tasa del 0.3, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=5) casos, la tasa específica del 0.1; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=2) casos con una tasa 0.3. es importante mencionar la diferencia en número (densidad) poblacional para las localidades de la subred.

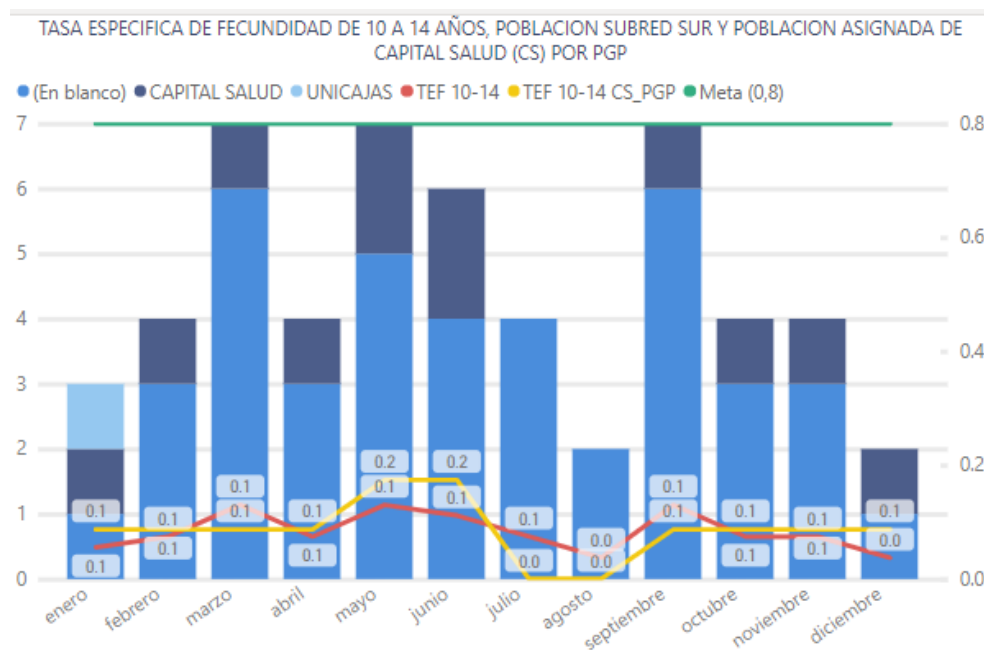
Tabla 3. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, población Subred Sur y población asignada de CS por PGP

TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD DE 10 A 14 AÑOS, POBLACION SUBRED SUR Y POBLACION ASIGNADA DE CAPITAL SALUD (CS) POR PGP				
LOCALIDAD	NV 10-14 (n)	TEF 10-14	NV 10-14 CS_PGP	TEF 10-14 CS_PGP
CIUDAD BOLIVAR	35	0.7	7	0.6
SUMAPAZ	0	0.0	0	0.0
TUNJUELITO	5	0.1	2	0.2
USME	14	0.3	3	0.3
Total	54	1.0	12	1.0

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la siguiente gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020 se mantuvo la tasa por debajo de la meta distrital (n=0.8), para mayo- junio de 2020, en la población asignada para la subred sur se mantuvo la tasa en 0.1 y la población asignada para capital salud por PGP se encuentran en 0.2 estable para estos meses.

Gráfica 3. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años población Subred Sur y población asignada de CS por PGP por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la siguiente tabla, se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí

misma, el distrito con otras ciudades o países. Para la tasa de fecundidad de 10 a 14 años, se evidencia a nivel general que desde el año 2015 la tasa de fecundidad ha venido disminuyendo en los distintos países, en el distrito y en las localidades de la Subred Sur.

Tabla 4. Comparativo tasa de fecundidad de 10 a 14 años

TASA DE FECUNDIDAD DE 10 - 14					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	SD	SD	SD	SD	SD
CUBA	47,8	46,4	45,0	43,6	SD
CHILE	SD	SD	SD	SD	SD
COLOMBIA	2,89	2,66	2,79	2,62	2,29
BOGOTÁ	25,6	25,1	20,4	18,2	16,2
SUBRED SUR	33,6	33,7	29,5	27,7	24,3
USME	30,9	39,5	33,8	31,3	26,7
TUNJUELITO	28,1	27,9	24,9	23,1	20,0
SUMAPAZ	6,9	7,1	12,4	12,3	3,5
CIUDAD BOLÍVAR	36,9	32,5	28,5	27,1	24,2

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de fecundidad de 10 a 14 años se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, juventud, familias, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, crónicos, salud oral, víctimas del conflicto armado y salud mental.

Al tratarse de un evento que implica abuso sexual, se realizan acciones de vigilancia por parte del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual articulando acciones con sectores como ICBF y Fiscalía de acuerdo con el seguimiento de los casos para la restitución de derechos.

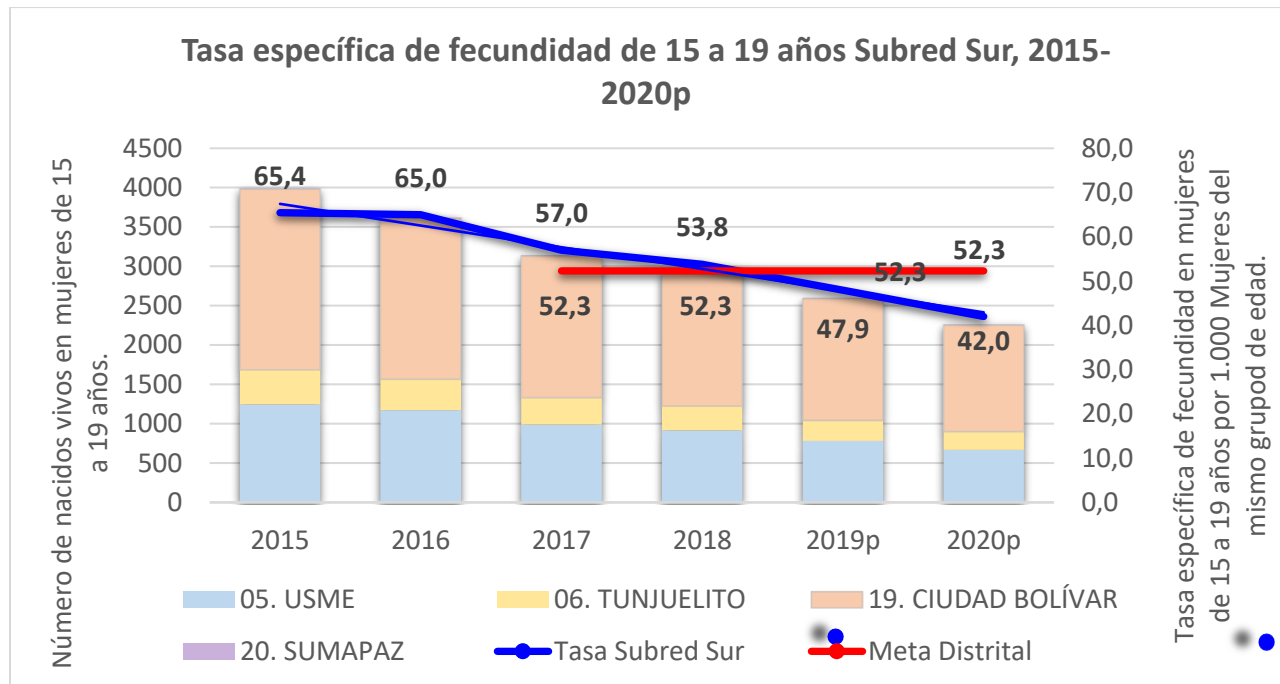
Se articulan acciones intersectoriales para la difusión y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS, reconocimiento del cuerpo, prevención de violencias y del abuso sexual, prevención de grooming y ciberacoso, proyecto de vida, esquemas de vacunación y socialización de plataformas y líneas de apoyo como 106, púrpura, piénsalo y háblalo, así como con la realización de ferias de salud sexual y reproductiva y enlaces estratégicos con Secretaría de la Mujer, Secretaría de Gobierno, Alcaldía Local, Secretaría de Educación, ICBF y organizaciones sociales y comunitarias en el marco de los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia COLIA, en la mesa para la prevención de la maternidad y paternidad temprana de la Secretaría Distrital de Integración Social y el Comité Local de Juventud.

FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS

Proyecto 1186 (AIS) Meta 14: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6%.

La fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020) presenta una reducción pasando de una tasa específica de fecundidad (TEF) de 65,4 por 1.000 mujeres del mismo grupo etario en 2015 de (n=3987) a 42,0 por 1.000 mujeres del mismo grupo etario en 2020 (n=2258), en el año 2019 se obtuvo una tasa de 49,7 (n=2593), logrando de esta forma la meta Distrital trazada en 52,3 por 1.000 mujeres.

Gráfica 4. Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años Subred Sur 2015 - 2020



Fuente: 2015-2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 202 - Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

De la totalidad de casos (n=2258) se observa una distribución en las localidades de la siguiente forma: Ciudad Bolívar aporta el 60,0% (n=1356), seguido de Usme con el 29,0% (n=668) y Tunjuelito con el 10,1% (n=229). El régimen subsidiado aporta el mayor número de casos con un 46,0% (n=1039), donde capital salud aporta el 24,5% (n=719), por su parte el régimen contributivo aporta el 34,2% (n=773).

En relación a la ocurrencia de los casos se presentó de la siguiente forma: En la Subred ocurrieron el 50,9% (n=1150) y fuera de la misma el 49,7% (n=1108), del total de casos, el 16,4% (n=371) corresponde a mujeres con documento extranjero.

Es importante resaltar en las gestaciones que se presentan en este grupo poblacional (n=2258) que en relación con la asistencia a CPN, el 27,9% (n=631) presentaron 7 o más CPN, seguido del 15,7% (n=356) gestantes que no asistieron a ningún CPN. Información que contrasta con la asistencia a CPN de las gestantes en general, donde se identifica que el 40,71% (n=6105) asistieron a 7 o más controles, seguido de las gestantes que asistieron a 5 CPN con un 14,90% (n=2235) y en tercer lugar quienes asistieron a 6 CPN (n=2015).

Tabla 5. Número de controles prenatales en gestantes de 15 a 19 años

CONTROLES	n	%
0	356	15.77%
1	106	4.69%
2	144	6.38%
3	179	7.93%
4	245	10.85%
5	325	14.39%
6	272	12.05%
7 ó mas	631	27.95%
Total	2258	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Un dato de importancia en este grupo poblacional corresponde al peso al nacer de los niños y niñas, se observa que el 84,76% nacieron con un peso adecuado, mientras que el restante 15.24% presentaron Bajo peso al nacer como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 6. Peso al nacer en niños y niñas de madres de 15 a 19 años

PESO AL NACER		
Peso (g)	n	%
<1000	7	0.31%
1000-1499	25	1.11%
1500-2499	312	13.82%
2500-2999	945	41.85%
3000-3999	959	42.47%
4000 o más	10	0.44%
Total	2258	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Así mismo, se debe tener en cuenta la edad gestacional en la que nacieron los niños y niñas, al respecto se evidencia que el 88,75% (n=2004) nacieron a término, mientras que el 11,20% (n=253) nacieron pretérmino, un caso postérmino (0,04%). Información que contrasta con los nacidos vivos general, donde el 89,04% (n=13354) de los casos nacieron a término y el 10,95% (n=1642) nacieron pretérmino.

En la tabla se puede observar la tasa específica de fecundidad en el grupo etario de 15 a 19 años, para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=2258) casos con una tasa de 20.7, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=570) casos con una tasa del 26.5, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=1356) la tasa fue de 12.4 y asignada para capital por PGP (n=351) con una tasa del 16.3, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=668) casos con una tasa de 6.1 y la asignada para capital por PGP (n=169) casos con una tasa del 7.8, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=229) casos, la tasa específica del 2.1; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=47) casos con una tasa 2.2.

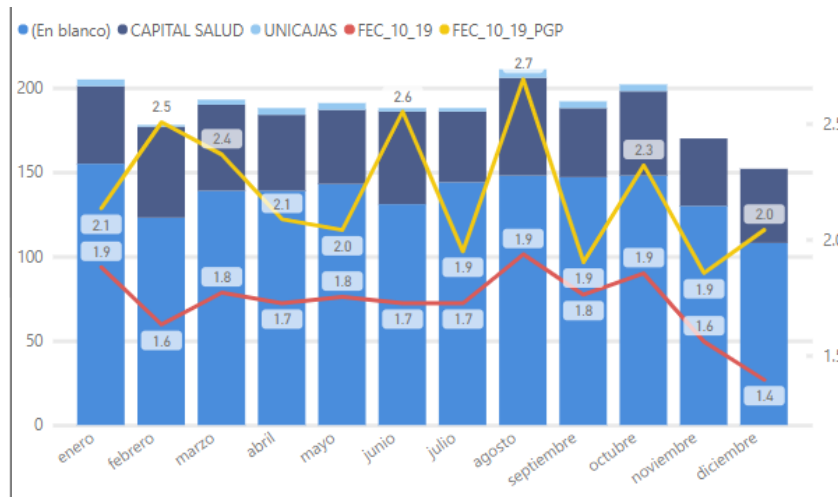
Tabla 7. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, población Subred Sur y población asignada de CS por PGP

LOCALIDAD	NV 15-19 (n)	FEC_10_19	NV 15-19 CS_PGP (n)	FEC_10_19_PGP
CIUDAD BOLIVAR	1356	12.4	351	16.3
USME	668	6.1	169	7.8
TUNJUELITO	229	2.1	47	2.2
SUMAPAZ	5	0.0	3	0.1
Total	2258	20.7	570	26.5

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

Para el periodo analizado, se evidencia que el indicador se establece en 39,1, tasa inferior a la del año 2019 donde para el mismo periodo se encontraba una tasa de 47,9. Desde el 2019, la subred alcanzó la meta planteada por el distrito, al cerrar el año 2020 en 42,0, en comparación con la distrital que corresponde a 52,3. En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países.

Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años población Subred Sur y población asignada de CS por PGP por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

Para el periodo analizado, se evidencia que el indicador se establece en 39,1, tasa inferior a la del año 2019 donde para el mismo periodo se encontraba una tasa de 47,9. Desde el 2019, la subred alcanzó la meta planteada por el distrito, al cerrar el año 2020 en 42,0, en comparación con la distrital que corresponde a 52,3. En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países.

Tabla 8. Comparativo tasa de fecundidad de 15 a 19 años.

TASA DE FECUNDIDAD DE 15- 19					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	51,9	50,7	49,5	48,1	48,3
CUBA	SD	SD	SD	SD	SD
CHILE	48,5	47,5	46,6	45,6	40,1
COLOMBIA	53,6	51,5	49,5	47,5	65,5
BOGOTÁ	48,2	43,8	38,7	34,6	31,2
SUBRED SUR	65,4	64,8	56,9	53,7	47,9
USME	60,7	76,0	65,2	61,2	53,1
TUNJUELITO	51,9	52,9	47,8	44,4	38,7
SUMAPAZ	15,2	10,8	25,6	26,0	7,5
CIUDAD BOLÍVAR	72,5	62,7	55,3	52,5	47,8

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Para la tasa de fecundidad de 15 a 19 años, se observa que Colombia es de los países con mayor porcentaje de fecundidad evidenciándose que los años 2015 al 2018 hubo una disminución, pero el 2019 tuvo un aumento

significativo a diferencia de los dos años anteriores, le sigue Chile y por último la subred Sur.

Acciones intersectoriales

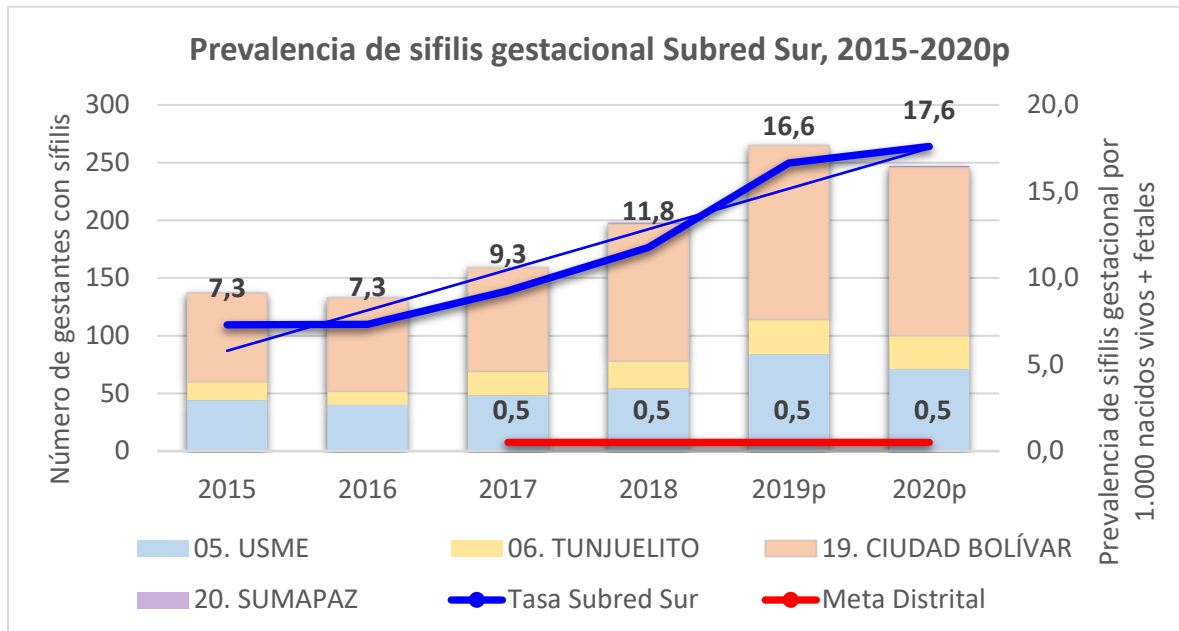
En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de fecundidad de 15 a 19 años se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, juventud, salud mental y SPA, familias, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, crónicos y víctimas del conflicto armado.

A nivel intersectorial se cuentan con acciones distritales para la difusión y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS y prácticas sexuales seguras, fomento de la consulta de anticoncepción, consejería y entrega de métodos anticonceptivos modernos, proyecto de vida y esquemas de vacunación, así como la realización de ferias de salud sexual y reproductiva a partir de enlaces estratégicos con Secretaría de la Mujer, Secretaría de Gobierno, Alcaldía Local, Secretaría de Educación, ICBF y organizaciones sociales y comunitarias en el marco de la mesa de prevención de la maternidad y paternidad temprana de la Secretaría Distrital de Integración Social y el Comité Local de Juventud. Como parte del fortalecimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud, se movilizan las acciones y atenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de los momentos de curso de vida adolescencia y juventud, difusión de plataformas distritales como Línea Púrpura y Sexperto, acompañamiento a actividades juveniles con entrega de información y preservativos (realizando a partir de 2020 acciones virtuales) y la movilización de la Ruta de Oportunidades Juveniles articulando las 12 atenciones de la Ruta de Oportunidades Juveniles, principalmente con las atenciones 2 -Asegura tu salud, conoce a que régimen afiliarte.-; atención 3 -Accede a atención integral en salud- y atención 4 - Planeada, Protegida y Placentera. ¡Conoce las 3 P de la Sexualidad!, siendo la ROJ un elemento articulador de la Política Pública de Juventud con los diferentes sectores distritales.

SÍFILIS GESTACIONAL

La sífilis gestacional en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020) presenta una tendencia de aumento pasando de una prevalencia de 7,3 por 1.000 NV+Fetales (n=137) en 2015 a 17,6 por 1.000 NV+Fetales (n=247) en 2020, mientras que en el 2019 se presentó una tasa de 16,6 (n=265).

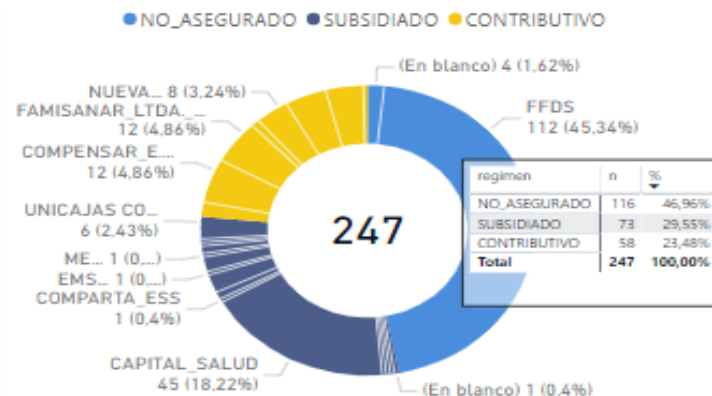
Gráfica 4. Prevalencia de sífilis gestacional Subred Sur 2015 – 2020p



Fuente: 2015-2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020 - Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos (n=247) se presenta la siguiente distribución para cada una de las localidades de la Subred, Ciudad Bolívar 146 casos (59,11%), seguido de Usme con 71 casos (28,74%), Tunjuelito con 29 casos (11,74%) y Sumapaz con 1 caso (0,40%). Del total de casos(n=247), el 47% (n=116) corresponde a población no asegurada, mientras que el 29,55% (n=73) de los casos corresponden al régimen subsidiado, con menor porcentaje del 23,48% (n=58) se encuentra el régimen contributivo como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Distribución de casos de acuerdo a Aseguramiento.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Nacionalidad: El 47 % (n=116) de los casos corresponden a mujeres con documento extranjero

En la tabla se puede observar la prevalencia de sífilis gestacional, en donde para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=249) casos con una prevalencia de 16.4, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=30) casos con una prevalencia del 13.32, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=146) la prevalencia fue de 16.9 y asignada para capital por PGP (n=18) con una tasa del 13.33, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=72) casos con una tasa de 16.3 y la asignada para capital por PGP (n=11) casos con una prevalencia del 16.20, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=30) casos, la prevalencia específica del 14.6; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=1) casos con una prevalencia 4.78, para la localidad de Sumapaz generando aporte para la subred sur de (n=1) casos con una tasa de 27.8 y la asignada para capital por PGP no se presentaron casos.

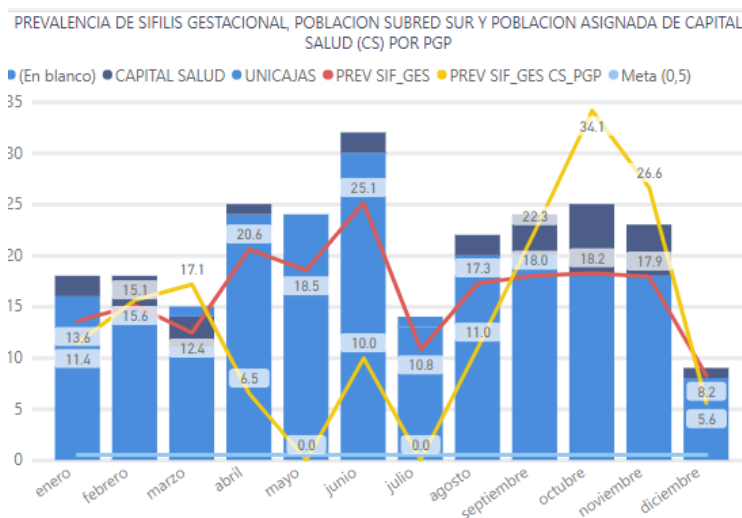
Tabla 9. Prevalencia de sífilis gestacional Subred Sur, población Subred Sur y población asignada de CS por PGP

PREVALENCIA DE SIFILIS GESTACIONAL, POBLACION SUBRED SUR Y POBLACION ASIGNADA DE CAPITAL SALUD (CS) POR PGP				
LOCALIDAD	SIF_GES (n)	PREV SIF_GES	SIF_GES CP_PGP (n)	PREV SIF_GES CS_PGP
USME	72	16.3	11	16.20
TUNJUELITO	30	14.6	1	4.78
SUMAPAZ	1	27.8	0	0.00
CIUDAD BOLIVAR	146	16.9	18	13.33
Total	249	16.4	30	13.32

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la gráfica se muestra la prevalencia de sífilis gestacional, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020 la meta distrital (n=0.5) inicio con una prevalencia de 13.6 para la población asignada la subred sur y para capital fue de 11.4 la prevalencia, en relaciona al mes de diciembre la prevalencia para la subred sur fue de 8.2 y de capital salud su prevalencia 5.6 con una tendencia a la disminución de casos durante el periodo analizado, pero la prevalencia de la subred y capital salud se encontraron por encima de la meta distrital, para los meses de mayo y julio(0.0) de 2020 se mantuvo por debajo de la meta distrital.

Gráfica 6. Prevalencia de sífilis gestacional población Subred Sur y población asignada de CS por PGP por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países.

Tabla 10. Comparativo tasa de fecundidad de 15 a 19 años.

SÍFILIS GESTACIONAL					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	SD	SD	SD	SD	SD
CUBA	SD	SD	SD	SD	SD
CHILE	SD	SD	SD	SD	SD
COLOMBIA	SD	SD	SD	SD	SD
BOGOTÁ	6	6,5	6,9	7,7	7,3
SUBRED SUR	7,3	7,3	9,3	11,8	17,3
USME	7,9	7,2	9,1	10,7	19,6
TUNJUELITO	5,8	4,5	8,6	10,2	13,2
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	7,4	8,2	9,5	12,6	17,1

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Para los comparativos de los indicadores en sífilis congénita y sífilis gestacional no se encontraron datos de algunos países con los que se comparó, en los datos encontrados se evidencia que Bogotá y la localidad de Usme cuentan con altos porcentajes.

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de sífilis gestacional se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, adultez, habitabilidad en calle, familias, salud oral y salud mental.

A nivel intersectorial se cuentan con acciones distritales para la difusión y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS y prácticas sexuales seguras, fomento de la consulta preconcepcional, controles prenatales y esquemas de vacunación, contando con la participación de diversos sectores como mujer, gobierno, bienestar familiar, educación, integración social y Alcaldía Local con el posicionamiento de la salud materno perinatal y la salud sexual y reproductiva como prioridad en los planes integrados de política para las localidades con participación de políticas de Infancia y Adolescencia, Juventud, Familias, Salud Oral, Mujer y Género, Adultez y CHC.

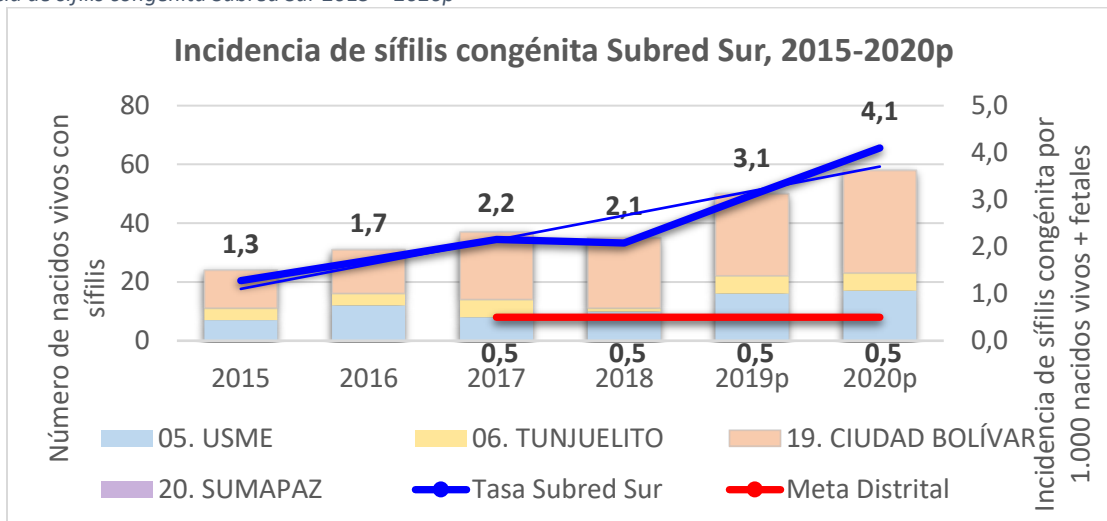
Se realiza seguimiento a la ruta integral de atenciones a la primera infancia en donde se contemplan acciones a la mujer gestante, se promueve el acceso a la consulta prenatal, trabajando de la mano con Integración social desde el programa Creciendo en Familia, así como en los Centros de Desarrollo Infantil del ICBF para la activación de la ruta materno perinatal, así como el seguimiento y gestión de canalizaciones sectoriales e intersectoriales. Se acompañan procesos de IEC frente la salud sexual y reproductiva. Así mismo se trabaja con Secretaría de Educación, IDRD, IDIPRON, grupos de madres comunitarias, estrategia móvil, estrategia atrapasueños, World Vision, Fundación Social Crecer, Fundación Caracolitos, entidades sin ánimo de lucro, entre otros. Para población habitante de calle se realiza identificación de mujeres gestantes realizando seguimiento y acompañamiento, así como abordaje en recorridos y jornadas de autocuidado, buscando vinculación en hogares de paso teniendo en cuenta el momento de curso de vida. Estas acciones se posicionan en espacios locales como el Comité de Infancia y Adolescencia, Comité de Juventud, Comité de Familias, Red del Buen trato y Mesa de Prevención de Maternidad y Paternidad Temprana.

SÍFILIS CONGÉNITA

Proyecto 1186 (AIS) Meta 16: A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.

La sífilis congénita en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta una tendencia lineal de aumento pasando de una incidencia de 1,3 por 1.000 NV+Fetales (n=24) en 2015 a 4,1 por 1.000 NV+Fetales (n=58) en 2020, para el año 2019 se obtuvo una tasa de 3,1 (n=50).

Gráfica 7. Incidencia de sífilis congénita Subred Sur 2015 – 2020p



Fuente: 2015-2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020 - Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos (n=58) se presenta la siguiente distribución para cada una de las localidades de la Subred, Ciudad Bolívar 35 casos (60,3%), seguido de Usme con 17 casos (29,3%) y Tunjuelito con 6 casos (10,3%). El 53,4% (n=31) de los casos corresponden a personas no aseguradas, el régimen subsidiado aporta el 22,4% (N=13). El régimen contributivo aporta el 24,1% (n=14). La ocurrencia en la subred corresponde al 62,0% (n=36) y en cuanto a madres con documento extranjero, se identifica un 13,8% (n=33).

En la tabla se puede observar la prevalencia de sífilis congénita, en donde para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=58) casos con una incidencia de 3.8, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=5) casos con una prevalencia del 2.2, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=35) la incidencia fue de 4.1 y disminución de casos asignados para capital por PGP (n=1) con una incidencia del 0.7, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=17) casos con una incidencia de 3.8 y la asignada para capital por PGP (n=3) casos con una incidencia del 4.4, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=6) casos, la incidencia específica del 2.9; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=1) casos con una incidencia 4.8, para la localidad de Sumapaz no se presentaron casos.

Tabla 11. Prevalencia de sífilis congénita Subred Sur, población Subred Sur y población asignada de CS por PGP

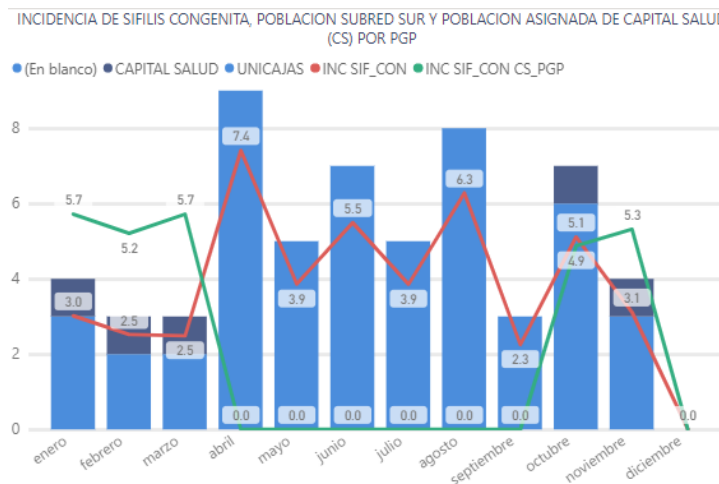
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA, POBLACION SUBRED SUR Y POBLACION ASIGNADA DE CAPITAL SALUD (CS) POR PGP

LOCALIDAD	SIF_CO N (n)	INC SIF_CON	SIF_CON CS_PGP (n)	INC SIF_CON CS_PGP
CIUDAD BOLIVAR	35	4.1	1	0.7
SUMAPAZ	0	0.0	0	0.0
TUNJUELITO	6	2.9	1	4.8
USME	17	3.8	3	4.4
Total	58	3.8	5	2.2

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la gráfica se muestra la incidencia de sífilis congénita, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP, durante el periodo de enero – diciembre de 2020, inicio con una incidencia de 3.0, para la población asignada la subred sur y para capital fue de 5.7 la incidencia, en el mes de abril la incidencia de sífilis congénita fue de 7.4 para la subred sur durante el periodo analizado la población asignada a la subred sur, mantuvo un aumento de casos el periodo analizado, en relación a capital salud no se presentaron casos nuevos durante los meses de abril a septiembre 2020, pero para octubre (4.9) y noviembre (5.3) de 2020 aumento la incidencia.

Gráfica 8. Prevalencia de sífilis congénita población Subred Sur y población asignada de CS por PGP por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Para los comparativos de los indicadores en sífilis congénita y sífilis gestacional no se encontraron datos de algunos países con los que se comparó, en los datos encontrados se evidencia que Bogotá y la localidad de Usme cuentan con altos porcentajes y en general se evidencia un aumento en el indicador de los países, exceptuando el consolidado de América Latina

Tabla 12. Comparativo sífilis congénita

SÍFILIS CONGÉNITA					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	47,7	29,1	3,19	SD	SD
CUBA	SD	SD	SD	SD	SD
CHILE	0,2	0,1	0,1	SD	SD
COLOMBIA	1,05	1,11	1,4	1,54	0,85

BOGOTÁ	1,1	1,3	1,5	1,5	1,5
SUBRED SUR	1,7	2,2	2,1	3,2	SD
USME	2,2	1,5	2,0	3,6	SD
TUNJUELITO	1,5	2,5	0,4	2,8	SD
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	SD
CIUDAD BOLÍVAR	1,5	2,4	2,5	3,2	SD

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de sífilis congénita se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, juventud, adultez, habitabilidad en calle, familias, salud oral y víctimas del conflicto armado.

A nivel intersectorial se cuentan con acciones distritales para la difusión y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS y prácticas sexuales seguras, fomento de la consulta preconcepcional y controles prenatales contando con la participación de diversos sectores como mujer, gobierno, bienestar familiar, educación, integración social y Alcaldía Local con el posicionamiento de la salud materno perinatal y la salud sexual y reproductiva como prioridad en los planes integrados de política para las localidades con participación de políticas de Infancia y Adolescencia, Juventud, Familias, Salud Oral, Mujer y Género, Adultez y CHC.

Se realiza seguimiento a la ruta integral de atenciones a la primera infancia en donde se contemplan acciones a la mujer gestante, se promueve el acceso a la consulta prenatal, trabajando de la mano con Integración social desde el programa Creciendo en Familia, así como en los Centros de Desarrollo Infantil del ICBF para la activación de la ruta materno perinatal, así como el seguimiento y gestión de canalizaciones sectoriales e intersectoriales. Se acompañan procesos de IEC frente la salud sexual y reproductiva. Así mismo se trabaja con Secretaría de Educación, IDR, grupos de madres comunitarias, estrategia móvil y World Vision, Fundación Social Crecer, Fundación Caracolitos, entidades sin ánimo de lucro, entre otros. Para población habitante de calle se realiza identificación de mujeres gestantes realizando seguimiento y acompañamiento, así como abordaje en recorridos y jornadas de autocuidado.

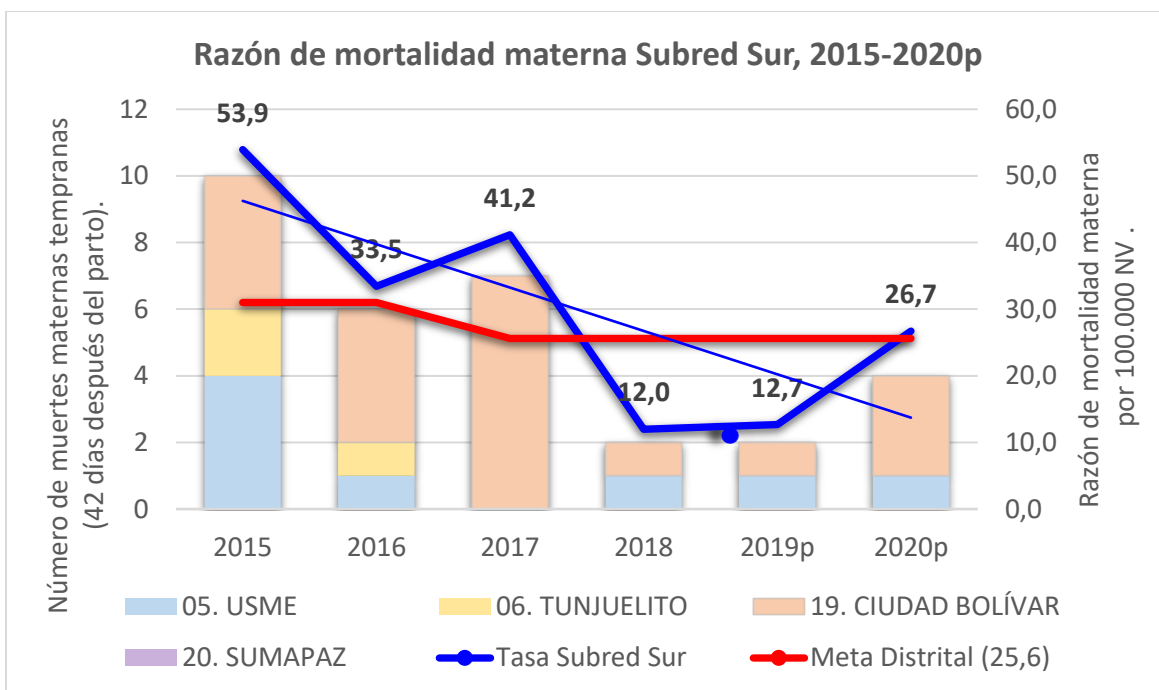
Estas acciones se posicionan en espacios locales como el Comité de Infancia y Adolescencia, Comité de Juventud, Comité de Familias, Red del Buen trato y Mesa de Prevención de Maternidad y Paternidad Temprana.

MORTALIDAD MATERNA

Proyecto 1186 (AIS) Meta 12: A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna.

La mortalidad materna en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020) presenta un comportamiento irregular, durante este período la razón de mortalidad materna RMM más alta se presentó en el 2015 con 53,9 casos por cada 100.000 NV, 2016 y 2017 presentaron RMM menores a la presentada en 2015 pero no suficientes para dar cumplimiento a la meta distrital, en 2018 y 2019 se presentaron las menores RMM en este periodo con 12,0 y 12,7 por cada 100.000 NV respectivamente, dando cumplimiento en estos dos años a la meta trazada en 25,6 por cada 100.000 NV. En el 2020 se registraron cuatro mortalidades maternas, el doble de casos registrados en 2019, la RMM en 2020 fue de 26,7 por cada 100.000 NV, superando la meta Distrital.

Gráfica 9. Razón de mortalidad materna 2015 – 2020p



Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES.

Dos casos pertenecen al régimen subsidiado EAPB Capital salud, los dos restantes corresponden al régimen contributivo, sólo uno de los casos correspondientes a Capital Salud se encontraba asignado a la SISS Sur E.S.E. por medio de la base PGP. Tres casos ocurrieron en USS de la SISS Sur E.S.E, dos en USS Meissen y una en USS El Tunal. Un caso corresponde a una mujer venezolana. En las unidades de análisis se estableció que un caso corresponde a mortalidad materna temprana, indirecta y evitable, para los tres casos restantes aún no se ha definido el tipo de mortalidad (directa o indirecta).

Tabla 13. Caracterización casos de mortalidad materna 2020

Mes	LOCALIDAD	REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD ADMINISTRADORA	ASIGNACION PGP	INSTITUCION OCURRENCIA	EDAD	DOCUMENTO EXTRANJERO
julio	CIUDAD BOLIVAR	CONTRIBUTIVO	SIN INFORMACION		CLINICA CAFAM	35	NO
julio	CIUDAD BOLIVAR	SUBSIDIADO	CAPITAL SALUD	CAPITAL SALUD	USS EL TUNAL	25	NO
marzo	USME	SUBSIDIADO	CAPITAL SALUD		USS MEISSEN	30	SI
agosto	CIUDAD BOLIVAR	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS		USS MEISSEN	21	NO

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares.

Ciudad Bolívar presentó la RMM más alta con 35,1 por cada 100.000 NV seguida de Usme con 22,8 por cada 100.000 NV.

La RMM para la población asignada de Capital Salud por medio de la base PGP fue de 44,9 por cada 100.000 NV hijos de mujeres asignadas, superior a la RMM presentada en la población general de la Subred Sur (26,7 por cada 100.000 NV). En la tabla se puede observar la razón de mortalidad materna, en donde para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, presentaron (n=4) casos con una razón de 26,7, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=1) casos la razón fue de 44,9, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=3) la tasa fue de 35,1 y asignada para capital por PGP (n=1) la razón es de 75,0, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=1) casos, con una razón de 22,8, no se presentaron casos para la población asignada a capital por PGP.

Tabla 14. Razón de mortalidad materna, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por localidad.

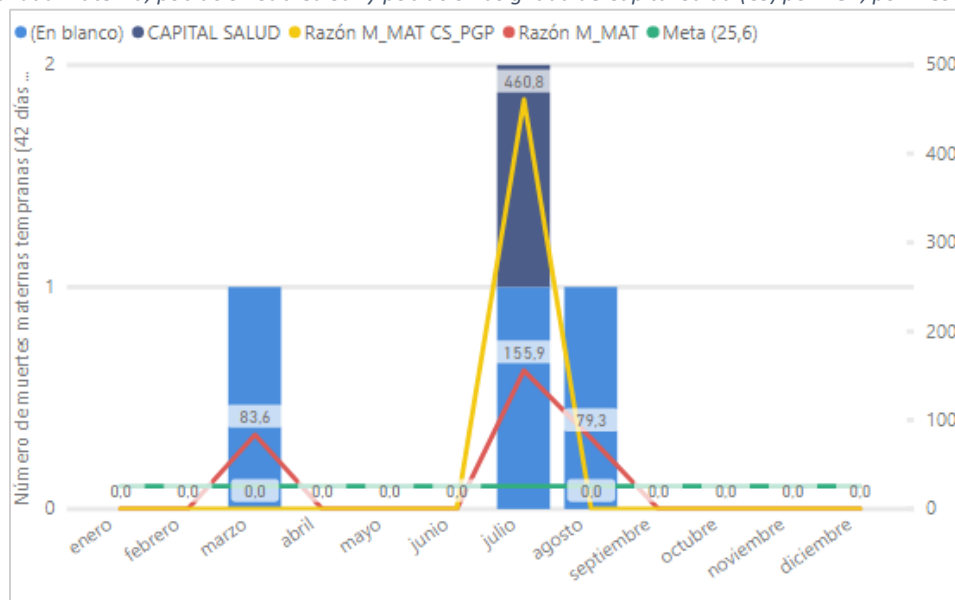
LOCALIDAD	M_MAT (n)	Razón M_MAT	M_MAT CS_PGP (n)	Razón M_MAT CS_PGP
CIUDAD BOLIVAR	3	35,1	1	75,0
SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0
TUNJUELITO	0	0,0	0	0,0
USME	1	22,8	0	0,0
Total	4	26,7	1	44,9

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

Dos casos se presentaron en el mes julio, uno de ellos se encontraba asignado por Capital Salud por la base PGP. La RMM en el mes de julio fue de 155,9 para la población de la Subred y de 460,8 para la población asignada de Capital Salud por PGP, dado que estas se calcularon con los NV correspondientes a este mes.

En la gráfica se puede observar la razón de mortalidad materna, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020 la meta distrital (n=25,6) para los meses de marzo de 2020 (83.6), julio de 2020(115.9), agosto de 2020 (79.3), la razón de mortalidad materna para la población asignada a la subred sur estuvo por encima de la meta distrital, la razón de mortalidad materna en cuanto a la población asignada a capital salud solo para el mes de julio de 2020 fue de (460.8) por encima de la meta distrital.

Gráfica 10. Razón de mortalidad materna, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Datos preliminares. Bases PGP SISS Sur E.S.E. 2020.

Para la comparación de indicadores de salud pública con otros países se evidencia que no todos se calculan de la misma manera, se surten procesos de actualización en el sistema de vigilancia relacionados con todas las variables propias del evento.

La información es actualizada y está sujeta a procesos de validación y depuración permanente, se realiza un comparativo con los países que se encuentran en la tabla con un peso porcentual similar de los años 2015 al 2019, donde se observa que para Colombia la RMM se encuentran superiores a Cuba y Chile.

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred Sur, el Distrito, el País y diferentes territorios de América Latina.

Tabla 15. Razón de mortalidad materna, diferentes territorios de América Latina 2015-2019.

MORTALIDAD MATERNA					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	53,7	50,3	44,2	56,6	67,2
CUBA	39,0	41,9	38,3	43,8	37,4
CHILE	22	9	SD	22	SD
COLOMBIA	53,7	51,3	51	44	54,1
BOGOTÁ	34,1	27,4	28,2	25,5	20,1
SUBRED SUR	48,5	33,5	41,2	12,0	12,7
USME	73,1	18,2	0,0	20,1	21,5
TUNJUELITO	36,9	38,2	0,0	0,0	0,0
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	38,8	40,9	74,8	0,0	11,2

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones Intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad materna se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, juventud, adultez, mujer y equidad de género, familias, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, crónicos, habitabilidad en calle, salud oral, víctimas del conflicto armado y ruralidad.

Desde la política de infancia se realiza seguimiento a la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia RIAPI en donde se contemplan acciones a la mujer gestante, se promueve el acceso a la consulta prenatal, trabajando de la mano con ICBF y SLIS para la activación de la ruta materno perinatal, así como el seguimiento y gestión de canalizaciones sectoriales e intersectoriales. Se realiza acompañamiento a procesos de IEC frente el AIEPI comunitario y los cuidados en salud. Así mismo se generan espacios de fortalecimiento técnico donde se refuerza la importancia de asistir a consulta preconcepcional, controles prenatales, mantener el esquema de vacunas al día y mantener una alimentación sana.

Estas acciones se posicionan en los espacios de participación como los Comité Operativos Locales de Infancia y Adolescencia -COLIA-, la mesa técnica de la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia -RIAPI- y el Consejo Consultivo Local de Niños, Niñas y Adolescentes CCLONNA, espacios en los cuales surgen articulaciones con los sectores, asociaciones, fundaciones y comunidad que tienen presencia en la localidad con el fin de trabajar en las temáticas identificadas como las bajas adherencias a los servicios en salud, desconocimiento de prácticas y cuidados de la salud y gestión de necesidades como acompañamiento psicosocial y apoyo alimentario a partir del seguimiento de canalizaciones.

Desde la política de seguridad alimentaria y nutricional se realiza gestión de canalizaciones de gestantes con bajo

peso a las entidades locales, fortalecimiento y conformación de grupos de apoyo a la lactancia materna, certificación/recertificación de las salas amigas de la familia lactante, así como procesos de fortalecimiento técnico en lactancia materna y alimentación durante la gestación. Estas acciones se articulan intersectorialmente con la SLIS y el proyecto Creciendo en Familia: Atención a mujeres gestantes y lactantes, a través de apoyo alimentario y el fortalecimiento de conocimientos en alimentación, nutrición, psicológicos, etc. Así mismo se realizan acciones con el ICBF en la modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF, Centros de Desarrollo Infantil, hogares y jardines infantiles.

Desde las transversalidades de curso de vida, familias y salud oral se promueven las acciones de promoción y prevención en el marco de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, así como la ruta materno perinatal. En la dimensión de salud sexual y reproductiva se promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de la maternidad y paternidad temprana, prevención del embarazo subsecuente, promoción de métodos de regulación de la fecundidad, prevención de ITS y reglamentación de IVE. Así mismo se fomenta la consulta preconcepcional, controles prenatales, así como la salud orofacial teniendo en cuenta que las infecciones en boca potencian las enfermedades crónicas que pueda tener la madre. Estas acciones se articulan en espacios como el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia COLIA, Comités Locales de Juventud COLJ, Comités de Familias y Red del Buen Trato donde participan los diferentes sectores destacando Alcaldía Local, SLIS, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, IDR, IDPAC, Secretaría de Educación, IDIPRON, ICBF, Casa Justicia y algunas Entidades Sin Ánimo de Lucro. Desde el Comité Operativo Local de Mujer y Género COLMYEG se viene fortaleciendo los derechos y deberes en salud, así como prevención en tipos de violencia contra la mujer en articulación con la Secretaria de la Mujer, Alcaldías locales, Policía, Casa de Igualdad de Oportunidades, Personería y Comisarias de Familia.

Desde las políticas diferenciales se promueve el desarrollo de las prácticas de cuidado y autocuidado propias, así como la aplicación de la ruta diferencial articulando el componente diferencial de las RIAS de promoción y mantenimiento por momento de curso de vida y la ruta materno perinatal desde su enfoque diferencial. Desde la política del fenómeno de habitabilidad en calle se articulan acciones a partir de las mesas locales y el abordaje en calle dentro de los recorridos y jornadas de autocuidado, identificando a las mujeres gestantes donde se realiza el seguimiento y acompañamiento, a la vez que se busca la vinculación a los hogares de paso teniendo en cuenta su momento de curso de vida. Estas acciones se articulan principalmente con SDIS e IDIPRON.

Desde la dimensión de salud ambiental se busca vincular acciones con madres de jardines comunitarios trabajando temas de espacios verdes y huertas urbanas y colectivas, así como identificación de lugares y espacios agroecológicos, promoviendo la seguridad alimentaria y nutricional. De igual manera se han adelantado conversatorios de etnobotánica para que se conozcan las propiedades nutricionales y medicinales de las plantas. Estas acciones se articulan con Jardín Botánico, SDIS, Alcaldía Local, Secretaría de Ambiente, jardines infantiles y comunidad en general.

Desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, se trabaja en la atención oportuna en enfermedades crónicas como la hipertensión, atención adecuada, barreras de acceso en salud, seguimiento en controles, articulación con Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública GPAISP e IPS, así como la movilización de las estrategias de crónicos, ciudades, entornos y ruralidad saludable.

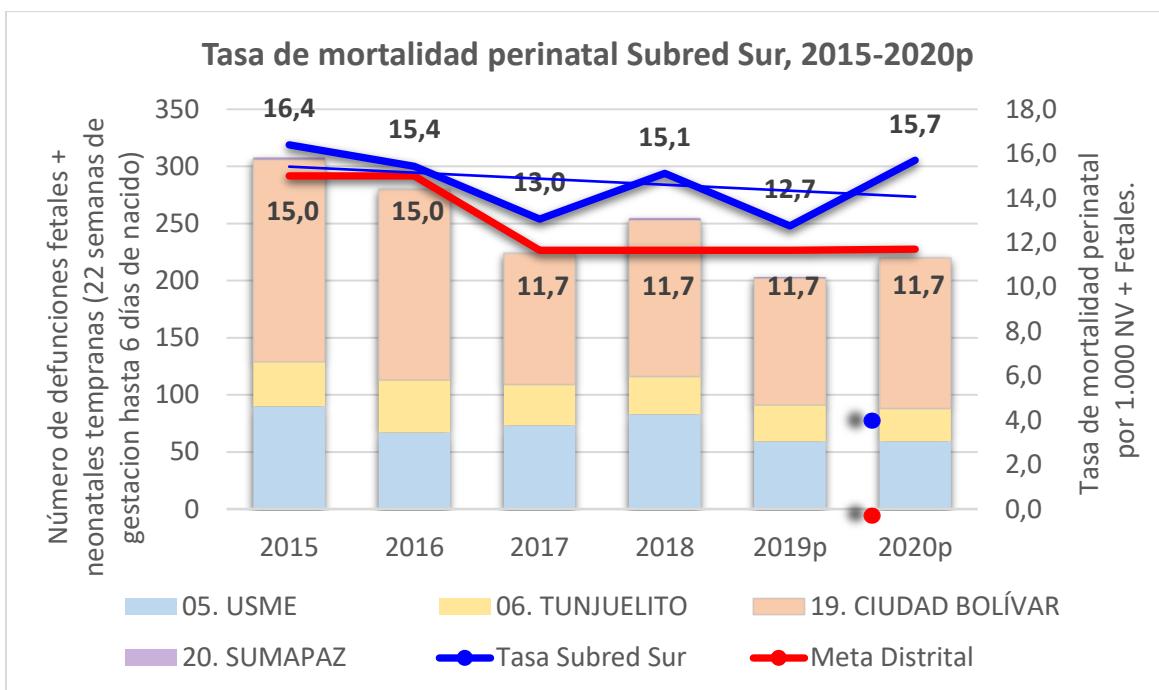
Desde la política de ruralidad se ha avanzado en la articulación con el sector académico para el desarrollo de investigaciones sobre el impacto de los plaguicidas en la salud, lo cual ha permitido evidenciar los efectos crónicos de la exposición, aunque en específico los estudios se han enfocado en trabajadores agrícolas y niños, se ha logrado desarrollar acciones de sensibilización con las madres sobre los impactos que causan estas sustancias tóxicas. En la localidad de Sumapaz la política de ruralidad es la sombrilla en la cual se enmarca un modelo de atención diferencial para la población campesina, en este sentido, las acciones desarrolladas inciden principalmente en mujeres en edad fértil y mujeres gestantes, realizando el fortalecimiento de la ruta materno perinatal para la ruralidad.

MORTALIDAD PERINATAL

Proyecto 1186 (AIS) Meta 13: A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la tasa de mortalidad perinatal.

La mortalidad perinatal en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta un comportamiento irregular, presentando disminución en los años 2017 y 2019 con unas tasas de 13 y 12,7 respectivamente, sin embargo, se presentan picos en los años 2018 y 2020 con tasas de 15,1 y 15,7 por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales (NV+Fetales) en el año 2015 se presentaron 308 casos y en el año 2019, 203 casos llegando a una tasa de 12,7 por 1.000 NV+Fetales, año en el que se registró la mayor aproximación a la meta Distrital trazada en 11,7 por 1.000 NV+Fetales, para el año 2020p se presenta la segunda tasa más alta en relación a los últimos 6 años llegando a 15,7 (n=220).

Gráfica 11. Tasa de mortalidad perinatal Subred Sur 2015 – 2020p

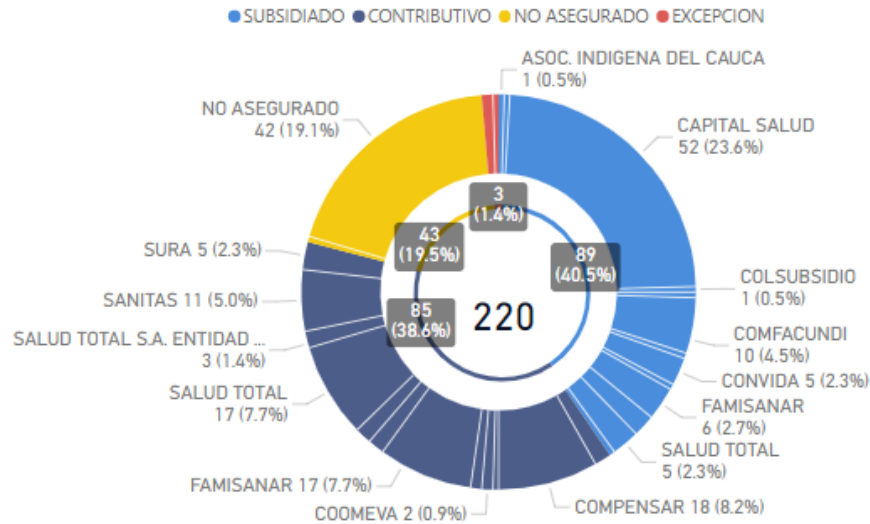


Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES.

Del total de casos de la Subred, se identifica que de acuerdo al lugar de residencia, los casos se distribuyen de la siguiente forma: Localidad Ciudad Bolívar aporta el 60% de los casos (n=132), seguido de Usme con el 26,82 (n=59) y por último Tunjuelito con el 13,18% (n=29).

Respecto al régimen de seguridad social el 40.5% (n=89) de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 38.6% (n=85) al régimen contributivo, el 19,5% (n=43) No asegurado y en régimen de excepción el 1.4% (n=3). En el régimen subsidiado la mayor proporción de casos la presenta la EPS Capital Salud con 23,6% (n=52).

Gráfica 12. Aseguramiento en salud casos de mortalidad perinatal



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En cuanto a la ocurrencia de los casos, se identifica que, de la totalidad de los mismos, el 46,8 (n=103) ocurrieron en la Subred, de los cuales en la USS Meissen se presentaron 98 casos (44.5% del total de la subred), fuera de la subred se presentaron 117 casos correspondiente al 53.18%, lo anterior se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 16. Ocurrencia casos de mortalidad perinatal

OCURRENCIA	n	%
OTROS	117	53.18%
SUBRED SUR	103	46.82%
USS MEISSEN	98	44.55%
USS LA VICTORIA	4	1.82%
USS USME	1	0.45%
Total	220	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

La ocurrencia de casos en población extranjera es de 4,55% (n=10), por otra parte, en el tipo de defunción, se presentan en un 71.8% (n=158) las defunciones fetales y las no fetales aportan el 28.1% (n=62) en la siguiente tabla se puede observar la distribución de las causas 667, donde los recién nacidos afectados por las complicaciones obstétricas aportan el 44,09% (n=97), seguido del resto de afecciones originadas en el periodo perinatal con un 26,36% (n=58) y en tercer lugar, los recién nacidos afectados por ciertas afecciones maternas con un 11,82% (n=26).

Tabla 17. Causas 667

CAUSAS 667	n	%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	97	44.09%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	58	26.36%
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	26	11.82%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16	7.27%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	12	5.45%
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	2.73%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	5	2.27%
Total	220	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En relación a la edad de la madre, se evidencia que en el quinquenio de 20 a 24 años se concentra el mayor porcentaje de casos, alcanzando el 38.18% (n=84) seguido del quinquenio de 25 a 29 años con el 21,36% (n=47) como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 18. Edad madres

Edad madre	n	%
10-14	1	0.45%
15-19	31	14.09%
20-24	84	38.18%
25-29	47	21.36%
30-34	26	11.82%
35-39	18	8.18%
40-44	6	2.73%
45-49	2	0.91%
SIN DATO	5	2.27%
Total	220	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la tabla se puede observar la tasa específica de mortalidad perinatal, para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=220) casos con una tasa de 14.5, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=32) casos con una tasa del 14.2, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=132) la tasa fue de 15.3 y asignada para capital por PGP (n=23) con una tasa del 17.0, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=59) casos con una tasa de 13.3 y la asignada para capital por PGP (n=7) casos con una tasa del 10.3, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=29) casos, la tasa específica del 14.1; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=2) casos con una tasa 9.6.

Tabla 19. Tasa de mortalidad perinatal población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP

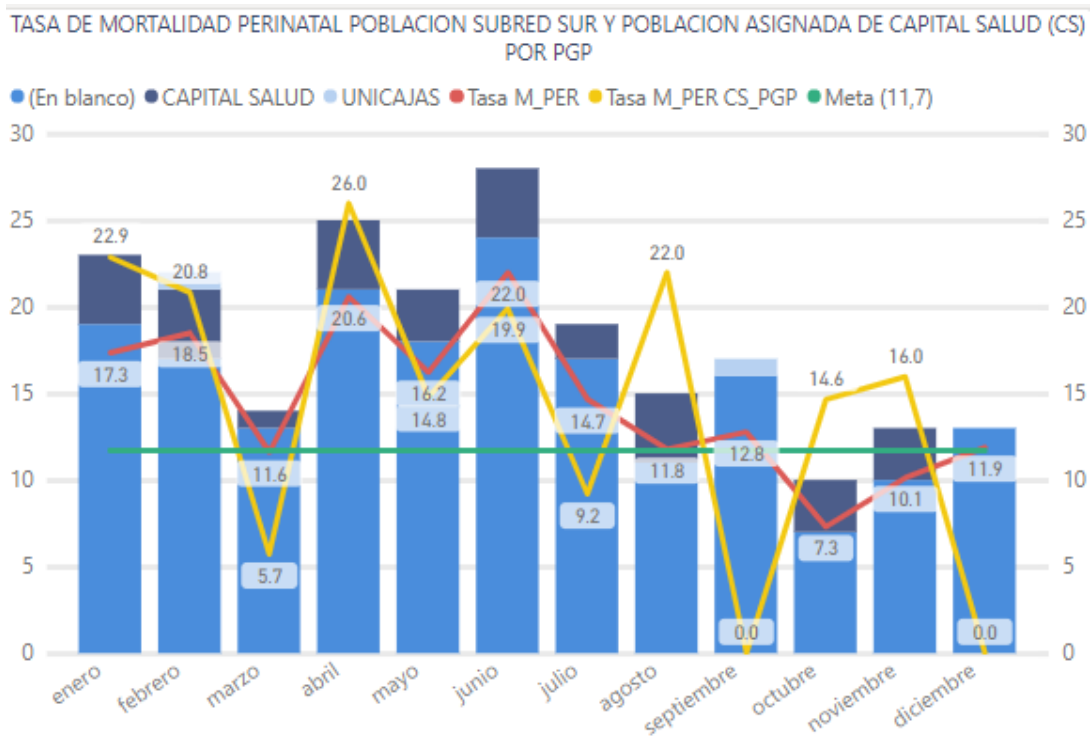
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL POBLACION SUBRED SUR Y POBLACION ASIGNADA DE CAPITAL SALUD (CS) POR PGP

LOCALIDAD	M_PER (n)	Tasa M_PER	M_PER CS_PGP (n)	Tasa M_PER CS_PGP
SUMAPAZ	0	0.0	0	0.0
TUNJUELITO	29	14.1	2	9.6
USME	59	13.3	7	10.3
CIUDAD BOLIVAR	132	15.3	23	17.0
Total	220	14.5	32	14.2

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad perinatal, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020. La tasa de mortalidad para la población asignada a la subred en los meses de marzo(11.6), octubre (7.3), noviembre(10.1) de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital (11.7) en relación a la tasa de mortalidad perinatal para la población asignada a capital por PGP durante los meses de marzo(5.7), julio(9.2), septiembre y diciembre de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital.

Gráfica 13. Tasa de mortalidad perinatal, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Se observa que en Colombia la tasa de mortalidad perinatal se encuentra alta a diferencia otros países, siendo el año 2017 el de mayor número de muertes perinatales.

Tabla 20. Comparativo mortalidad perinatal

MORTALIDAD PERINATAL					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019

AMÉRICA LATINA	SD	SD	SD	SD	SD
CUBA	11,1	12,1	12,5	12,9	12,2
CHILE	SD	SD	SD	SD	SD
COLOMBIA	15,5	16,3	17,5	14,8	SD
BOGOTÁ	14,7	13,1	14,2	14,6	11,9
SUBRED SUR	16,2	14,9	12,1	14,9	12,1
USME	16,2	12,1	13,9	16,5	12,4
TUNJUELITO	12,8	13,6	7,8	12,4	14,6
SUMAPAZ	51,3	0,0	0,0	55,6	58,8
CIUDAD BOLÍVAR	16,9	16,8	12,2	14,5	11,3

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad perinatal se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, adultez, familias, seguridad alimentaria y nutricional, crónicos, habitabilidad en calle, salud oral, víctimas del conflicto armado y salud mental.

Desde la política de infancia se realiza seguimiento a la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia RIAPI en donde se contemplan acciones a la mujer gestante, se promueve el acceso a la consulta prenatal, valoración integral del desarrollo, se trabaja de la mano con ICBF y SLIS para la activación de la ruta materno perinatal y se realiza seguimiento y gestión de canalizaciones sectoriales e intersectoriales. Se acompañan procesos de IEC frente el AIEPI comunitario donde se resaltan signos y síntomas de alarma, lactancia materna, cuidado del recién nacido y cuidado del niño enfermo. Se realiza seguimiento a bases de datos de jardines, creciendo en familia y hogares comunitarios de ICBF para garantizar esquemas de vacunación en recién nacidos y mujeres gestantes. En los espacios de fortalecimiento técnico se socializan temas de interés para la comunidad, relacionados con la importancia de asistir a los controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo y esquemas de vacunación al día, acciones que son compartidas con el abordaje desde la política para las familias, fomentando además la valoración integral y el establecimiento de redes de apoyo, así como la prevención de violencias haciendo énfasis en la negligencia.

Estas acciones se posicionan en los espacios de participación como los Comité Operativos Locales de Infancia, Adolescencia y Familias -COLIAF-, la mesa técnica de la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia -RIAPI- y el Consejo Consultivo Local de Niños, Niñas y Adolescentes CCLONNA y Red del Buen Trato, espacios en los cuales surgen articulaciones con los sectores, asociaciones, fundaciones y comunidad que tienen presencia en la localidad con el fin de trabajar en las temáticas identificadas como las bajas adherencias a los servicios en salud, desconocimiento de prácticas y cuidados de la salud y gestión de necesidades como acompañamiento psicosocial y apoyo alimentario a partir del seguimiento de canalizaciones. Estos espacios de participación mixta favorecen el encuentro con la comunidad y permiten la socialización de las diferentes estrategias en salud, procesos de educación a través del fortalecimiento técnico, socialización de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- y el portafolio de servicios, logrando informar y orientar en la importancia de asistir a los servicios en salud para lograr la identificación oportuna de riesgos y disminuir las probabilidades de mortalidades por eventos prevenibles.

Los principales actores relacionados son las Secretarías Locales de Integración Social con el proyecto Creciendo en Familia, asociaciones de Centros de Desarrollo Infantil, hogares y jardines del ICBF, madres comunitarias, IDIPRON y Secretaría de Educación, participando así mismo actores clave como las Alcaldías Locales, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría de la Mujer, SCRDR, IDRD, IDPAC y algunas Entidades Sin Ánimo de Lucro.

En concordancia con lo anterior y en articulación para el abordaje integral en el cuidado de la seguridad alimentaria

y nutricional, se realiza gestión de canalizaciones de menores con bajo peso al nacer a las entidades locales, fortalecimiento y conformación de grupos de apoyo a la lactancia materna, certificación y recertificación de las salas amigas de la familia lactante, procesos de fortalecimiento técnico en lactancia materna y alimentación durante la gestación; siendo parte de las acciones transversales realizadas con mujeres gestantes, lactantes y niñas y niños menores de dos años en articulación con SLIS del programa Creciendo en Familia en el marco de la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia, así mismo se interviene con la población participante de la modalidad de Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF, Centros de Desarrollo Infantil CDI, hogares y jardines infantiles, generando espacios de fortalecimiento técnico a agentes educativas y abordando a la comunidad a través del apoyo alimentario y el fortalecimiento de conocimientos en alimentación, nutrición, psicología y vacunación.

Así mismo, se cuenta con acciones específicas desde los diferentes enfoques diferenciales y transversalidades, es así como, para el manejo de población infantil víctima del conflicto armado se realiza promoción de acciones diferenciales para población con doble condición étnica y víctima, así como el fortalecimiento de prácticas de cuidado y autocuidado propias. Desde el trabajo realizado con población en riesgo y habitante en calle se adelantan acciones en los territorios de forma articulada con SLIS e IDIPRON a partir de las mesas locales y el abordaje en calle dentro de los recorridos y jornadas de autocuidado, identificando mujeres gestantes en las cuales se realiza seguimiento y acompañamiento, buscando generar adherencia a los programas de salud y fomento de corresponsabilidad; de igual manera se busca la vinculación a los hogares de paso teniendo en cuenta el momento de curso de vida. Desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles se realiza seguimiento en la prestación del servicio de salud, prestando especial atención a niñas y niños con enfermedades huérfanas y niños nacidos de madres con alguna condición salud relacionadas con enfermedades crónicas.

Desde la política de salud mental se promueve la información, educación y comunicación en pautas de crianza desde la gestación a nivel intersectorial en los diferentes escenarios de los territorios, principalmente con los sectores de mujer, integración social e ICBF. De igual forma, se cuenta con articulación con los diferentes espacios de vida cotidiana para la realización de acciones de IEC, así como con SIVIM para la vigilancia de la violencia gestacional o intrauterina.

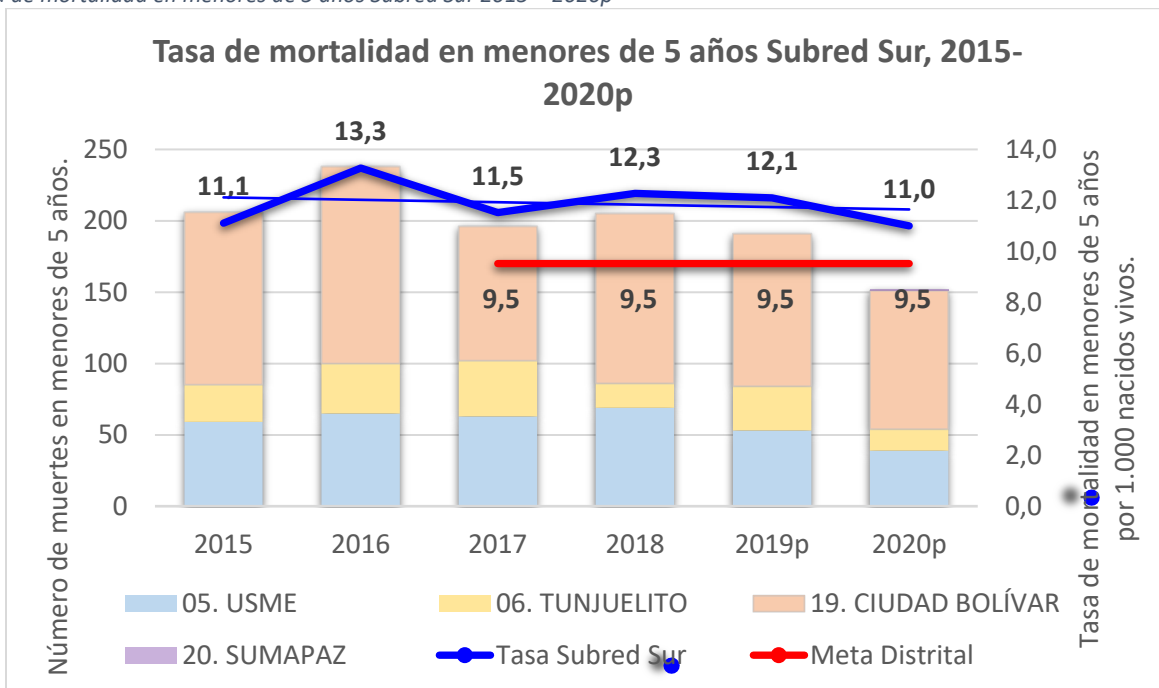
Se cuenta con un compromiso distrital para la difusión y garantía de los derechos sexuales y reproductivos y el mejoramiento de la calidad de vida de las gestantes contando con la participación de diversos sectores como mujer, gobierno, bienestar familiar, educación e integración social con el posicionamiento de la salud materno perinatal como prioridad en los planes integrados de política para las localidades.

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Proyecto 1186 (AIS) Meta 19: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020.

La mortalidad en menores de cinco años en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta un comportamiento con tendencia lineal entre 2015 y 2020p pasando de una tasa de 11,1 por 1.000 NV en 2015 (n=206) a 11,0 por 1.000 NV en 2020p (n=152), se identifica una reducción del número de casos, en total 55 casos, sin embargo, en la tasa no se identifica el cambio de forma significativa teniendo en cuenta el número de nacidos vivos. Para el año 2019 se presentó una tasa de 12,1 (n=191) vs una tasa de 11,0 (n=152) en el 2020, evidenciando una disminución en la misma.

Gráfica 14. Tasa de mortalidad en menores de 5 años Subred Sur 2015 – 2020p

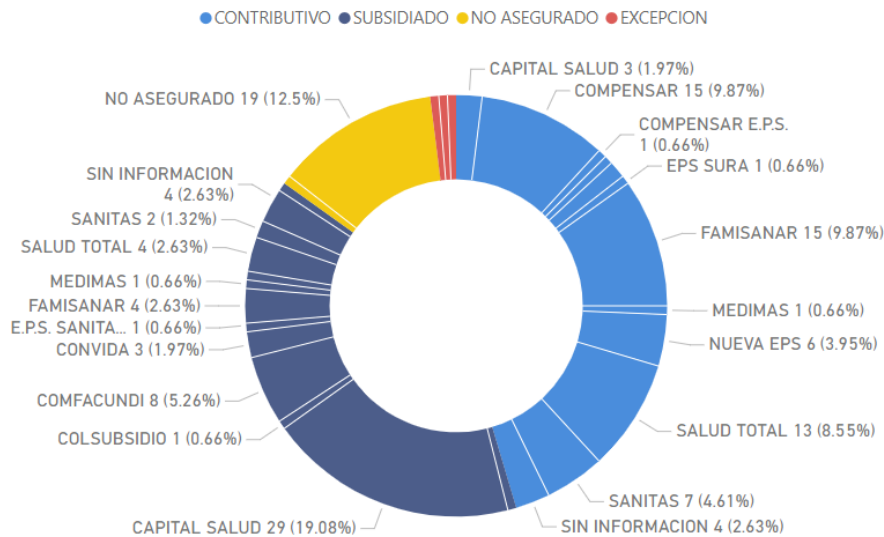


Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos de la Subred, se identifica que de acuerdo al lugar de residencia, los casos se distribuyen de la siguiente forma: Localidad Ciudad Bolívar aporta el 63,82% de los casos (n=97), seguido de Usme con el 25,6% (n=39), Tunjuelito aporta el 9,8% (n=5) y por ultimo Sumapaz con el 0,66% (n=1).

Respecto al régimen de seguridad social el 39.4% (n=60) de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 45.4% (n=69) al régimen contributivo, el 13,1% (n=20) No asegurado y en régimen de excepción el 1.97% (n=3). En el régimen subsidiado la mayor proporción de casos la presenta la EPS Capital Salud con 19,8% (n=19).

Gráfica 15. Aseguramiento en salud casos de mortalidad en menor de 5 años



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En cuanto a la ocurrencia de los casos, se identifica que, de la totalidad de los mismos, el 34,21% (n=52) ocurrieron en la Subred, fuera de la subred se presentó un 65,79% (n=100). La ocurrencia de casos en población extranjera es de 3,33% (n=5). Lo anterior se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 21. Ocurrencia casos de mortalidad perinatal

OCURRENCIA	n	%
OTROS	100	65.79%
SUBRED SUR	52	34.21%
USS MEISSEN	48	31.58%
USS LA VICTORIA	4	2.63%
Total	152	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En relación a las causas 667, se identifica que en primer lugar se encuentran las “Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas” las cuales aportan el 21,05% (n=32), en segunda instancia se encuentran el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con el 16,45% (n=25) y en tercer lugar los recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento con un 15,79% (n=24) como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 22. Causas 667

CAUSAS 667		
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	21.05%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	25	16.45%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	24	15.79%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	18	11.84%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	13	8.55%
Total	152	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En relación a la edad de la madre, se evidencia que en el quinquenio de 20 a 24 años se concentra el mayor porcentaje de casos, alcanzando el 26,32% (n=40) como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 23 Edad madres

Edad madre	n	%
15-19	13	8.55%
20-24	40	26.32%
25-29	26	17.11%
30-34	20	13.16%
35-39	11	7.24%
40-45	4	2.63%
SIN DATO	38	25.00%
Total	152	100.00

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la tabla se puede observar la tasa de mortalidad en menor de 5 años, para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=152) casos con una tasa de 10.1, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=17) casos con una tasa del 7,6 la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=97) la tasa fue de 10,1 y asignada para capital por PGP (n=17) con una tasa del 7,6, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=39) casos con una tasa de 8,9 y la asignada para capital por PGP (n=3) casos con una tasa del 4,4, en tercer lugar se encuentra la localidad de Sumapaz con (n=1) casos, la tasa específica del 27,8; para la subred, la población asignada para capital no se presentaron casos.

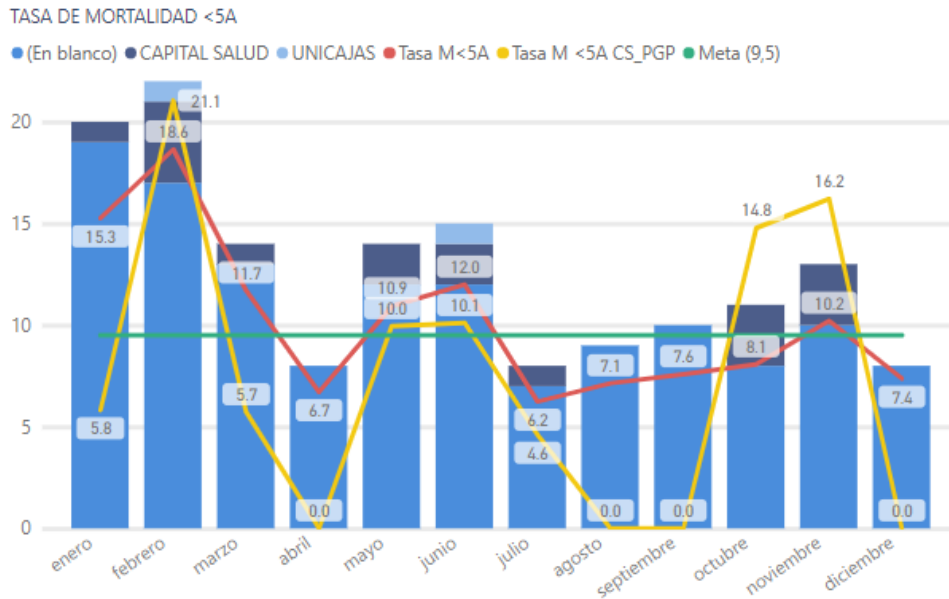
Tabla 24. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, población Subred sur y población asignada a CS por PGP

LOCALIDAD	M <5A (n)	Tasa M <5A	M <5A CS_PGP	Tasa M <5A CS_PGP
SUMAPAZ	1	27.8	0	0.00
USME	39	8.9	3	4.46
CIUDAD BOLIVAR	97	11.3	12	9.00
TUNJUELITO	15	7.4	2	9.66
Total	152	10.1	17	7.63

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad en menor de 5 años, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020. La tasa de mortalidad para la población asignada a la subred en los meses de abril (6,7) julio (6,2), agosto (7,1), septiembre (7,6), octubre (8,1) y diciembre (7,4) de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital (9,5) en relación a la tasa de mortalidad en menor de 5 años, para la población asignada a capital por PGP durante los meses de enero (5,8), abril, julio (9,2), agosto, septiembre y diciembre de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital.

Gráfica 16. Tasa de mortalidad en menor de 5 años, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Para las enfermedades respiratorias se evidencia que su mortalidad por estas causas en menores de 5 años, mortalidad por IRA Colombia a diferencia de cuba y chile evidencia porcentajes elevados similares cada año, Para la mortalidad por Neumonía se encontraron datos de la subred sur donde tiene un alto porcentaje para este indicador aportando a Bogotá.

Tabla 25. Comparativo mortalidad en menor de 5 años

MORTALIDAD MENOR DE 5 AÑOS					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	13,4	15,8	15,8	15,1	14,4
CUBA	5	4,9	4,8	4,7	4,6
CHILE	7,9	7,7	7,4	8,1	8,1
COLOMBIA	13,23	13,16	13,02	13,33	13,55
BOGOTÁ	10,6	11,2	11,2	10,8	11
SUBRED SUR	11,1	13,3	11,1	12,1	12,2
USME	10,8	11,8	12,1	13,9	11,6
TUNJUELITO	9,2	13,4	13,2	6,1	14,3
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	11,7	14,1	10,0	12,7	12,0

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad en menores de 5 años se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, seguridad alimentaria y nutricional, familias, salud oral, víctimas del conflicto armado, salud mental, discapacidad y ruralidad.

A través de la articulación intersectorial mediada por los espacios de participación mixtos como los comités de familias, comités operativos locales de infancia y adolescencia –COLIA y las mesas de seguimiento a la ruta integral

de atenciones para la primera infancia – RIAPI, se establece el acompañamiento permanente a las acciones en menores de 5 años a partir de la promoción al acceso a consulta prenatal, valoración integral del desarrollo y cumplimiento del esquema de vacunación. De estos espacios resulta el apoyo en procesos de IEC que tienen como objetivo mejorar las prácticas de lactancia, la identificación de signos y síntomas de alarma, el cuidado en casa del niño o niña enferma y la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda –IRA. Para esto, se cuenta con el enlace interinstitucional como respuesta a las necesidades identificadas desde cada una de las agencias de los sectores, mencionando como más sobresalientes el programa de creciendo en familia de las Subdirecciones locales de Integración Social, jardines infantiles, la implementación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia –AIEPI, los centros de desarrollo infantil del ICBF con acciones de acompañamiento psicosocial, en nutrición, en apoyo alimentario y en la identificación y activación de rutas. Asimismo, desde los comités locales de atención a víctimas de maltrato y violencias se generan acciones de prevención al maltrato infantil, abandono y negligencia de manera integral, además de la promoción de pautas de crianza respetuosas. Con lo anterior, se realizan las canalizaciones pertinentes tanto a los servicios asistenciales como los intersectoriales, así como la notificación a los subsistemas.

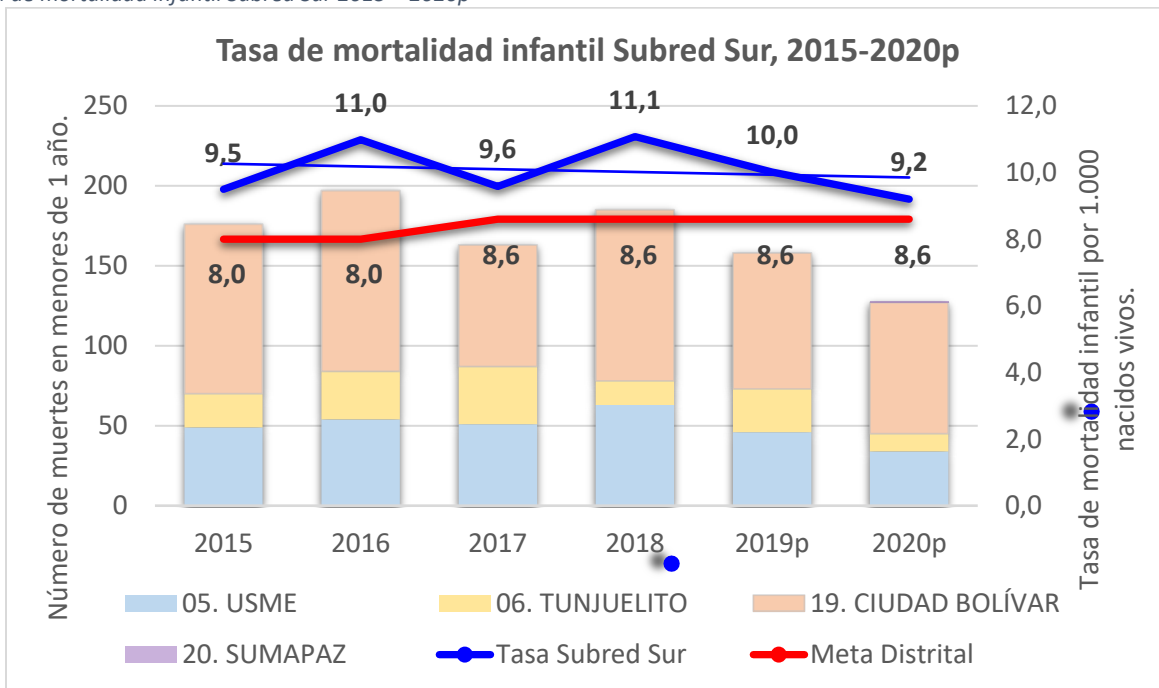
En la ruralidad se desarrollan acciones de capacitación a docentes y profesionales de los diferentes sectores en la estrategia AIEPI además del fortalecimiento permanente del esquema de vacunación desde todos los espacios de participación en los que realiza acompañamiento sectores como el IDRD, Secretaría de Desarrollo Económico con la ruta de empleabilidad y emprendimiento para acudientes de niños y niñas que sean identificados con desnutrición aguda, Secretaria de Educación, IDIPRON y entidades sin ánimo de lucro.

MORTALIDAD INFANTIL

Proyecto 1186 (AIS) Meta 18: A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad infantil en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta un comportamiento irregular, la tendencia lineal entre 2015 y 2020 es de disminución pasando de una tasa de 9,5 por 1.000 NV en 2015 (n=176) a una tasa de 10,0 (n=158) en el año 2019 y para el 2020 una tasa de 9,2 por 1.000 NV (n=128), identificando de esta forma una reducción del número de casos, así como de la tasa.

Gráfica 17. Tasa de mortalidad infantil Subred Sur 2015 – 2020p

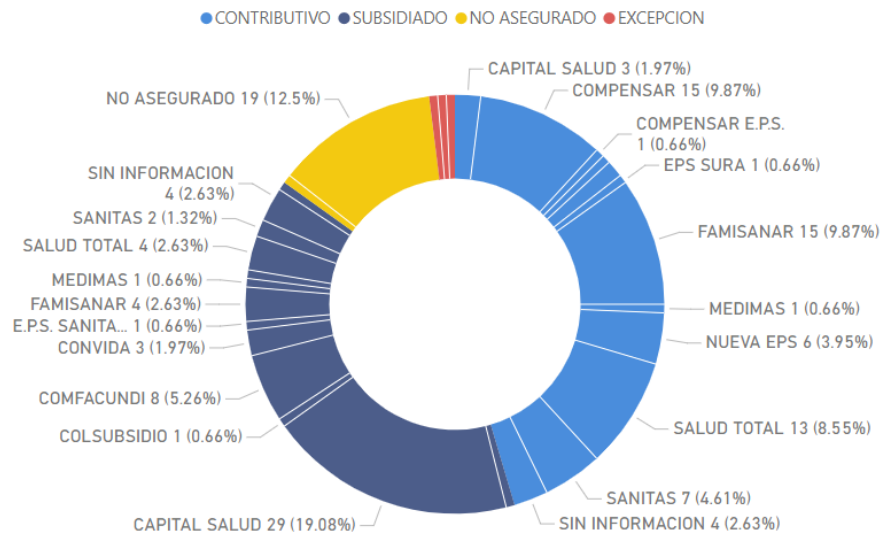


Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos de la Subred (n=128), se identifica que, de acuerdo al lugar de residencia, los casos se distribuyen en las localidades Ciudad Bolívar, la cual aporta el 53,9% de los casos (n=82), seguido de Usme con el 22,3% (n=34), Tunjuelito aporta el 7,21% (n=11) y por último Sumapaz con el 0,66% (n=1).

Respecto al régimen de seguridad social el 32.2% (n=42) de los casos pertenecen al régimen subsidiado, el 38,8% (n=59) al régimen contributivo, el 11,1% (n=11) No asegurado y en régimen de excepción el 1.97% (n=3). En el régimen contributivo aporta la mayor proporción de casos, las EPS Famisanar y Compensar aportan el mayor número de casos, cada una con 15 casos correspondiente al 9,87%.

Gráfica 18. Aseguramiento en salud casos de mortalidad infantil



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En cuanto a la ocurrencia de los casos, se identifica que, de la totalidad de los mismos (n=128), el 38,2% (n=49) ocurrieron en la Subred, fuera de la subred se presentaron 79 casos correspondiente al 61,7%. La ocurrencia de casos en población extranjera es de 3,97% equivalente a 5 casos. Lo anterior se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 26. Ocurrencia casos de mortalidad perinatal

OCURRENCIA	n	%
OTROS	79	61.72%
SUBRED SUR	49	38.28%
USS MEISSEN	45	35.16%
USS LA VICTORIA	4	3.13%
Total	128	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En relación a las causas 667, se identifica que en primer lugar se encuentran las “Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas” las cuales aportan el 25% (n=32), en segunda instancia se encuentran los recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento con un 18,75% (n=24) y en tercer lugar el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal de igual forma con un 18,75% (n=24) como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 27. Causas 667

CAUSAS 667	n	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	25.00%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	24	18.75%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	24	18.75%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17	13.28%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	13	10.16%
Total	128	100.00%

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En relación a la edad de la madre, se evidencia que en el quinquenio de 20 a 24 años se concentra el mayor porcentaje de casos, alcanzando el 31,2% (n=40), seguido del quinquenio de 25 a 29 años con el 20,3% (n=26) como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 28 Edad madres

Edad madre	n	%
15-19	13	10,16%
20-24	40	31,25%
25-29	26	20,31%
30-34	20	15,63%
35-39	11	8,59%
40-45	4	3,13%
SIN DATO	14	10,94%
Total	128	100,00

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la tabla se puede observar la tasa de mortalidad infantil, en donde para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=128) casos con una tasa de 8,5, en cuanto a la población asignada para capital salud por PGP (n=17) casos con una tasa del 7,6, la localidad con mayor número de casos para la subred sur es ciudad bolívar (n=82) la tasa fue de 9,6 y asignada para capital por PGP (n=12) con una tasa del 7,6, seguido de la localidad de Usme generando aporte para la subred sur de (n=34) casos con una tasa de 7,8 y la asignada para capital por PGP (n=3) casos con una tasa del 4,5, en tercer lugar se encuentra la localidad de Tunjuelito con (n=11) casos, la tasa específica del 5,4; para la subred, la población asignada para capital fueron (n=2) casos con una tasa de 9,7. la localidad de Sumapaz presento (n=1) casos, la tasa específica del 27,8; para la subred, la población asignada para capital no se presentaron casos.

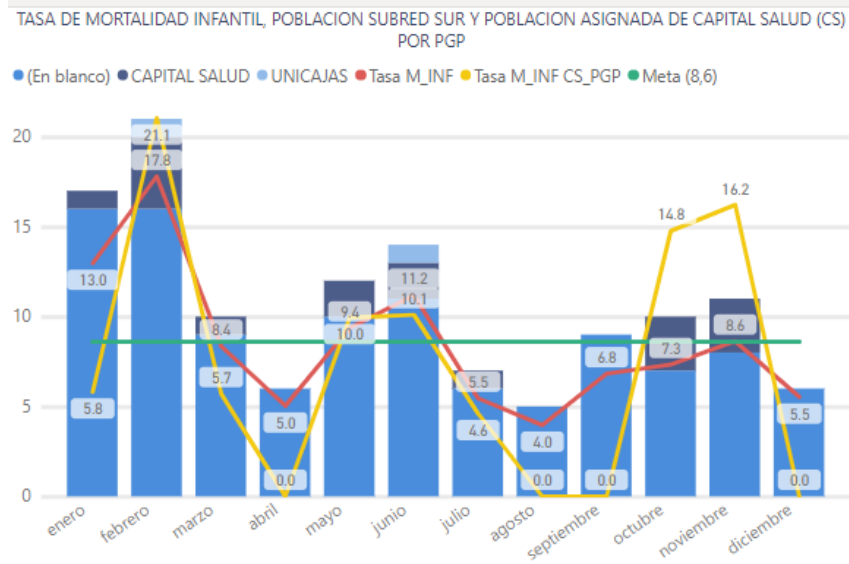
Tabla 29. Tasa de mortalidad infantil, población Subred sur y población asignada a CS por PGP

LOCALIDAD	M_INF (n)	Tasa M_INF	M_INF CS_PGP (n)	Tasa M_INF CS_PGP
USME	34	7.8	3	4.5
TUNJUELITO	11	5.4	2	9.7
SUMAPAZ	1	27.8	0	0.0
CIUDAD BOLIVAR	82	9.6	12	9.0
Total	128	8.5	17	7.6

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad infantil, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020. La tasa de mortalidad para la población asignada a la subred en los meses de abril (5,0), julio (5,5), agosto (4,0), septiembre (6,8), octubre (7,3) y diciembre (5,5) de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital (8,6) en relación a la tasa de mortalidad infantil para la población asignada a capital por PGP durante los meses de enero (5,8), abril, agosto, septiembre y diciembre de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital. Se resalta que durante el mes de febrero de 2020 la tasa de mortalidad infantil estuvo por encima de la meta distrital en relación a la población asignada para la subred (17,8) y la de capital salud por PGP (21,1).

Gráfica 19. Tasa de mortalidad en menor de 5 años, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Se observa que Colombia sus porcentajes de mortalidad infantil se encuentran altos a diferencia de Chile siendo el año 2019 con mayor número de muertes infantiles, Cuba es de los países con menor número de muertes infantiles.

Tabla 30. Comparativo mortalidad infantil

MORTALIDAD INFANTIL					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	11,1	13,5	13	12,3	12,2
CUBA	4,3	4,3	4,0	4,0	5
CHILE	6,7	6,6	6,3	7	7,1
COLOMBIA	13,5	13,1	12,7	SD	SD
BOGOTÁ	9,1	9,4	9,4	9,2	9,2
SUBRED SUR	9,4	11,0	9,2	10,9	10,0
USME	9,0	9,8	9,8	12,7	9,9
TUNJUELITO	7,4	11,5	12,0	5,2	12,4
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	10,3	11,5	8,1	11,4	9,5

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad infantil se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, seguridad alimentaria y nutricional, crónicos, familias, víctimas del conflicto armado, salud mental, discapacidad, salud oral y ruralidad.

A través de la articulación intersectorial mediada por los espacios de participación mixtos como los comités operativos locales de infancia y adolescencia –COLIA y las mesas de seguimiento a la ruta integral de atenciones para la primera infancia – RIAPI se establece el acompañamiento permanente a las acciones en menores de 5 años a partir de la promoción al acceso a consulta prenatal, valoración integral del desarrollo y cumplimiento del esquema de vacunación. De estos espacios resulta el apoyo en procesos de IEC que tienen como objetivo mejorar

las prácticas de lactancia, la identificación de signos y síntomas de alarma, el cuidado en casa del niño o niña enferma y la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda –IRA. En dichos espacios también se realizan procesos pedagógicos frente a las buenas prácticas de salud bucal teniendo en cuenta que las infecciones por boca potencian las enfermedades sistémicas bien sean crónicas o infecciosas prevenibles.

Ahora bien, desde otros espacios de participación como el comité local de seguridad alimentaria y nutricional – CLSAN, las mesas de participación efectiva para las víctimas del conflicto armado y la red del buen trato se adelantan acciones de gestión de canalizaciones a menores con desnutrición a las entidades locales, el fortalecimiento y conformación de grupos de apoyo a la lactancia materna y alimentación durante la gestación así como el adelanto de acciones preventivas frente al maltrato infantil, negligencia y abandono a través de las valoraciones de riesgo y activación de rutas a tiempo.

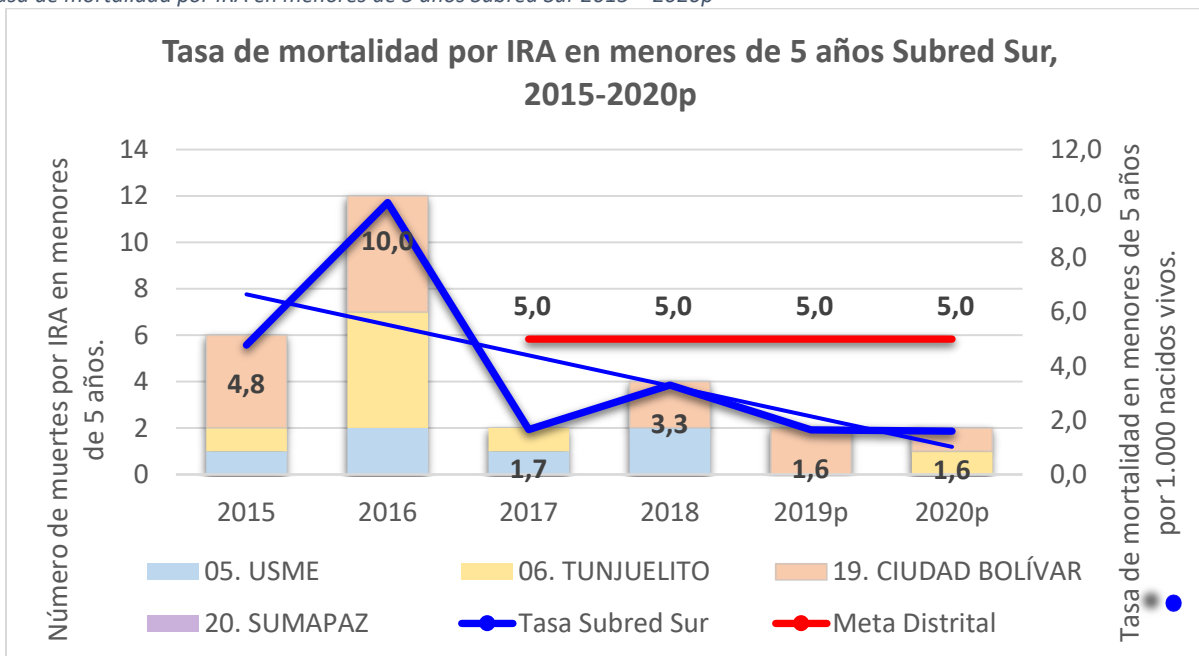
Se realiza seguimiento a bases de datos de jardines, creciendo en familia y hogares comunitarios del ICBF y Secretaría Distrital de Integración Social para garantizar esquemas de vacunación en recién nacidos y mujeres gestantes; asimismo, a través de los centros de desarrollo infantil del ICBF se presta acompañamiento psicosocial, fortalecimiento de las prácticas de nutrición, apoyo alimentario y activación de rutas según curso de vida y población diferencial como en el caso de niños y niñas con diagnóstico de discapacidad.

Se cuenta con el apoyo de otras entidades como IDRD, Alcaldías Locales, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Mujer, IDPAC, Casas de Justicia, entidades sin ánimo de lucro, Secretaría de Desarrollo Económico a través de la ruta de empleabilidad y emprendimiento para acudientes de niños y niñas con desnutrición aguda, Secretaría de Educación con el programa de alimentación escolar en los colegios públicos del distrito y finalmente, articulación con la academia para el desarrollo de investigaciones sobre el impacto de los plaguicidas en la salud haciendo énfasis en los efectos crónicos de esta exposición sobre la población infantil buscando desarrollar acciones orientadas a la sensibilización de las familias.

MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de cinco años en la Subred Sur durante los últimos cuatro años (2015-2020p) presenta un comportamiento irregular, la tendencia lineal entre 2015 y 2020p es de disminución, pasando de una tasa de 4,8 por 1.000 NV en 2015 (n=6) a 1,6 por 1.000 NV (n=2) tanto para el año 2019 como para el año 2020p, desde el 2017 se logró el cumplimiento de la meta Distrital trazada en 5,0 por 1.000 NV.

Gráfica 20. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años Subred Sur 2015 – 2020p



Fuente: 2019: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado febrero 2020 - Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos de la Subred, se identifica que, de acuerdo al lugar de residencia, los casos se distribuyen de la siguiente forma: Localidad Ciudad Bolívar aporta el 50% de los casos (n=1) y Tunjuelito el 50% restante (n=1). Respecto al régimen de seguridad social los dos casos corresponden al régimen contributivo, un caso de Salud Total y un caso de Nueva EPS

En cuanto a la ocurrencia de los casos, se identifica que, un caso ocurrió en la Subred y un caso ocurrió fuera de la misma. No se presentan casos en población extranjera y la clasificación de las causas 667 corresponde a “Infección Respiratoria Aguda”. La edad de las madres se distribuye un caso en el quinquenio de 15 a 19 años y un caso de 20 a 24 años. Se evidencia que ningún caso se encontraba en la asignación del PGP como se observa en la siguiente tabla.

En la siguiente tabla se puede observar la tasa de mortalidad por IRA en menor de 5 años, para la subred sur durante el periodo enero-diciembre de 2020, se presentaron (n=2) casos con una tasa de 1,6. En cuanto a la población asignada para capital salud por PGP, no se presentaron casos relacionados, las localidades que presentaron son ciudad bolívar (n=1) caso para la subred sur la tasa es de 0,8, seguido de la localidad de Tunjuelito (n=1) caso para la subred sur la tasa es de 0,8.

Tabla 31. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, población Subred y población asignada de CS por PGP

LOCALIDAD	M_IRA (n)	Tasa M_IRA	M_IRA CS_PGP (n)	Tasa M_IRA CS_PGP
CIUDAD BOLIVAR	1	0.8	0	0.0
SUMAPAZ	0	0.0	0	0.0
TUNJUELITO	1	0.8	0	0.0
USME	0	0.0	0	0.0
Total	2	1.6	0	0.0

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad por IRA, para la población de la subred sur. Y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre 2020, para el mes de marzo de 2020 se presentó una tasa de 1,6 para la población asignada a la Subred Sur, para la población asignada a capital no se presentaron casos, durante el periodo analizado la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años se mantuvo por debajo de la meta distrital (5,0)

Gráfica 21. Tasa de mortalidad por IRA, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Para las enfermedades respiratorias se evidencia que su mortalidad por estas causas en menores de 5 años, la mortalidad por IRA Colombia a diferencia de cuba y chile evidencia porcentajes elevados similares cada año, Para la mortalidad por Neumonía se encontraron datos de la subred sur donde tiene un alto porcentaje para este indicador aportando de esta forma a Bogotá en el mismo.

Tabla 32. Comparativo mortalidad por IRA

MORTALIDAD POR IRA					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	4,7	4,5	4,7	4,9	8
CUBA	8,1	8,5	SD	SD	SD
CHILE	2,3	1,9	SD	1,9	3,2
COLOMBIA	13,16	13,84	14,16	14,88	11,7
BOGOTÁ	3,5	4,3	3	3,3	3,8

SUBRED SUR	4,8	10,0	1,7	3,3	1,6
USME	2,4	6,0	3,0	6,0	0,0
TUNJUELITO	6,6	35,1	7,2	0,0	0,0
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	5,9	7,0	0,0	2,7	2,7

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad por IRA en menor de 5 años se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, salud ambiental, víctimas del conflicto armado, familias, salud oral, salud mental y discapacidad.

En la ruralidad se generan acciones desde el fortalecimiento comunitario a través de la red de primera infancia en donde se brindan herramientas a los padres, madres y cuidadores de los menores relacionadas con la promoción de la salud. Se realizan procesos de fortalecimiento técnico con profesionales intersectoriales de la estrategia creciendo en familia, jardines de SLIS, docentes de la Secretaría de Educación y madres comunitarias del ICBF con relación a la prevención, manejo y control de las enfermedades respiratorias posicionando estrategias de etiqueta de tos, signos y síntomas de alarma y cuidados básicos en casa. Asimismo, a través de las alianzas académicas se realizan investigaciones sobre el impacto de los plaguicidas en la salud de la población infantil con el fin de desarrollar acciones orientadas a la sensibilización de las familias sobre los riesgos derivados de los procesos agrícolas que puedan incidir en las enfermedades respiratorias en infantes, además de los accidentes laborales.

Ahora bien, como resultado de la participación en las comisiones ambientales locales – CAL, los consejos de gestión del riesgo y cambio climático –CLGR-CC, las mesas de residuos, mesas de humedales y mesas territoriales se realizan talleres teórico-prácticos en torno a la calidad del aire a través de procesos pedagógicos para niños, niñas, adultos, padres de familia y docentes relacionados a las condiciones e inmisiones en salud planteadas para cada localidad según la mala calidad del aire identificada, uso de leña en los hogares de la ruralidad u otros factores que incidan en el establecimiento de alianzas interinstitucionales en pro de las caracterizaciones poblacionales y de la construcción de estrategias de mitigación de los impactos negativos en la salud. Asimismo, se realizan conversatorios en torno a la mitigación de los efectos causados por el material particulado a través de la pedagogía frente a la separación en la fuente con relación a los residuos sólidos generados en casa enseñando a la población a desarrollar compostaje para reutilizar los residuos y reducir los contaminantes ambientales.

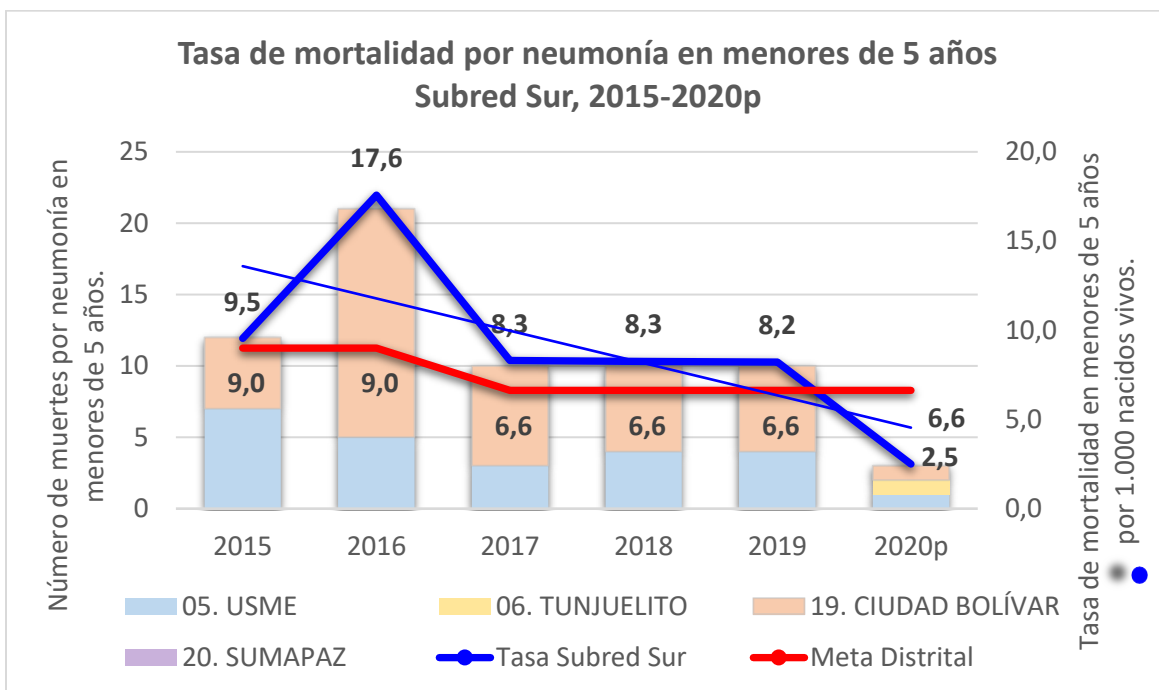
En las instancias locales con incidencia en el curso de vida de primera infancia, se realiza pedagogización frente a la identificación de aleteo nasal, tiraje intercostal y percepción de ahogamiento como criterios clave para acudir a servicios de urgencias puntualizando en los protocolos de higiene y cuidado familiar al encontrarse un menor con sintomatología respiratoria

MORTALIDAD POR NEUMONÍA, MENORES DE 5 AÑOS

Proyecto 1186 (AIS) Meta 25: A 2020 reducir a 6,63 x 1.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital.

La mortalidad por neumonía en menores de cinco años en la Subred Sur durante los últimos seis años (2015-2020p) presenta un comportamiento irregular, la tendencia lineal entre 2015 y 2020p es de disminución, pasando de una tasa de 9,5 por 1.000 NV en 2015 (n=12) a tasa de 8,2 en 2019 (n=10) y en 2020 disminuye a una tasa de 2,5 por 1.000 NV (n=3).

Gráfica 22. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años Subred Sur 2015 – 2020



Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Del total de casos de la Subred (n=3), se identifica que, de acuerdo al lugar de residencia, los mismos se distribuyen de forma equitativa entre las localidades Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito con un (n=1) caso cada una respectivamente. Respecto al régimen de seguridad social el 75% (n=2) de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 25% (n=1) No asegurado.

En cuanto a la ocurrencia de los casos, se identifica que, de la totalidad de los mismos (n=3) ocurrieron fuera de la Subred, ninguno de los mismos se presentó en población extranjera, Las causas 667 corresponden a “Infección Respiratoria Aguda” En relación a la edad de la madre, no se logra captura del dato.

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020. La tasa de mortalidad para la población asignada a la subred en los meses de marzo (0,8), agosto (0,8) y septiembre (0,8) de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital (6,6) en relación a la tasa de mortalidad en menores de 5 años, para la población asignada a capital por PGP no se presentaron casos durante el periodo analizado.

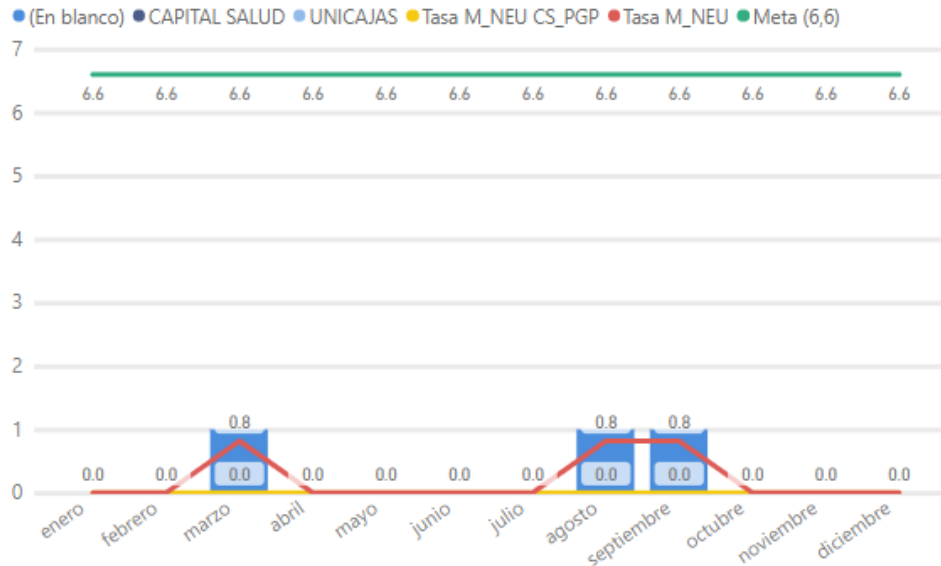
Tabla 33. Tasa de mortalidad por neumonía, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP

LOCALIDAD	M_NEU (n)	Tasa M_NEU	M_NEU CS_PGP	Tasa M_NEU CS_PGP
CIUDAD BOLIVAR	1	0.82	0	0.00
SUMAPAZ	0	0.00	0	0.00
TUNJUELITO	1	0.82	0	0.00
USME	1	0.82	0	0.00
Total	3	2.45	0	0.00

Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la gráfica, para el periodo analizado se muestra la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, para la población de la subred sur y la población de capital salud por PGP durante el periodo de enero – diciembre de 2020. La tasa de mortalidad para la población asignada a la subred en los meses de marzo (0,8), agosto (0,8) y septiembre (0,8) de 2020 se mantuvieron por debajo de la meta distrital (6,6) en relación a la tasa de mortalidad en menores de 5 años, para la población asignada a capital por PGP no se presentaron casos durante el periodo analizado.

Gráfica 23. Tasa de mortalidad por neumonia, población Subred Sur y población asignada de Capital Salud (CS) por PGP, por mes.



Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

En la siguiente tabla se muestra un comparativo del indicador entre las localidades de la Subred, la subred en sí misma, el distrito con otras ciudades o países. Para las enfermedades respiratorias se evidencia que, la mortalidad por IRA en Colombia a diferencia de Cuba y Chile, evidencia porcentajes elevados similares cada año, Para la mortalidad por Neumonía se encontraron datos de la subred sur donde se presenta un alto porcentaje para este indicador aportando de esta forma a Bogotá.

Tabla 34. Comparativo mortalidad por neumonía

MORTALIDAD POR NEUMONÍA					
TERRITORIO	2015	2016	2017	2018	2019
AMÉRICA LATINA	SD	SD	SD	SD	SD
CUBA	SD	SD	SD	SD	SD
CHILE	SD	SD	SD	SD	SD

COLOMBIA	SD	SD	SD	SD	SD
BOGOTÁ	5,3	7,4	8,1	7,2	6,7
SUBRED SUR	9,5	17,6	8,3	8,3	8,2
USME	16,7	15,0	9,0	12,0	12,0
TUNJUELITO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUMAPAZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CIUDAD BOLÍVAR	7,3	22,4	9,7	8,2	8,1

Fuente: Elaboración propia, tomado de informe indicadores trazadores comparativo Subred Sur

Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para el indicador de mortalidad por neumonía en menor de 5 años se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, salud ambiental, seguridad alimentaria y nutricional, familias, crónicos, salud mental y discapacidad.

A partir de la incidencia en los espacios de participación intersectorial tales como los comités de familias, comités operativos locales de infancia y adolescencia –COLIA y las mesas de seguimiento a la ruta integral de atenciones para la primera infancia – RIAPI, se establece seguimiento permanente de las acciones generadas a la población menor de 5 años contando con el enlace interinstitucional como respuesta a las necesidades identificadas desde cada una de las agencias de los sectores, mencionando como más sobresalientes el programa de creciendo en familia de las Subdirecciones locales de Integración Social, jardines infantiles, la implementación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia –AIEPI, los centros de desarrollo infantil del ICBF con acciones de acompañamiento psicosocial, en nutrición, en apoyo alimentario y en la identificación y activación de rutas.

Se realizan procesos educativos frente a la identificación de signos de alarma, etiqueta de tos, seguimiento del esquema regular de vacunación, aleteo nasal, tiraje intercostal y percepción de ahogamiento como información dispuesta a la permanente difusión entre las agencias de los sectores desde sus modalidades de servicio con la población infantil y con acudientes de la misma. Se puntualiza en la importancia de los protocolos de higiene y cuidado familiar al encontrarse un menor enfermo o con sintomatología respiratoria.

En la ruralidad se generan acciones desde el fortalecimiento comunitario a través de la red de primera infancia en donde se brindan herramientas a los padres, madres y cuidadores de los menores relacionadas con la promoción de la salud. Se realizan procesos de fortalecimiento técnico con profesionales intersectoriales de la estrategia creciendo en familia, jardines de SLIS, docentes de la Secretaría de Educación y madres comunitarias del ICBF con relación a la prevención, manejo y control de las enfermedades respiratorias posicionando estrategias de etiqueta de tos, signos y síntomas de alarma y cuidados básicos en casa.

Se fortalecen las acciones a través del acompañamiento y la difusión de la información de sectores como alcaldías locales y entidades sin ánimo de lucro que trabajan con madres comunitarias, población infantil y docentes.

COBERTURAS PAI

Tabla 16. Coberturas PAI

AVANCE COBERTURAS 31 DE DICIEMBRE DE 2020																		
PENTA 3 MENOR DE UN AÑO																		
LOCALIDAD	META ANUAL	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL DOSIS APLICADAS	% DE CUMPLIMIENTO	DOSIS PENDIENTES PARA EL CUMPLIMIENTO MÍNIMO		
05. USME	4780	405	335	438	311	348	303	321	325	271	299	293	292	3941	82,4	839	% Anual	% Mes acumulado
06. TUNJUELITO	2491	150	139	158	156	146	129	144	128	135	141	131	149	1706	68,5	785	95 - 100 %	95.0 - 100
19. CIUDAD BOLIVAR	9308	709	675	782	692	618	584	656	618	589	695	621	599	7838	84,2	1470	90 - 94,9 %	90.0 - 94.9
20. SUMAPAZ	33	2	2	4	1	2	3	2	4	5	5	5	6	41	124,2	-8	≤ 89,9 %	<89,9
TOTAL SUBRED SUR	16612	1266	1151	1382	1160	1114	1019	1123	1075	1000	1140	1050	1046	13526	81,4	3086		

AVANCE COBERTURAS 31 DE DICIEMBRE DE 2020																		
TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO																		
LOCALIDAD	META ANUAL	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL DOSIS APLICADAS	% DE CUMPLIMIENTO	DOSIS PENDIENTES PARA EL CUMPLIMIENTO MÍNIMO		
05. USME	4995	450	380	392	333	333	303	373	395	377	396	350	331	4413	88,3	582		
06. TUNJUELITO	2608	171	209	195	147	162	156	148	130	129	160	141	160	1908	73,2	700		
19. CIUDAD BOLIVAR	9138	848	655	653	718	652	626	590	748	768	848	681	563	8350	91,4	788	% Anual	% Mes acumulado
20. SUMAPAZ	45	4	1	1	2	1	4	2	3	4	1	0	3	26	57,8	19	95 - 100 %	95.0 - 100
TOTAL SUBRED SUR	16786	1473	1245	1241	1200	1148	1089	1113	1276	1278	1405	1172	1057	14697	87,6	2089	90 - 94,9 %	90.0 - 94.9
																	≤ 89,9 %	<89,9

AVANCE COBERTURAS 31 DE DICIEMBRE DE 2020																		
TRIPLE VIRAL - DOSIS REFUERZO DE 5 AÑOS																		
LOCALIDAD	META ANUAL	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL DOSIS APLICADAS	% DE CUMPLIMIENTO	DOSIS PENDIENTES PARA EL CUMPLIMIENTO MÍNIMO		
05. USME	4795	555	343	312	248	396	399	403	374	456	451	464	396	4797	100,0	-2	% Anual	% Mes acumulado
06. TUNJUELITO	2663	219	165	152	148	174	162	166	145	195	200	204	162	2092	78,6	571	95 - 100 %	95.0 - 100
19. CIUDAD BOLIVAR	8610	989	686	498	422	606	544	592	771	768	913	813	709	8311	96,5	299	90 - 94,9 %	90.0 - 94.9
20. SUMAPAZ	38	6	3	4	5	4	3	2	8	3	1	8	4	51	133,0	-13	≤ 89,9 %	<89,9
TOTAL SUBRED SUR	16106	1769	1197	966	823	1180	1108	1163	1298	1422	1565	1489	1271	15251	94,7	855		



Acciones intersectoriales

En el marco de las acciones intersectoriales para las coberturas de vacunación se encuentra que las políticas públicas que reportan acciones de incidencia directa son: infancia y adolescencia, juventud, adultez, mujer y equidad de género, LGBTI, familias, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, crónicos, habitabilidad en calle, salud oral, víctimas del conflicto armado, salud mental y discapacidad; en este sentido, es el indicador en el cual participan un mayor número de políticas al ser una acción transversal que requiere el involucramiento de los diferentes momentos de curso de vida y las familias, así como su posicionamiento en los espacios sectoriales locales y con comunidad.

Para el momento de curso de vida infancia, se realiza seguimiento mensual a la atención de vacunación contemplada en la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia RIAPI, en donde se establecen acciones para la promoción de vacunación y captación oportuna de menores de 5 años a fin de garantizar sus esquemas de vacunación. Para esto se realiza cruce de base de datos de niños adscritos a los programas de primera infancia de ICBF y SLIS. Como parte del abordaje de la política de infancia y adolescencia, así como de la política para las familias, se moviliza el enfoque integrado de la salud infantil en el AIEPI comunitario, se realizan procesos de IEC en donde se orienta frente la importancia de la vacunación, lectura del carné, educación en esquemas y enfermedades prevenibles por vacunación, socialización de las líneas habilitadas para acceder a vacunación en casa, promoción de acceso a los servicios de vacunación intramural y socialización de jornadas. Adicionalmente, en articulación con la política de salud oral se genera alianza como parte de la estrategia -Soy Generación más Sonriente- con las jornadas de vacunación -Salud Oral y Vacunación, tu mejor combinación-, teniendo en cuenta que las enfermedades transmisibles tienen manifestaciones en boca que se pueden evitar con la vacunación.

Estas acciones se articulan en los espacios de Comités Locales de Infancia, Adolescencia y Familia COLIAF, y en la Red del Buen Trato, donde participan diferentes sectores destacando Alcaldía Local, SLIS, Sec. Gobierno, Sec. Des. Económico, Sec. Mujer, SCR, IDR, IDPAC, Sec. Educación, IDIPRON, ICBF, Casa Justicia y Entidades Sin Ánimo de Lucro. Así mismo se articulan acciones en los espacios de Creciendo en Familia de SLIS y asociaciones CDI de ICBF, asociaciones y fundaciones abordando comunidad, familias y madres comunitarias.

En concordancia con lo anterior y en articulación para el abordaje integral en el cuidado de la seguridad alimentaria y nutricional, se brinda espacio en el Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional CLSAN para la socialización del Programa Ampliado de Inmunizaciones, siendo parte de las acciones transversales realizadas con mujeres gestantes, lactantes y niñas y niños menores de dos años en articulación con SLIS del programa Creciendo en Familia en el marco de la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia, así mismo se interviene con la población participante de la modalidad de Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF, Centros de Desarrollo Infantil CDI, hogares y jardines infantiles, generando espacios de fortalecimiento técnico a agentes educativas y abordando a la comunidad a través del apoyo alimentario y el fortalecimiento de conocimientos en alimentación, nutrición, psicología y vacunación.

Así mismo, se cuenta con acciones específicas desde los diferentes enfoques diferenciales y transversalidades como la articulación para aplicación de biológicos en población en riesgo y habitante de calle en el marco de jornadas de autocuidado de SLIS e IDIPRON; actividades para la salud integral de las víctimas del conflicto en acciones de asistencia, promoción, prevención y rehabilitación en salud física y mental; abordaje a mujeres en edad fértil y mujeres gestantes y lactantes como parte del posicionamiento de la política pública de mujer y equidad de género; abordaje de población con discapacidad con las delegaciones en los espacios de CLD relacionando la importancia de mantener informada a la comunidad, haciendo énfasis en la importancia de la vacunación por influenza y de completar los esquemas de vacunación en menores; la importancia de la vacunación como acción de cuidado y prevención de eventos de violencia por negligencia en la infancia desde un enfoque de salud mental; así como el abordaje de la importancia de la vacunación en los diferentes momentos de curso de vida, como lo es la influenza para la población adulta y persona adulta mayor.

Para los diferentes momentos de curso de vida, así como desde las políticas transversales y de enfoque diferencial, se realiza promoción, socialización y articulación de jornadas de vacunación y del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, participando activamente como componente de Gobernanza en el desarrollo y

acompañamiento de las acciones, así como en su posicionamiento a nivel intersectorial en las diferentes localidades de la Subred Sur y como acción transversal al posicionamiento de cada una de las políticas, es así como, se logra la articulación y abordaje en diferentes sectores poblacionales, incidiendo en las acciones y en socialización de las líneas de atención, promoción de los servicios intramurales y articulación y socialización de las acciones extramurales en los diferentes espacios locales e instancias de gestión a nivel intersectorial y comunitario.

RESUMEN 2020

Tabla 35. Resumen y comparativos indicadores 2019 – 2020p

INDICADORES / 2020	2019	2020	% de cambio
Mortalidad Materna (*100.000 nv)	12,7	26,7	110%
Sífilis Congénita (*1.000 nv+fetales)	3,1	4,1	31%
Mortalidad Perinatal (*1.000 nv+fetales)	12,7	15,7	24%
Fecundidad de 10 a 14 años (*1.000 mujeres 10-14 años)	1,0	1,1	15%
Sífilis Gestacional (*1.000 nv+fetales)	16,6	17,6	6%
Mortalidad por IRA < 5 años (*100.000 <5 años)	1,6	1,6	-1%
Mortalidad infantil (*100.000 nv)	10,0	9,2	-8%
Mortalidad en menores de 5 años (*1.000 nv)	12,1	11,0	-9%
Fecundidad de 15 a 19 años (*1.000 mujeres 15-19 años)	49,7	42,0	-15%
Mortalidad por Neumonía < 5 años (*100.000 <5 años)	8,2	2,5	-70%

Fuente: 2015-2020: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Fuente 2020: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

BIBLIOGRAFÍA

Nota: La fuente de información con la cual se construyeron las tablas comparativas de indicadores trazadores, corresponden a las siguientes:

- ✓ OPS – Plataforma de información para las Américas. ["https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=348"](https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=348)
- ✓ OPS Indicadores básicos situación de salud en las Américas. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y "](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- ✓ República de Cuba. Anuario estadístico de salud 2019. [https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf"](https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf)
https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id
- ✓ OPS – Indicadores básicos 2019, tendencias de la salud en las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- ✓ Observatorio de Salud de Bogotá. Ficha técnica de indicador. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/fecundidad-10-19/>
- ✓ Observatorio de Salud de Bogotá. Tasa de mortalidad infantil. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/tm-infantil/>
- ✓ Observatorio de Salud de Bogotá. Razón de prevalencia de sífilis gestacional. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/sifilis-gestacional/>
- ✓ Así vamos en salud. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en>
- ✓ Banco mundial. Indicadores de desarrollo. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>