



INFORME INDICADORES

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
E.S.E

Enero – Junio 2017

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
PROPOSITO	7
ALCANCE	7
OBJETIVO GENERAL	8
METODOLOGÍA.....	8
DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	9
Momento del curso de vida: primera infancia	9
1.1. Meta: A 2020 reducir en una tercera parte el diferencial entre localidades de la razón de mortalidad perinatal.	9
Análisis por Determinantes en Salud	12
Acciones de Respuesta.....	12
Análisis DOFA	12
1.2.Meta: A 2020, reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna	14
Análisis por Determinantes en Salud	17
Acciones de Respuesta.....	17
Análisis DOFA	17
1.3. Meta: A 2020 reducir la incidencia de sífilis congénita a 0,5 por mil nacidos vivos o menos.	20
Análisis por Determinantes en Salud	22
Acciones de Respuesta.....	22
Análisis DOFA	23
Momento del curso de vida: adolescencia	25
1.4. .. Meta: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años.	25
Análisis por Determinantes en Salud	27
Acciones de Respuesta.....	28
Análisis DOFA	28
Momento del curso de vida: adolescencia y juventud	29



1.5. .. Meta: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años. 29	
Análisis por Determinantes en Salud	31
Acciones de Respuesta.....	31
Análisis DOFA	32
DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	33
Momento del curso de vida: primera infancia	33
1.6. Meta: A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el Distrito Capital	33
Análisis por determinantes para la mortalidad por neumonía y por IRA.....	37
Acciones desarrolladas para la mortalidad por neumonía e IRA.....	37
Análisis DOFA para mortalidad por neumonía e IRA	39
1.7. Meta: Reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda, en menores de 5 años por 100,000 menores de 5 años (en relación a la meta distrital 2014)	41
1.8. . Meta: Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI	42
Análisis de determinantes en Salud	44
Acciones desarrolladas	44
Análisis DOFA	46
DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	46
Momento de curso de vida primera infancia (0 a 5 años y gestantes)	47
1.9. .Meta: Erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019.	47
1.9.1 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años	47
1.9.2 Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años	48
1.9.3 Bajo Peso Al Nacer	50
1.9.4 Bajo Peso Al Nacer A Término	52
Análisis de Determinantes en Salud en Desnutrición (Aguda, crónica y global) y bajo peso al nacer	53
1.10 ...Meta: Incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses.	55



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Acciones de Respuesta.....	57
Análisis DOFA.....	59
DIMENSIÓN TRASVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	60
Momento de curso de vida primera infancia (0 a 5 años y gestantes)	61
1.11 Meta: A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos. (Tasa de mortalidad infantil).....	61
1.12 . Meta: Reducir a 2020 la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos. (Tasa de mortalidad en menores de 5 años)	66
Análisis de Determinantes en Salud.....	70
Acciones de respuesta	71
Análisis DOFA.....	73
CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA	76



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Mortalidad Perinatal, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, enero - Junio 2017.....	11
Gráfico 2 Comparativo Mortalidad Perinatal, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Enero – Junio 2016 - 2017.	12
Gráfico 3 Mortalidad Materna, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero - Junio 2017.....	16
Gráfico 4 Comparativo Mortalidad Materna, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Enero – Junio 2016 - 2017.	16
Gráfico 5 Sífilis Congénita, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero - Junio 2016 - 2017.	21
Gráfico 6 Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero – Junio 2017.	26
Gráfico 7. Comparativo Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., enero – junio 2016 - 2017.	27
Gráfico 8. Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero – Junio 2017.	30
Gráfico 9. Comparativo Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., enero – junio 2016 - 2017.	31
Gráfico 10 Mortalidad por Neumonía en Menores de Cinco años, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., comparativo primer semestre, años 2016 – 2017	35
Gráfico 11 Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA en Menores de Cinco años, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., comparativo primer semestre, años 2016 - 2017.....	41
Gráfico 12 Cobertura de vacunación en terceras dosis de polio, Subred Integrada de Servicios de Salud, comparativo primer semestre 2017 – 2016.....	42
Gráfico 13 Cobertura de vacunación en triple viral, Subred Integrada de Servicios de Salud, comparativo primer semestre 2017 – 2016.....	43
Gráfico 14 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.....	48
Gráfico 15 Prevalencia de desnutrición Crónica en menores de 5 años, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.....	49
Gráfico 16 Prevalencia Bajo Peso al Nacer, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur.	50
Gráfico 17 Prevalencia Bajo Peso al Nacer, por localidad, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur.....	51
Gráfico 18 Prevalencia Bajo Peso al Nacer a término, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.	52
Gráfico 19 Tasa de mortalidad infantil, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur....	61
Gráfico 20 Casos de mortalidad infantil, enero a junio 2017, por localidad, Subred Sur.....	62



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Gráfico 21 Tasa de mortalidad en menor de 5 años, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur	66
Gráfico 21 Casos de mortalidad en menor de 5 años, enero a junio 2017, por localidad, Subred Sur	67

Anexo Tablas

Tabla 1 Mediana de meses de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur	55
---	----



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. Comportamiento espacial de la mortalidad perinatal Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. I Semestre 2017.....	13
Mapa 2 Comportamiento espacial de la mortalidad materna Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. I Semestre 2017.....	19
Mapa 3 Comportamiento espacial de Sífilis Congénita Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017	24
Mapa 4. Comportamiento espacial de Neumonía Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.....	39
Mapa 5 Comportamiento espacial de la mortalidad infantil de Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.....	64
Mapa 6 Comportamiento espacial de la mortalidad en menor de 5 años de Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.....	69

INTRODUCCIÓN

El presente informe constituye un ejercicio de seguimiento y monitoreo, de los indicadores en salud para el primer semestre del año 2017, en comparación al año 2016, permite valorar el nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Subred Sur. El proceso de análisis parte de reconocer que los diferentes indicadores se encuentran determinados por factores que hacen presencia en las localidades de la Subred Sur y que posibilitan su surgimiento y desarrollo. Dentro de dichos factores se ha identificado el surgimiento de enfermedades infecciosas producto de inadecuadas condiciones sanitarias, ya que en algunos sectores de las localidades existen fallas frente al servicio potabilización de agua y de alcantarillado, así mismo se encuentran factores como el bajo nivel educativo que afecta la adherencia al sistema de salud, así como las barreras de acceso para servicios que deben enfrentar las poblaciones que se encuentran en más alto riesgo, los inadecuados hábitos alimenticios que generan problemáticas nutricionales, el contexto geográfico de la población, entre otros.

PROPOSITO

El presente informe tiene como propósito ser un insumo útil para la toma de decisiones y aplicación de correctivos frente a las problemáticas identificadas a partir de las dimensiones del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, los momentos de curso de vida, las poblaciones prioritarias y los determinantes sociales.

ALCANCE

El presente informe aborda las metas del Plan Territorial de Salud (PTS) “Bogotá Mejor Para Todos 2016 – 2020”, las cuales se desarrollan anualmente desde la Subsecretaría de salud Pública a través de un conjunto de actividades en los diferentes espacios y programas dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Es de aclarar que el presente informe contiene el seguimiento, monitoreo y análisis a las metas propuestas desde la Secretaria Distrital de Salud. Las actividades definidas por meta se relacionan con acciones específicas definidas para los espacios Vivienda, Educativo, Laboral, Público, Gobernanza, Programas y las acciones para la Vigilancia en Salud Pública (VSP) de todas las poblaciones objeto.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

OBJETIVO GENERAL

Realizar el monitoreo y seguimiento de indicadores de resultados en salud con el fin de aportar insumos al análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población en las diferentes escalas del Territorio: Subred, Localidad y UPZ, en las localidades Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz; con el fin de aportar a la toma de decisiones respecto a la salud de la comunidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

METODOLOGÍA

Se utiliza la matriz propuesta por la Secretaria Distrital de Salud para consolidar la información por las diferentes escalas del territorio (Local, UPZ). En la matriz se encuentra información de la meta a evaluar, el indicador, la fórmula, la fuente para obtención de la información.

Para el análisis de las acciones que dan respuesta a los indicadores se realizó articulación interinstitucional con diferentes actores que aportaron información para el análisis, se aplicó un plan de análisis integrando el enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial. Además se obtuvo de la matriz 1186 diligenciada por los diferentes espacios, programas y componentes.

DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

“Conjunto de acciones intersectoriales que se orientan a promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial.

El objetivo de la dimensión es garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas”.(1)

Momento del curso de vida: primera infancia

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

“La definición del evento se basa en criterios clínicos, relacionados a continuación de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades decima revisión, CIEX:

- Una **muerte perinatal** es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.
- La **muerte neonatal** es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se dividen en:
 - **Muertes neonatales tempranas:** son las ocurridas durante los primeros 7 días de vida (0-6 días).
 - **Muertes neonatales tardías:** son las ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28^o día de vida (7-27 días)”(2)

Para el período Enero – Junio de 2017, la razón de mortalidad perinatal en la Subred Sur es de 16,3 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=141 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital.

En el grafico 1 se observa por localidad el comportamiento de mortalidad perinatal, el cual se presenta de forma diferente, donde Usme tiene la mayor razón con 18,1 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=48 casos), lo cual está por encima de la meta distrital, con un diferencial de 5,2, con respecto a la meta, seguido



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

por la localidad Tunjuelito con una razón de 17,0 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=21 casos), la cual se ubica en una diferencia de 4,1 con respecto a la meta distrital; para la localidad Ciudad Bolívar la razón de mortalidad perinatal es de 15,2 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=72 casos) y para la localidad Sumapaz no se han presentado casos para el periodo evaluado.

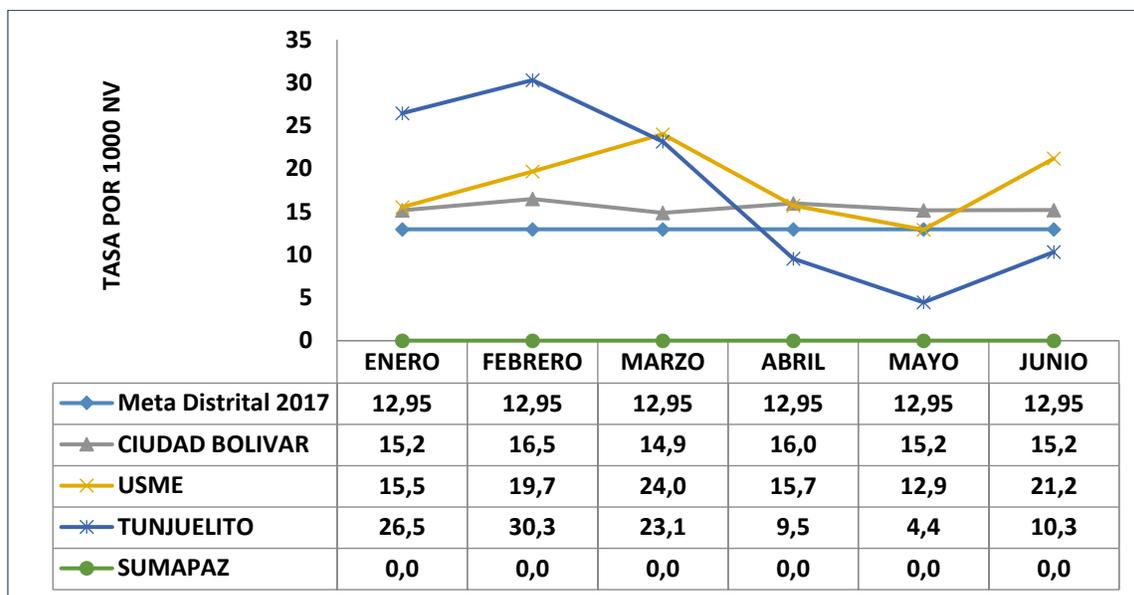
La distribución de la mortalidad perinatal en escala de UPZ, permite identificar que en la localidad Usme, las mayores razones se presentan en las UPZ 61 Ciudad Usme con 27,8 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, la UPZ 59 Alfonso López con 27,0 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, la UPZ 57 Gran Yomasa con 17,0 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, la UPZ 58 Comuneros con 15,7 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, y la UPZ 56 Danubio con 14,8 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales.

En la localidad Tunjuelito, las dos UPZ se encuentran por encima de la meta distrital, de la siguiente forma, la UPZ 62 Tunjuelito presenta una razón de 20,4 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, seguida de la UPZ 42 Venecia con 15,5 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales.

Con respecto a la localidad Ciudad Bolívar, las UPZ que presentan las razones más altas son la UPZ 66 San Francisco con 23,8 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales y la UPZ 67 Lucero con 22,8 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales.

A nivel de la Subred Sur, se observa que las razones más altas se presentaron en las UPZ: UPZ 61 Ciudad Usme con 27,8 y la UPZ 59 Alfonso López con 27,0, en la localidad Usme; y en la UPZ 66 San Francisco con 23,8 y la UPZ 67 Lucero con 22,8, en la localidad Ciudad Bolívar.

Gráfico 1 Mortalidad Perinatal, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, enero - Junio 2017.



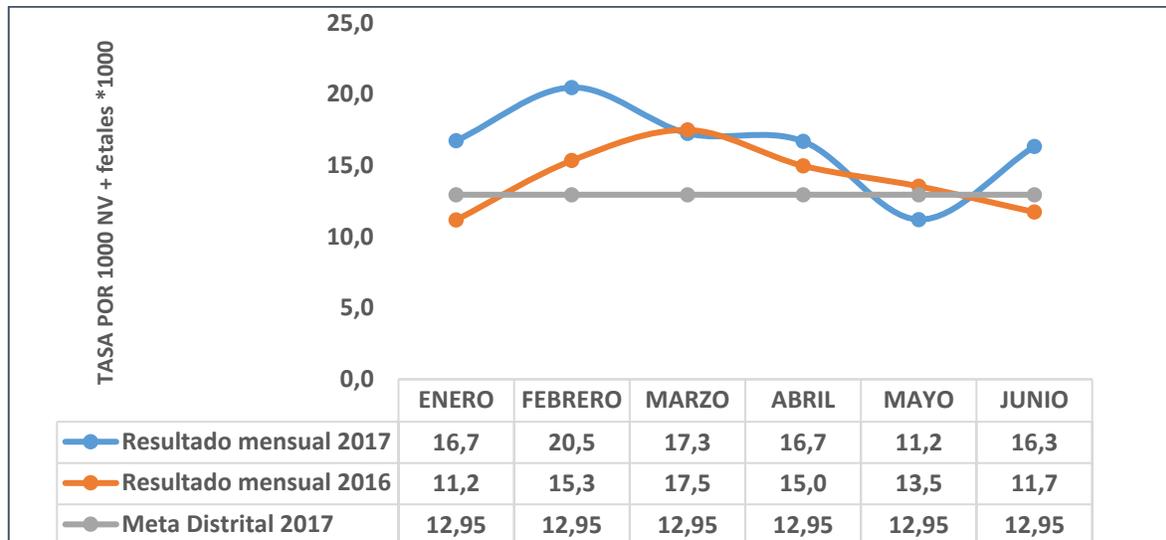
Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS).

En lo referente al comparativo de la mortalidad perinatal para el período Enero – Junio de los años 2016 y 2017, en el año 2017 la razón de mortalidad perinatal en la Subred Sur es de 16,3 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=141 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, y aumentó con respecto a la razón de mortalidad perinatal en el período Enero – Junio de 2016, con un 14,1 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=135 casos).

En el gráfico 2, se observa que los meses que presentan las razones más altas en el año 2017 son enero y febrero, con 16,7 y 20,5 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, respectivamente en comparación con el año 2016, donde para los mismos meses se presentan razones de 11,2 y 15,3 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, respectivamente.



Gráfico 2 Comparativo Mortalidad Perinatal, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Enero – Junio 2016 - 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS).

Análisis por Determinantes en Salud

En relación a los determinantes relacionados desde la intervención del espacio vivienda, los determinantes identificados es la inasistencia a la consulta preconcepcional, la no utilización de métodos de planificación familiar, el bajo nivel socioeconómico de las familias residentes en la Subred Sur, las familias disfuncionales y el consumo de SPA.

Acciones de Respuesta

Las acciones realizadas desde este espacio se encuentran la educación y sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, educación en signos de alarma en la gestante y las acciones educativas en signos de alarma en el neonato y signos de peligro de muerte.

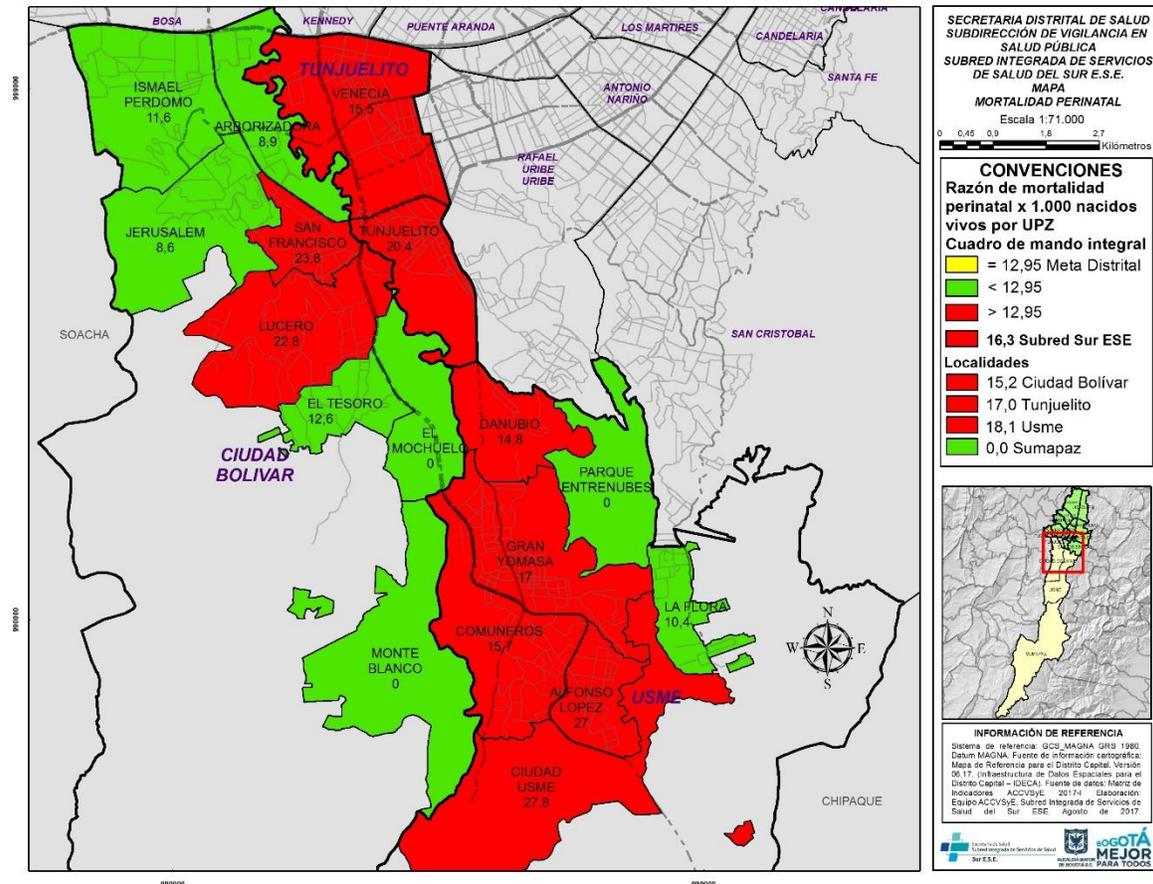
Análisis DOFA

Las debilidades hacen mención al aumento de adolescentes en embarazo, el desconocimiento de signos de alarma y crianza, débiles redes de apoyo, neonatos prematuros y neonatos con bajo peso al nacer. En las oportunidades se encuentran el empoderamiento a niños y adolescentes en derechos sexuales y reproductivos, la educación en signos de alarma en gestantes y neonatos, la activación de rutas o

redes de apoyo sociales y las acciones de educación en nutrición y lactancia materna.

Como fortaleza se encuentra el seguimiento de bases de datos de morbilidad perinatal, neonatal y morbilidad materna extrema, la existencia de equipos multidisciplinarios en 3 localidades y la detección y seguimiento de los riesgos. Las amenazas son las familias fluctuantes, la inconsistencia en las direcciones en las bases de datos, razón por la cual se dificulta la ubicación de la usuaria y la gestante con bajo peso o retardo de crecimiento intrauterino.

Mapa 1. Comportamiento espacial de la mortalidad perinatal Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. I Semestre 2017.



La distribución espacial de los eventos asociados a la mortalidad perinatal a escala de UPZ permite identificar que San Francisco y Lucero de la localidad de Ciudad Bolívar; Venecia y Tunjuelito de la localidad de Tunjuelito; y Comuneros, Parque Entrenubes, Danubio, Gran Yomasa, Alfonso López y Ciudad Usme de la localidad de Usme tienen una razón por cada 1.000 nacidos vivos superior a la meta Distrital (Mapa 1). En estas UPZ la densidad poblacional alta es un determinante en el



acceso a servicios de salud y servicios sociales, que junto con condiciones socioeconómicas de pobreza, la respuesta institucional no alcanza la cobertura esperada. Además, los costos en tiempo y dinero en transporte, la baja oferta de servicios para la movilidad y el limitado número de vías impactan en el acceso oportuno a educación para la salud fuera de las UPZ.

Adicional, los perfiles de morbilidad para la adolescencia, la juventud y la adultez dejan en evidencia que la población de estas UPZ presenta un riesgo alto de enfermar y morir, dadas altas tasas de infecciones respiratorias agudas, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades hipertensivas.

En el caso de la localidad de Tunjuelito, características del contexto territorial como las viviendas de uso compartido con el productivo, la contaminación ambiental, el consumo de SPA y el hacinamiento son situaciones que se convierten en factores de riesgo para la ocurrencia esta mortalidad.

En la localidad de Usme, prevalece en la población adolescente, joven y adulta las infecciones respiratorias agudas, los trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema genitourinario y las enfermedades hipertensivas.

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

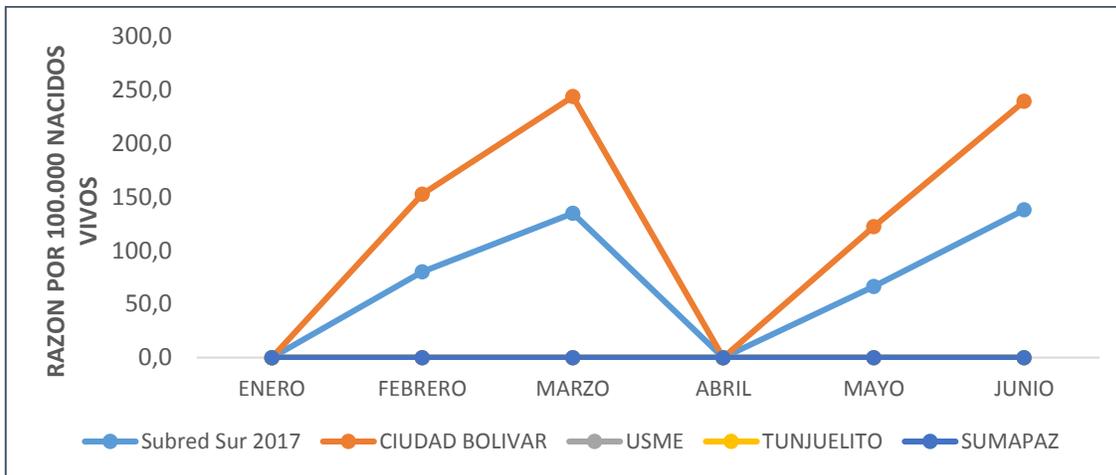
- **“Defunción Materna:** La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Defunciones obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Defunciones obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

- **Defunción materna tardía:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- **Defunción relacionada con el embarazo:** Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.
- **Muertes maternas producidas por causas:** Coincidentes De acuerdo al documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna (23), se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque – agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales”.(3)

Para el período Enero – Junio de 2017, la razón de mortalidad materna en la Subred Sur es de 60,1 por 100.000 nacidos vivos (n=6 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital (razón de 28 por 100.000 nacidos vivos).

Por localidad, la localidad Ciudad Bolívar es donde residían todos los casos y en escala de UPZ, permite identificar que la mayor razón se presentó en la UPZ 66 San Francisco con 365,0 por cada 100.000 nacidos vivos (n=2 casos), seguido de la UPZ 70 Jerusalém con 359,7 por cada 100.000 nacidos vivos (n=3 casos) y en tercer lugar se ubica la UPZ 67 Lucero con 78,0 por cada 100.000 nacidos vivos (n=1 caso). Las localidades de Usme, Tunjuelito y Sumapaz, no han presentado casos para el período evaluado.

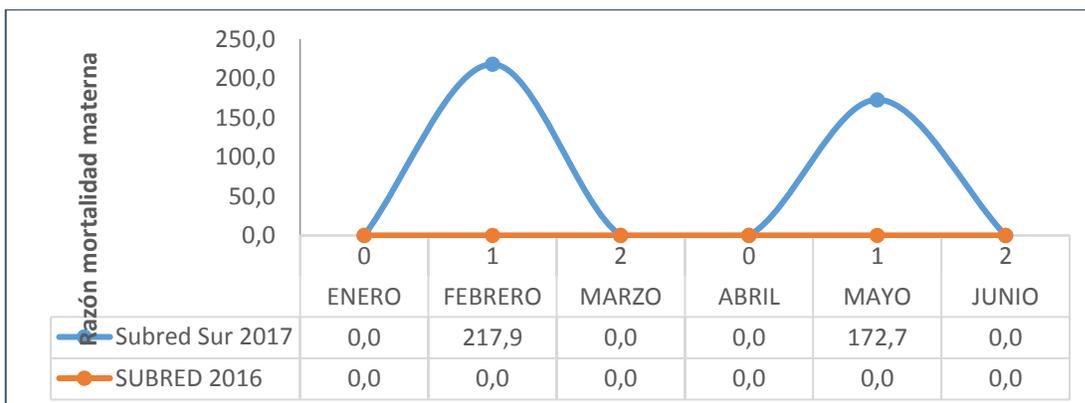
Gráfico 3 Mortalidad Materna, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero - Junio 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS).

La mortalidad materna para el período Enero – Junio en el año 2017, se presentó en la localidad Ciudad Bolívar, en el mes de Febrero con una razón de 152,7 por cada 100.000 nacidos vivos (n=1 caso), en el mes de Marzo con una razón de 243,6 por cada 100.000 nacidos vivos (n=2 casos), en el mes de Mayo con una razón de 66,4 por cada 100.000 nacidos vivos (n=1 caso) y en el mes de Junio con una razón de 137,9 por cada 100.000 nacidos vivos (n=2 casos), comparación con el año 2016, donde no se presentaron casos, (ver gráfico 4).

Gráfico 4 Comparativo Mortalidad Materna, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Enero – Junio 2016 - 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS).

Análisis por Determinantes en Salud

En relación a los determinantes relacionados desde la intervención del espacio vivienda, los determinantes identificados es la población fluctuante, el bajo nivel académico, el bajo nivel socioeconómico, el machismo y el madresolterismo.

Desde el componente de programas los determinantes identificados en la mortalidad materna, son el nivel educativo bajo, las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo, y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Desde el componente de gobernanza los determinantes observados son el hacinamiento en las viviendas y las condiciones laborales, como el empleo temporal.

Acciones de Respuesta

Las acciones realizadas desde este espacio se encuentran el abordaje con familias reportadas en las bases de morbilidad materna extrema en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito con acciones de educación y seguimiento, con el fin de identificar signos de alarma y asistencia oportuna a los servicios de urgencias.

Las acciones desarrolladas desde este componente se encuentran la aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Subred con el fin de identificar la oferta de servicios a gestantes. La Localidad Ciudad Bolívar presenta 18 instituciones, la localidad Usme 17 y localidad Tunjuelito 9. Existe una estrategia de captación temprana de gestantes para inicio de control prenatal antes de la semana 10. Gestantes con asesoría pre-test para prueba de (VIH) y Gestantes con exámenes paraclínicos requeridos según edad gestacional, seguimiento a casos reportados por SIRC.

Las acciones realizadas desde el componente gobernanza es el proceso de socialización de diagnósticos locales, donde se priorizo la problemática de mortalidad materna, la cual también es priorizada, al interior de los planes de acción de Política Pública por localidad.

Análisis DOFA

Desde el espacio vivienda las oportunidades se relacionan con el seguimiento 2 veces al mes a la familia y las acciones de educación en signos de alarma a la familia gestante.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Como fortaleza se encuentra el empoderamiento de los pacientes, sobre su salud, y la posibilidad de ingreso a la vivienda por parte de los equipos operativos. Las amenazas son las familias que migran por vivir en arriendo, algunas familias son poco receptivas debido al número de visitas, las inconsistencias en bases de datos y las debilidades de Información o falta de datos.

Desde el componente de programas como debilidades se encuentran la no adherencia al control prenatal e inicio tardío a los controles prenatales. La oportunidad es el fortalecimiento en capacidades y habilidades a los profesionales.

Como fortaleza se encuentra la consulta de detección de alteraciones de embarazo, implementación del protocolo del parto humanizado y la articulación en la red materno y perinatal. Las amenazas es la demora en la toma de la decisión para acudir a urgencias por parte de las usuarias.

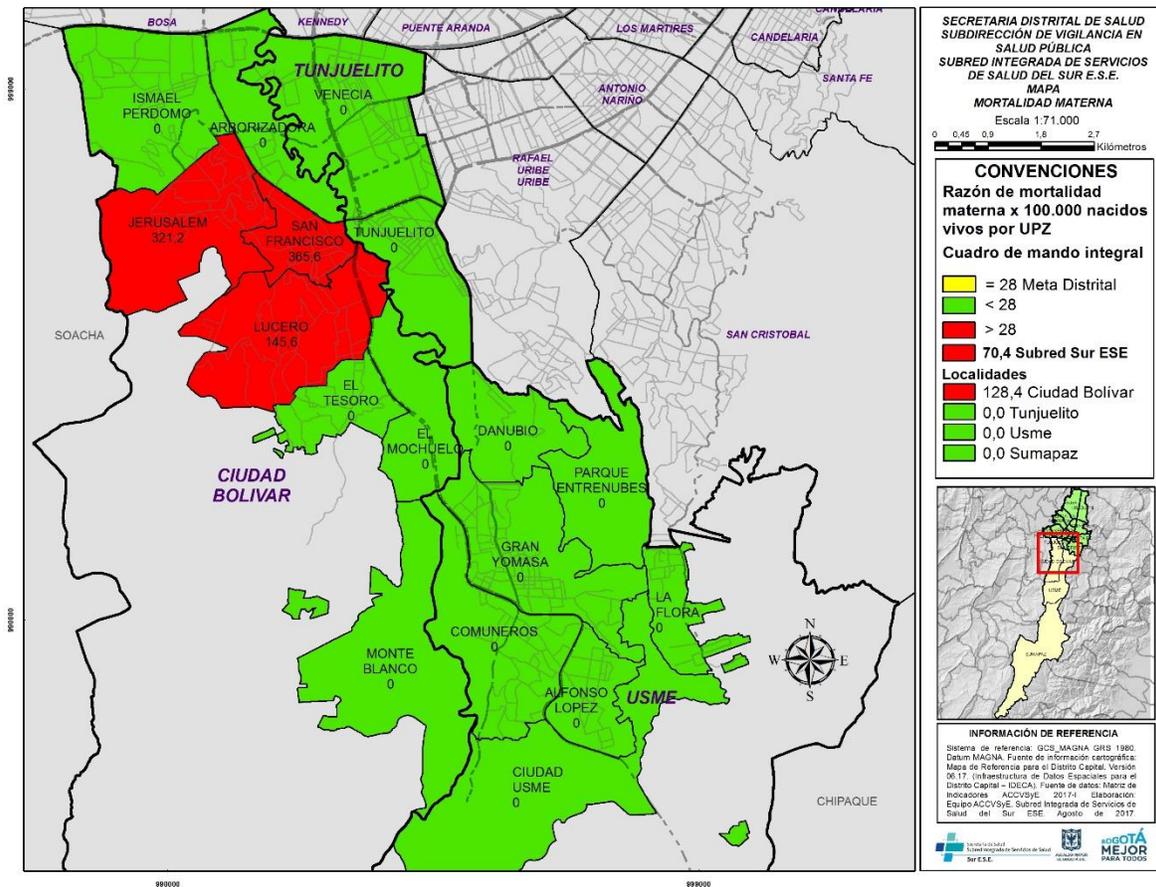
Desde el componente de gobernanza, en las debilidades se encuentran las acciones que no están articuladas por los sectores, las cuales se convierten en repetitivas y no complementarias. La oportunidad es el fortalecimiento y articulación a través de los Comités de Infancia, por medio de la ejecución del Plan de Acción y de la Política Pública de Infancia.

Como fortaleza se encuentra el posicionamiento de la política y del Insumo de Agenda con Enfoque de Mortalidad Materna, que permite el reconocimiento de ésta como problemática social y no solo de salud. Las amenazas son la maternidad y paternidad temprana, el nivel de escolaridad bajo, las barreras de acceso a salud las estrategias de información débiles.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Mapa 2 Comportamiento espacial de la mortalidad materna Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. I Semestre 2017.



La distribución espacial de los eventos asociados a la mortalidad materna a escala de UPZ permite identificar que Jerusalem, Perdomo y Lucero de la localidad de Ciudad Bolívar tienen una tasa por cada 100.000 nacidos vivos superior a la meta Distrital y son las únicas UPZ de la Subred Sur ESE en donde se presenta este evento (mapa 2).

Se identifica como determinantes sociales comunes a estas UPZ para la población adolescente, joven y adulta altas tasas de infecciones respiratorias agudas, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades hipertensivas. Estas enfermedades se relacionan con inadecuados hábitos de consumo de alimentos y ausencia de actividad física, junto con redes de apoyo débiles, que inciden en la falta de identidad comunitaria y las percepciones de autocuidado en los momentos de la gestación, el parto y el posparto.

Transversal 44 No 51 B 16 Sur
Código postal 110611
www.subredsur.gov.co
Tel.: 4852540 - 4853551

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

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

“Un caso de sífilis congénita es aquel que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de Penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.
- Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.
- Todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita.
- Todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de autopsia”(4).

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa de sífilis congénita en la Subred Sur es de 2,5 por 1000 nacidos vivos (n=25 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital.

Por localidad el comportamiento se presenta de forma diferente, donde Tunjuelito tiene la mayor tasa con 5,7 por cada 1000 nacidos vivos (n=7 casos), lo cual está por encima de la meta distrital, seguido por la localidad Ciudad Bolívar con una tasa de 2,6 por 1000 nacidos vivos (n=12 casos); para la localidad Usme la tasa de sífilis congénita es de 2,3 por cada 1000 nacidos vivos más (n=6 casos) y para la localidad Sumapaz no se han presentado casos para el periodo evaluado.

La distribución de la sífilis congénita en escala de UPZ, permite identificar que en la localidad Tunjuelito, las dos UPZ se encuentran por encima de la meta distrital, de la siguiente forma, la UPZ 42 Venecia presenta una tasa de 8,3 por cada 1000 nacidos vivos, seguida de la UPZ 62 Tunjuelito 2,5 por cada 1000 nacidos vivos.

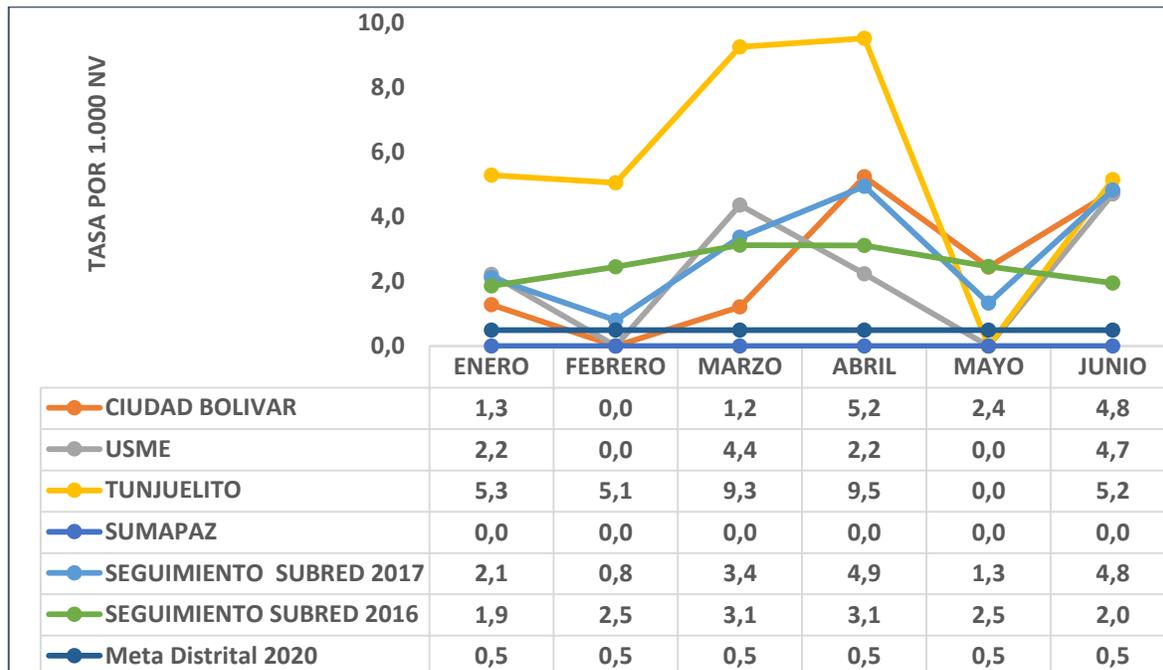
En la localidad Ciudad Bolívar, las mayores tasas se presentan en las UPZ 68 El Tesoro con 8,9 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 67 Lucero con 5,5 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 66 San Francisco con 1,8 por cada 1000 nacidos vivos,

la UPZ 70 Jerusalém con 1,2 por cada 1000 nacidos vivos, y la UPZ 69 Ismael Perdomo con 1,0 por cada 1000 nacidos vivos.

Con respecto a la localidad Usme, las UPZ que presentan las tasas más altas son la UPZ 58 Comuneros con 7,2 por cada 1000 nacidos vivos y la UPZ 59 Alfonso López con 2,7 por cada 1000 nacidos vivos.

A nivel de la Subred Sur, se observa que las tasas más altas se presentaron en las UPZ: UPZ 68 Tesoro con 8,9 en la localidad Ciudad Bolívar, la UPZ 42 Venecia con 8,3, en la localidad Tunjuelito y en la UPZ 58 Comuneros con 7,2 en la localidad Usme.

Gráfico 5 Sífilis Congénita, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero - Junio 2016 - 2017.



Fuente: SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud Año 2016. *Datos preliminares. Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Corte 30/06/17 Datos Preliminares.

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa de sífilis congénita en la Subred Sur es de 2,5 por 1000 nacidos vivos (n=25 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, siendo la misma tasa con respecto a la tasa de sífilis congénita en el período Enero – Junio de 2016, con un 2,5 por 1000 nacidos vivos (n=24), (ver gráfico 5).

Se observa que los meses que presentan las tasas más altas en el año 2017 son abril y junio, con 4,9 y 4,8 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, en comparación con el año 2016, donde las tasas más altas se presentan en los meses de marzo y abril, con 3,1 por cada 1000 nacidos vivos.

Análisis por Determinantes en Salud

En relación a los determinantes relacionados con el indicador de sífilis congénita, desde la intervención del espacio vivienda, los determinantes identificados son machismo, posicionamiento de derechos sexuales y reproductivos, reinfección por promiscuidad, inasistencia a controles médicos y de protección específica y detección temprana, bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico.

Desde el componente de programas los determinantes identificados en la sífilis gestacional, son el nivel educativo bajo, las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad y el desconocimiento de los riesgos de sífilis gestacional.

Desde el componente de vigilancia en salud pública se identifica como determinantes proximales el débil proyecto de vida, el desconocimiento de prácticas seguras y falta de autocuidado, y la falta de comunicación por parte del afectado. Como determinantes intermedios se encuentra el hacinamiento en las viviendas, disfunción familiar, falta de valores familiares, débil red de apoyo familiar, nivel socioeconómico bajo, bajo nivel educativo, nivel alto de desescolarización, barreras de acceso a nivel del sector salud, entrega de medicamento a contactos y machismo.

Acciones de Respuesta

En las acciones realizadas desde el espacio vivienda se encuentran el abordaje, que se hace desde sífilis gestacional para evitar que llegue a sífilis congénita.

Desde la intervención del espacio educativo las acciones realizadas son desde el componente Amarte donde se brindan herramientas, frente a la identificación de signos y factores de riesgo relacionados con sexualidad, prevención de infecciones o enfermedades de transmisión sexual y activación de rutas oportunamente.

Entre las acciones realizadas desde el componente de programas, se encuentra la aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Sub Red con el fin de identificar la oferta de servicios a gestantes, observándose que la localidad Ciudad Bolívar presenta 18 instituciones, Usme 17 y Tunjuelito 9. Se identifica que las IPS ofertan servicios a gestantes. Existe una estrategia de captación temprana de gestantes para inicio de control prenatal antes de la semana 10, gestantes con asesoría pre-

test para prueba de (VIH), gestantes con exámenes paraclínicos requeridos según edad gestacional, gestantes con exámenes paraclínicos requeridos según edad gestacional, y seguimiento a casos reportados por SIRC. Asistencia a la reunión de materno perinatal, verificación de la apropiación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil VIH- Sífilis.

Análisis DOFA

Desde el espacio vivienda con respecto a la identificación de la debilidad, se encuentra la baja cobertura. Las oportunidades se relacionan con disminuir la transmisión vertical al feto, con intervención en acciones de educación, para prevenir reinfección, el seguimiento realizado al tratamiento durante el embarazo y el empoderamiento de la salud materno fetal.

Como fortaleza se encuentra la existencia de equipos multidisciplinarios y seguimiento a las bases en su totalidad y el empoderamiento a través de las acciones de IEC a las familias, para la prevención de la sífilis congénita a la usuaria y pareja. La amenaza son las familias fluctuantes, algunos usuarios se niegan a recibir las visitas y bases de datos presentan información incompleta o errónea.

Desde el componente de programas se identifica como debilidad no adherencia al tratamiento para sífilis gestacional. Las oportunidades se relacionan con el ejercicio de los profesionales de salud, en la aplicación de las guías de práctica clínica de sífilis, la estrategia de eliminación de la transmisión de VIH y sífilis, y seguimiento a las gestantes.

Como fortaleza se encuentra el seguimiento en cada unidad de atención de servicios de salud, de los casos notificados, y el seguimiento por parte del espacio vivienda. Se identifica como amenaza la no adherencia al tratamiento por parte de los contactos sexuales.

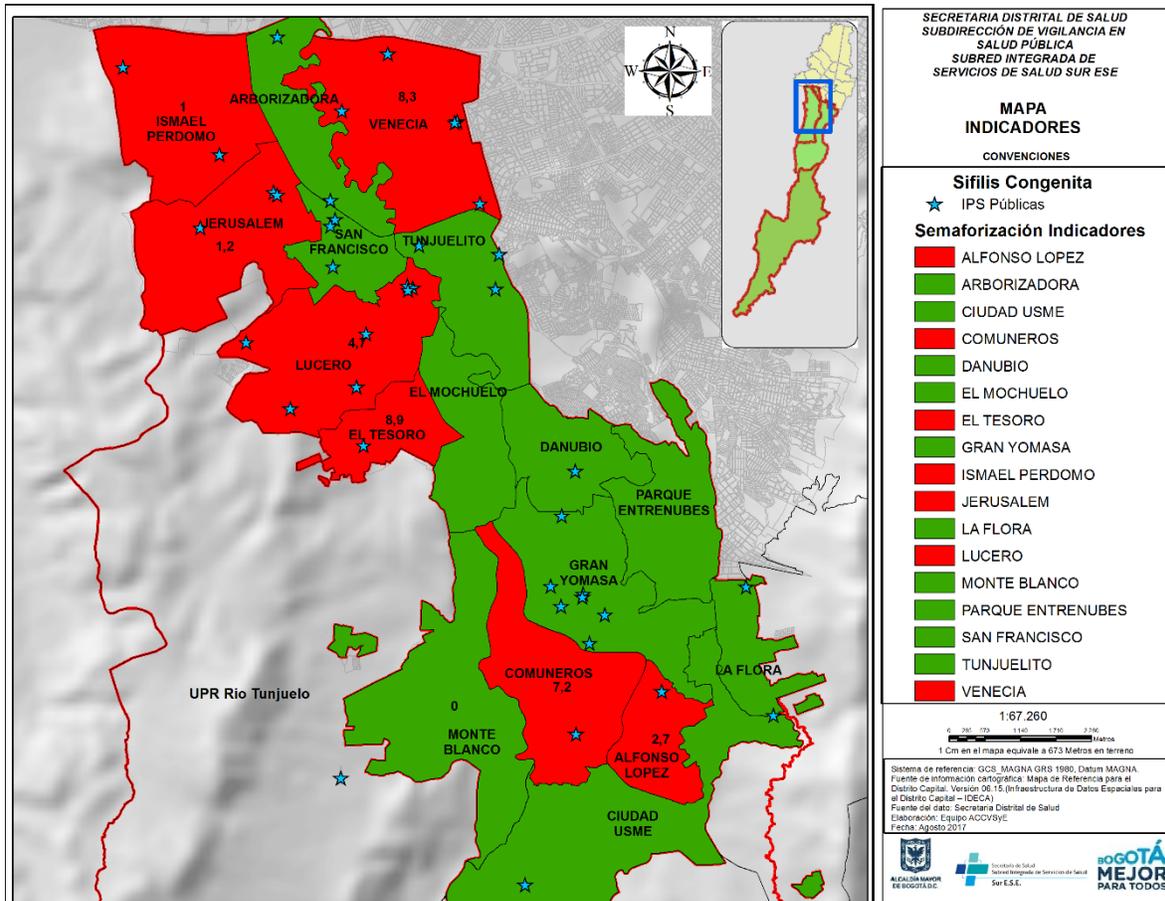
Desde el componente de vigilancia en salud pública se identifica como debilidad la débil autoestima, la falta de conciencia, el temor al qué dirán, el inicio temprano de vida sexual, las múltiples parejas sexuales, el no uso de preservativo, la no adherencia al tratamiento por parte de la mujer portadora de la enfermedad y su pareja y la falta de una adecuada sensibilidad a la comunidad desde los diferentes componentes.

Como amenazas se observan las creencias y tabúes, con respecto al ejercicio de la sexualidad y el uso de los métodos de planificación familiar y del preservativo, la falta de conocimiento de la enfermedad y de los efectos en la salud, la falta de educación de calidad en derechos sexuales y reproductivos a la población, las entidades privadas no cuentan con pruebas rápidas, los factores de riesgo sociales,

económicos y culturales, la débil asesoría por parte de los profesionales en salud, para una adecuada adherencia al tratamiento la atención inoportuna.

Por otro lado los medios masivos de comunicación no realizan difusión de información adecuada y existen problemas en la afiliación (multiafiliación).

Mapa 3 Comportamiento espacial de Sífilis Congénita Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017



Fuente: Matriz de Indicadores Subred Integrada de Servicios de Salud. Enero – Junio 2017.

La distribución espacial de los eventos asociados al porcentaje de sífilis congénita en la Subred integrada de salud Sur a escala de localidad permite identificar que la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 4 UPZ por encima de la meta distrital, ocupando el primero lugar, seguido de la localidad de Usme como 2 UPZ y por último en Tunjuelito con 1 UPZ, a lo anterior corresponde a localidades urbanas de la Subred. En cuanto a los resultados por UPZ, encontramos en el primer lugar a El Tesoro con una tasa del 8,9 en la localidad de Ciudad Bolívar, seguido por Venecia con un 8,3 en la localidad de Tunjuelito, en el tercer lugar la UPZ Comuneros con

7,2 de la localidad de Usme; por último, las UPZ como Ismael Perdomo, Lucero, Jerusalem y Alfonso López cuentan con datos que oscila entre 1 y 4.

Este comportamiento tiene relación con diversos factores en estos territorios debido a que hay poca adherencia a los programas de promoción y prevención en salud de parte de los usuarios, además, presenta una baja oferta de instituciones de salud de la red pública y son UPZ's receptoras de población migratoria con dificultades económicas y que no cuentan con afiliación al régimen de salud ya sea subsidiada o contributiva, que adicionalmente son UPZ que se caracterizan por concentrar una alta población en hacinamiento.

Momento del curso de vida: adolescencia

1.4. Meta: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años.

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en la Subred Sur, es de 4,6 por 1000 nacidos vivos (n=46 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital.

Por localidad el comportamiento se presenta de forma diferente, donde Usme tiene la mayor tasa con 4,6 por cada 1000 nacidos vivos (n=14 casos), lo cual está por encima de la meta distrital, seguido por la localidad Ciudad Bolívar con una tasa de 4,0 por 1000 nacidos vivos (n=22 casos); para la localidad Tunjuelito la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es de 2,8 por cada 1000 nacidos vivos (n=4 casos) y para la localidad Sumapaz no se han presentado casos para el periodo evaluado, (ver gráfico 6).

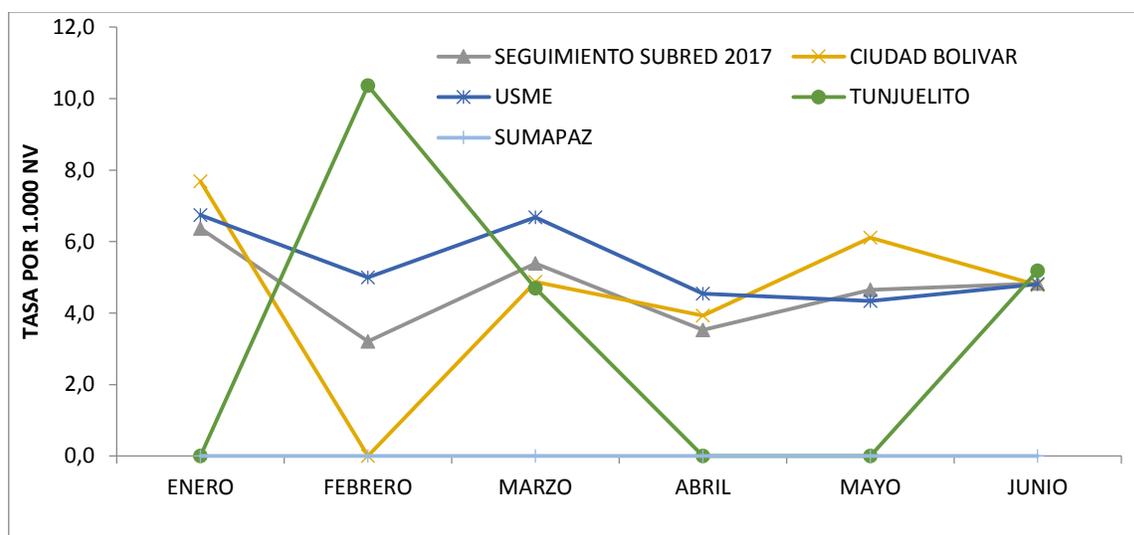
La distribución de la fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en escala de UPZ, permite identificar que en la localidad Usme, las mayores tasas se presentan en las UPZ 61 Ciudad Usme con 29,6 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 57 Gran Yomasa con 9,2 por cada 1000 nacidos vivos y en la UPZ 59 Alfonso López con 5,2 por cada 1000 nacidos vivos.

En la localidad Ciudad Bolívar, las mayores tasas se presentan en las UPZ 66 San Francisco con 7,3 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 68 Tesoro con 6,7 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 65 Arborizadora con una tasa de 4,0 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 70 Jerusalem con 3,6 por cada 1000 nacidos vivos, la UPZ 69 Ismael Perdomo con 3,0 por cada 1000 nacidos vivos, y la UPZ Lucero con 0,8 por cada 1000 nacidos vivos.

Con respecto a la localidad Tunjuelito, la UPZ que presenta la tasa más alta es la UPZ 42 Venecia con 6,0 por cada 1000 nacidos vivos.

A nivel de la Subred Sur, se observa que las tasas más altas se presentaron en las UPZ: UPZ 61 Ciudad Usme con 29,6, la UPZ 57 Gran Yomasa con 9,2, en la localidad Usme; en la UPZ 66 San Francisco con 7,3 y la UPZ 68 Tesoro con 6,7, en la localidad Ciudad Bolívar; y en la UPZ 42 Venecia con 6,0 por cada 1000 nacidos vivos.

Gráfico 6 Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero – Junio 2017.

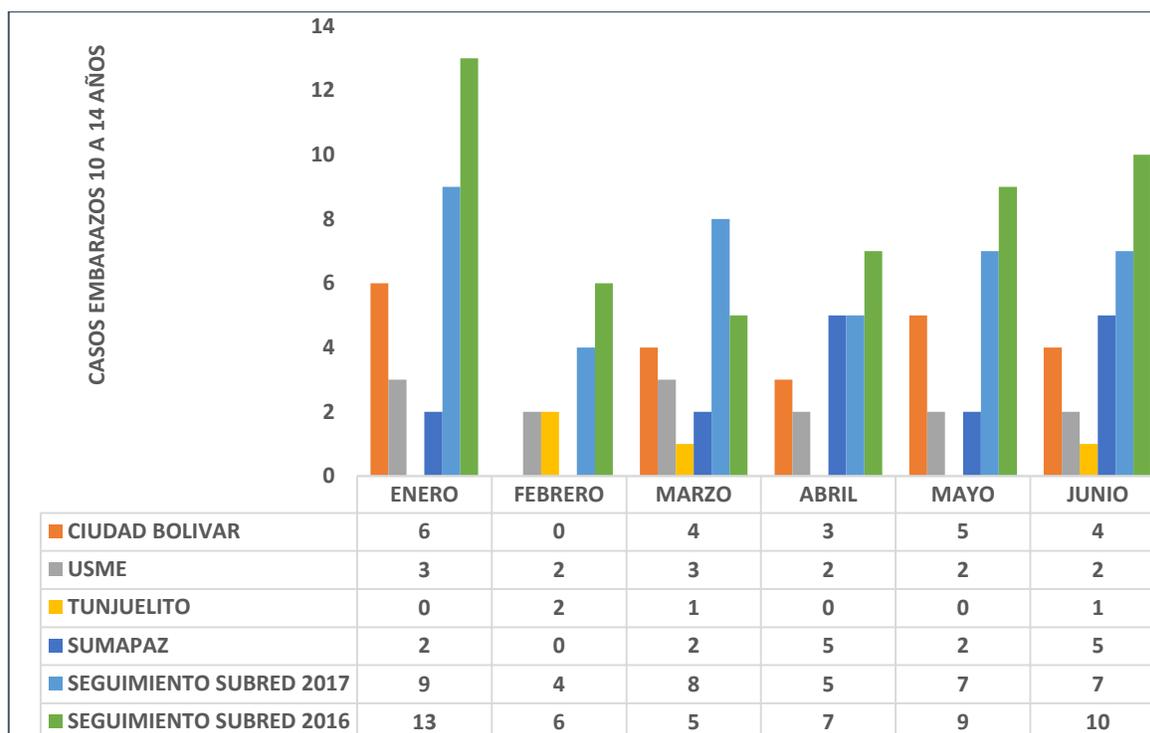


Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Actualizado 30-06-2017.

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en la Subred Sur, es de 4,6 por 1000 nacidos vivos (n=46 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, y aumentó en comparación a la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en el período Enero – Junio 2016, con 0,8 por cada 1000 nacidos vivos (n=50).

Se observa que los meses que presentan las tasas más altas en el año 2017 son enero y marzo, con 6,4 y 5,4 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, en comparación con el año 2016, donde las tasas más altas se presentan en los meses de Enero y Junio, con 0,2 por cada 1000 nacidos vivos, (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Comparativo Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., enero – junio 2016 - 2017.



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Actualizado 30-06-2017

Análisis por Determinantes en Salud

Desde el espacio vivienda los determinantes relacionados son el uso inadecuado del tiempo libre, el madresolterismo, el bajo nivel socioeconómico, el proyecto de vida inexistente, la deserción escolar y el desconocimiento de métodos de planificación familiar.

Desde el espacio educativo se observan las condiciones socioeconómicas de la familia y la débil red de apoyo. Desde el espacio programas se encuentra el nivel educativo, las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Acciones de Respuesta

Desde el espacio vivienda se realizan acciones educativas que promulgan el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

Desde el espacio educativo se encuentra la estrategia "Sintonizarte", en la cual se realiza una acción pedagógica, el espacio educativo en el componente Amarte, desarrolla revisión conjunta mediante proceso de articulación, para la incorporación de la estrategia "Amarte", con sesiones tanto para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos.

Desde el componente programas se realiza aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Sub Red con el fin de identificar la oferta de servicios para jóvenes y adolescentes. La implementación de la línea 106 por los profesionales de las IPS, en la localidad Ciudad Bolívar con 18, Usme 17 y Tunjuelito 9, se identifica que las IPS ofertan servicios de atención en joven. En cuanto a la consulta de jóvenes, no se tienen servicios amigables para jóvenes y adolescentes. Se realiza consulta de regulación de la fecundidad en las IPS, se entrega fórmula con el método de regulación de la fecundidad. En la localidad Ciudad Bolívar se realizó apoyo a Jornada de maternidad y paternidad segura, ejecutada por PYD.

Análisis DOFA

Desde el espacio vivienda se identifica como debilidad que en el momento de orientar a los adolescentes a centros de atención en salud, para la citas de asesoría en métodos de planificación familiar, encuentran barreras de acceso. En el espacio educativo la disponibilidad de espacios destinados para el desarrollo de actividades por parte de las instituciones educativas, no es suficiente y se observan carencias en información, cuando se requiere activación de rutas. Desde el componente de programas se observa que la población no accede a las consultas de regulación de la fecundidad, existe desconocimiento de los métodos por parte de los usuarios, no se dispone de un programa para jóvenes.

Como oportunidades desde el espacio vivienda se observa el empoderamiento a los adolescentes en sus derechos sexuales y reproductivos y las acciones de IEC, que se encaminan al aprovechamiento del tiempo libre y proyecto de vida. Desde el componente de programas las IPS cuentan con la consulta de regulación de la fecundidad.

Las fortalezas identificadas desde el espacio vivienda es la disponibilidad de equipos multidisciplinares que contribuyen a disminuir el indicador y las acciones



específicas que detectan riesgos y los abordan para disminuir la incidencia de embarazos en la adolescencia. Desde el espacio educativo las temáticas a desarrollar obedecen a la lectura de necesidades realizada. Desde el espacio programas se cuentan con insumos y suministros para la atención en cuanto a consulta de joven y regulación de la fecundidad.

Con respecto a las amenazas, desde el espacio vivienda se identifica familias fluctuantes, padres de familia que no permiten educación con respecto a salud sexual y reproductiva. Se observa que durante algunas visitas los adolescentes no hablan, porque sus padres se encuentran presentes. Desde el espacio educativo se identifican dificultades en la cobertura en las sesiones educativas y espacios de intervención desde el componente, debido a gran cantidad de población a intervenir, limitado por las metas.

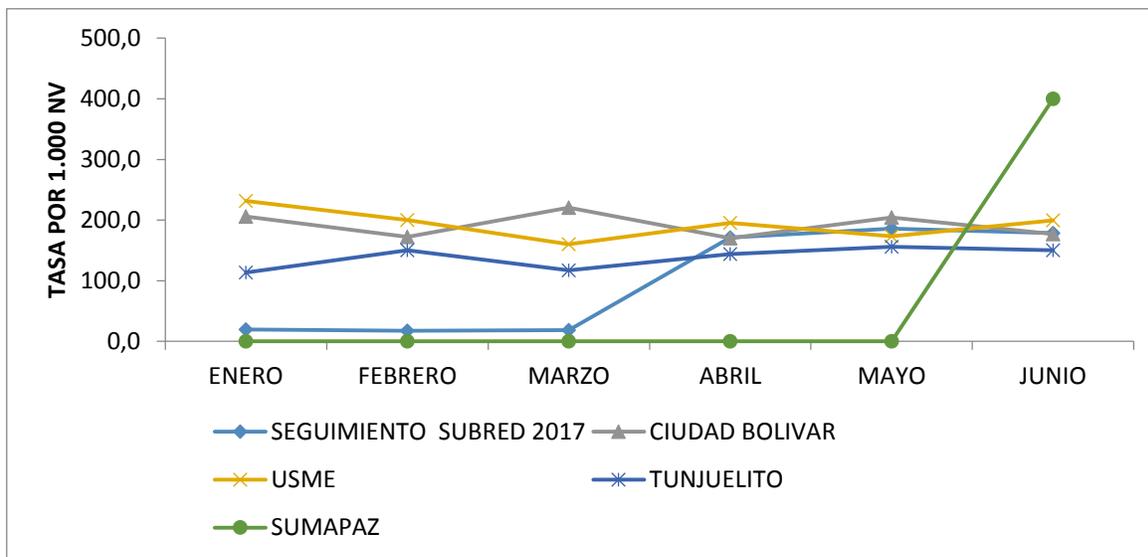
Momento del curso de vida: adolescencia y juventud

1.5. Meta: A 2020 disminuir la tasa específica de fecundidad en mujeres menores de 19 años en 6% la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en la Subred Sur, es de 18,2 por 1000 nacidos vivos (n=1575 casos).

Por localidad el comportamiento se presenta de forma diferente, donde Usme tiene la mayor tasa con 193,0 por cada 1000 nacidos vivos (n=504 casos), lo cual está por encima de la meta distrital, seguido por la localidad Ciudad Bolívar con una tasa de 192,6 por cada 1000 nacidos vivos (n=900 casos); para la localidad Tunjuelito la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 13,8 por cada 1000 nacidos vivos (n=169 casos) y para la localidad Sumapaz la tasa de fecundidad es de 125,0 por cada 1000 nacidos vivos (n=2), (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por Localidad, Enero – Junio 2017.

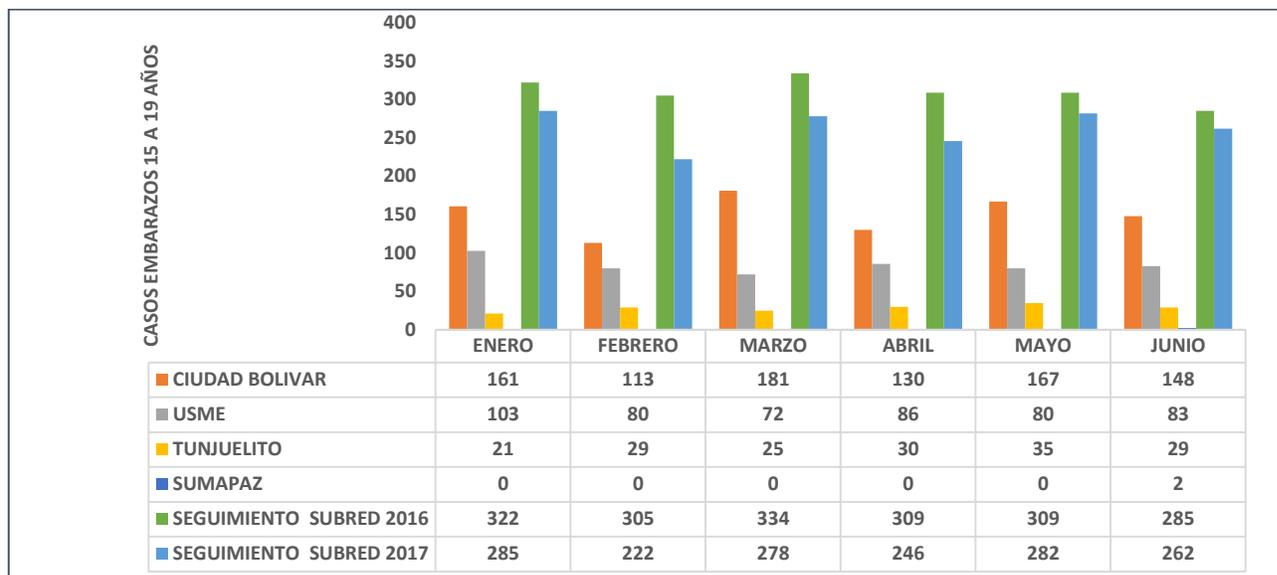


Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Actualizado 30-06-2017

Para el período Enero – Junio de 2017, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en la Subred Sur, es de 18,2 por cada 1000 nacidos vivos (n=1575 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, y disminuyó en comparación a la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en el período Enero – Junio 2016, con 30,7 por cada 1000 nacidos vivos (n=1864).

Se observa que los meses que presentan las tasas más altas en el año 2017 son mayo y junio, con 185,9 y 178,4 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, en comparación con el año 2016, donde las tasas más altas se presentan en los meses de Marzo y Enero, con 5,5 y 5,3 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, (ver gráfico 9).

Gráfico 9. Comparativo Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., enero – junio 2016 - 2017.



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES, Actualizado 30-06-2017

Análisis por Determinantes en Salud

Desde el espacio de vivienda los determinantes relacionados son machismo bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, desconocimiento de métodos de planificación familiar y la falta de educación en salud sexual y reproductiva en hogares e instituciones educativas.

Acciones de Respuesta

Desde el espacio de vivienda se realizan acciones de IEC en todas las familias abordadas en derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar, importancia de asistencia a consultas para regulación de la fecundidad y activación de rutas para planificación familiar.

Desde el espacio educativo en el *Componente "Amarte", se realizan acciones de promoción de habilidades para el cuidado del cuerpo, autoestima, maternidad y paternidad temprana, canalización y activación de rutas si se requiere y métodos de planificación familiar.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Análisis DOFA

Desde el espacio vivienda se identifica como debilidad barreras de acceso en consecución de citas para planificación familiar. Como oportunidad se observa el empoderamiento de las familias y población en general en derechos sexuales y reproductivos, y proyecto de vida y la activación de rutas y seguimiento a las mismas, por parte de los equipos.

Con respecto a las fortalezas el espacio vivienda presenta los equipos conformados por enfermera, psicólogo, odontólogo y técnico ambiental donde se abordan las problemáticas, desde todas las perspectivas; existe buena receptividad de las familias durante el abordaje, y la apropiación conceptual por parte de ellas ha sido adecuado. Desde el espacio educativo se encuentra el fortalecimiento de temáticas de derechos sexuales y reproductivos, y la promoción de líneas de apoyo, como la línea 106, la línea púrpura y la página web:www.sexperto.com.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Es un espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible(5).

Momento del curso de vida: primera infancia

1.6. Meta: A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el Distrito Capital

De acuerdo con la OMS, desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, una de las principales causas de muerte es la neumonía. La meta del PTS es a 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el Distrito Capital.

En la Subred Sur para el primer semestre del año 2017, la tasa acumulada de mortalidad por neumonía en menores de 5 años (*100 mil menores de 5 años) fue de 2,5 con 3 casos, lo cual comparado con la meta distrital (6,63) muestra que la Subred Sur se encuentra por debajo de lo esperado, indicando un comportamiento satisfactorio. Al comparar el comportamiento del indicador con el mismo periodo del año 2016 se observa disminución en la tasa y en el número de casos para el año 2017, ya que se encontraba para el año 2016 en una tasa de 16 con 20 casos, (ver gráfico 10).

La tasa acumulada de mortalidad por neumonía en menores de 5 años por cien mil menores de 5 años en la localidad Usme entre los meses enero y junio 2017, fue de 3 con 1 caso, reflejando un comportamiento satisfactorio en relación a la meta distrital (6,63) de igual forma presenta disminución al comparar con el año 2016, donde la tasa fue de 19,1 con 8 casos.

En la localidad Ciudad Bolívar entre los meses enero y junio 2017 la tasa fue de 2,8 con 2 casos, en comparación a la meta distrital muestra un comportamiento satisfactorio en relación a la meta distrital (6,63), al comparar con el mismo periodo del año 2016, donde la tasa fue de 17,6 con 12 casos, se observa disminución para 2017.

En las localidades de Tunjuelito y Sumapaz no se presentaron casos para el primer semestre del año 2017, al comparar con el mismo periodo del año 2016, se observa un comportamiento similar con cero casos.

En relación al caso presentado en la localidad de Usme en el año 2017, según la intervención epidemiológica de campo realizada por vigilancia epidemiológica, el evento ocurrió en el mes de junio de 2017, se identificó que el caso correspondía a un menor de 1 años de 5 meses de edad, sexo masculino, afiliado al régimen de aseguramiento contributivo, EAPB: Salud Total, la entidad territorial de ocurrencia fue Subred Centro Oriente, la residencia estaba ubicada en la UPZ 58 Comuneros, barrio Monteblanco, estrato socioeconómico 2, vivienda arrendada con aceptables condiciones higiénico sanitarias, adecuada iluminación natural y deficiente ventilación; calles pavimentadas, no presencia de fábricas o talleres cercanos a la vivienda. Con antecedente materno de período intergénésico corto, menor con retardo del crecimiento intrauterino, al nacer presento falla ventilatoria, prematuridad extrema, pre-termino de 32 semanas, bajo peso al nacer (peso 1014 gr), inmunodeficiencia, displasia broncopulmonar, laringomalacia, enfermedad de membrana hialina, neumonía multilobar. El menor durante todos los cinco (5) meses de edad, permaneció institucionalizado inicialmente en USS Tunal y luego en HOMI, por lo cual no es una neumonía adquirida en comunidad.

En el comité realizado en la Subred Centro Oriente concluye que luego de haber analizado cada una de las acciones realizadas por las diferentes instituciones en el caso es una mortalidad por Neumonía clasificada como no evitable no intervenible, por todas las comorbilidades. En el análisis de las demoras se encontró la demora uno, la cual hace referencia al desconocimiento de derechos y deberes en salud y dentro del aseguramiento, debido a que durante la gestación la madre solo tuvo tres (3) controles prenatales, los cuales fueron atendidos en la USS Marichuela y con EAPB: Capital Salud). En la demora dos que hace referencia a los factores económicos y geográficos, situación actual económica de la familia, limitaciones en tiempo por largos desplazamientos a los servicios de salud, donde se identificó



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

factores económicos que impidieron asistencia a controles y a la vista del menor todos los días durante estancia hospitalaria. También se identificó debilidad en la demora cuatro por falta de adherencia a programas de promoción y detección, teniendo en cuenta que la madre del menor acudió a solo tres (3) controles prenatales y en la atención del menor se observó No adherencia a guía prematurez. En la demora seis se encontró debilidad por no ingreso oportuno a los programas de Promoción y detección.

Respecto a los casos presentados en la localidad Ciudad Bolívar: se contó con información de la intervención epidemiológica de campo del caso presentado en el mes de abril de 2017, menor de sexo masculino, de 7 meses de edad, residía en la UPZ 70 Jerusalén, barrio Candelaria La Nueva, vivienda en arriendo, el tipo de familia del menor era familia Nuclear Completa, en relación a las condiciones de la vivienda: el apartamento contaba con dos habitaciones piso en baldosa, paredes pañetadas, techo en placa, No habían fábricas o talleres cerca de la vivienda, vivían sobre una vía principal, la vivienda tenía buena ventilación, iluminación pero tenía humedad, madre refirió que realizaban limpieza frecuente al apartamento. La mortalidad se clasifica como mortalidad por IRA evitable no intervenible.

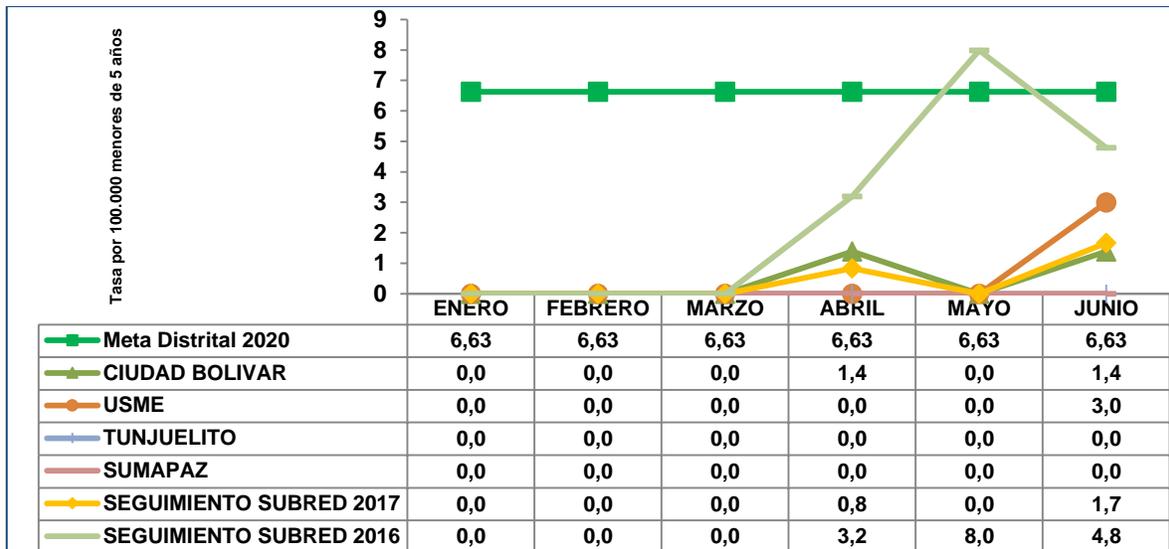
El otro caso presentado en la localidad Ciudad Bolívar ocurrió en el mes de junio, residía en la UPZ 66 – San Francisco, con edad mayor de un año, con EAPB Compensar.

Según lugar de ocurrencia en el mes de junio del año 2017, se identificó 1 caso de mortalidad por neumonía en la USS Meissen, sexo masculino, 17 días de nacido, localidad de residencia Ciudad Bolívar, con diagnósticos: prematuridad extrema (26 semanas de gestación), hemorragia intraventricular, sepsis bacteriana, afiliado a régimen subsidiado, EAPB Capital Salud.

Gráfico 10 Mortalidad por Neumonía en Menores de Cinco años, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., comparativo primer semestre,



años 2016 – 2017



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017) – 2017 (Enero - junio 2017 RUAF SDS).

En relación a la información generada para ciudad Bolívar desde vigilancia ambiental de la Subred Sur, teniendo presente el boletín emitido para el mes de mayo donde se realiza análisis de la relación entre calidad de aire y salud para la Localidad de Ciudad Bolívar presenta el seguimiento de lo ocurrido en el mes de marzo de 2016, de acuerdo a los registros reportados por la estación de monitoreo Tunal correspondiente a la Red de Calidad de Aire (RMCAB) de la Secretaria Distrital de Ambiente de Bogotá. Los contaminantes PM10, PM 2.5 y Ozono contaron con una representatividad mayor a 75% de los datos diarios durante el mes.

Con respecto a material articulado (PM10) no presento excedencias superiores a $100\mu\text{g}/\text{m}^3$ con respecto a la resolución 610 de 2010, así mismo, se presentaron 9 excedencias que representan el 29% de las mediciones que superaron los $50\mu\text{g}/\text{m}^3$, valor límite recomendado en la Guía de Calidad de Aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para material participado 2.5 (PM2.5) no se presentó excedencias mayores a $50\mu\text{g}/\text{m}^3$ con respecto a la 610 de 2010, así mismo, se presentaron 11 excedencias con respecto a la guía de calidad del aire de la OMS que representan el 35% de las mediciones que superaron los $25\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Se evidencian los mayores índices de contaminación en el mes a las 7 horas del día ($60\mu\text{g}/\text{m}^3$), 8 ($57\mu\text{g}/\text{m}^3$) y 6 ($53\mu\text{g}/\text{m}^3$), evento que coincide con el aumento del parque automotor para la movilización de los habitantes de la localidad en las horas pico y un fenómeno inusual hacia el mediodía, se destaca una concentración promedio horaria superior a los $40\mu\text{g}/\text{m}^3$, durante todo el mes.

Análisis por determinantes para la mortalidad por neumonía y por IRA

Se identifican aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de las familias de los niños y niñas como: bajos ingresos de las familias, padres con nivel educativo básico y medio, hacinamiento e inadecuada ventilación en las viviendas, no tenencia de vivienda, necesidades básicas insatisfechas – NBI, lo anterior descrito afecta de forma directa en el cuidado integral de los niños y las niñas. Además se observan factores como: bajo peso al nacer, prematurez, mal nutrición. Por otro lado está la edad de niños y niñas, donde se observa que ser menor de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad.

Algunos factores que inciden de forma directa en la morbimortalidad por IRA están asociados a que los cuidadores desconocen la prioridad preferencial que se le otorga a la población infantil en el marco de los derechos, el desconocimiento de signos de alarma y cuidados básicos en casa; ligado a las deficientes estrategias de demanda inducida por parte del asegurador, además la demanda de los servicios de salud son superiores a la oferta, barreras de acceso y no adherencia a guías.

Como reforzadores de esta situación están los cambios climáticos y la contaminación ambiental en especial la afectación en la calidad del aire relacionada con proliferación de olores ofensivos, los cuales ejercen presión sobre los indicadores de IRA y neumonía y que la meta de cero casos, como es el caso de neumonía sea difícil de alcanzar.

Acciones desarrolladas para la mortalidad por neumonía e IRA

Con relación a las acciones desarrolladas desde la Subred Sur que aportan a la disminución de la mortalidad por neumonía e IRA, desde el programa de seguridad al paciente, se desarrollan 5 líneas de intervención: tecnovigilancia, farmacovigilancia, IAASS, hemovigilancia y reactivovigilancia.

Se ha realizado promoción de higiene de manos, evaluación de adherencia a la higiene de manos, basado en los 5 momentos: Meissen con 184 oportunidades, con 79 opciones perdidas, 57% en los meses de febrero a marzo. El día 5 de mayo se realizó una capacitación para educar a funcionarios de las USS que cuentan con servicios de hospitalización y algunas de consulta externa, usuarios y visitantes con el apoyo de PAI, esta actividad se realizó con actividades lúdicas y se entregó una regleta con instructivo sobre el lavado de manos y se entrega como incentivo un alcohol glicerinado. Diariamente se educa al personal y usuarios (2 a 3 personas). Vista Hermosa 1144 oportunidades observadas y cuanto a la oportunidad de las

acciones 94%. A nivel general de las 48 USS: 74,6% de adherencia. 1696 oportunidades.

Desde la estrategia de usuario protegido: en el mes de febrero se aislaron 42 pacientes, con una adherencia del 65,7%, marzo 57 pacientes (51,5%), abril 87 pacientes aislados de los cuales, se realizó seguimiento 55 pacientes con adherencia del 69%, mayo pacientes aislados 41 y seguimientos realizados a 48 pacientes (van incluidos algunos pacientes hospitalizados de meses anteriores) 60,4%. Estas adherencias son basadas en las observaciones que se realizan.

Desde programas y acciones de interés en salud pública se han desarrollado las siguientes acciones en las localidades de la Subred Sur:

Acompañamientos técnicos a instituciones de prestadoras de servicios de salud pública y privada, siendo por localidad: 2 en Usme, 3 Tunjuelito, 23 Ciudad Bolívar y 2 para Sumapaz. Así mismo se realizó acompañamiento técnico a sala ERA con aplicación de lista de chequeo, con cero planes de mejoramiento formulados para las cuatro localidades, respecto al número de acompañamientos por localidad fueron: 2 Usme, 2 Tunjuelito, 5 Ciudad Bolívar y 2 Sumapaz.

De igual forma se realizaron acompañamientos técnicos para atención integral para primera infancia y/o AIEPI, de las cuales 16 tienen implementación de la estrategia en Usme, 1 Tunjuelito, 22 en Ciudad Bolívar y 2 en Sumapaz.

Desde vigilancia en salud pública, para la localidad de Usme se cuenta con dos salas ERA de la red de prestadores públicos y privados de la localidad, notificaron 627 casos en el mes. 627 menores de 5 años fueron atendidos en las Salas ERA de la localidad; 533 niños con egreso domiciliario y el 85% de éstos tuvieron seguimiento a las 48 horas. Además fueron capacitados 10 profesionales en protocolos de atención de IRA.

En la localidad de Tunjuelito hay 2 salas ERA de la red de prestadores públicos y privados de la localidad, se notificaron 462 casos. 462 menores de 5 años fueron atendidos en las Salas ERA de la localidad; 219 niños con egreso domiciliario y el 52% de éstos tuvieron seguimiento a las 48 horas. A 7 UPGD se les realizó asistencia técnica durante el mes, con énfasis en la vigilancia de IRA. 7 profesionales fueron capacitados en protocolos de atención de IRA y se realizó 1 visita de asistencia técnica a IPS centinela de IRAG.

Para Ciudad Bolívar en las 5 salas ERA de la red de prestadores públicos y privados de la localidad se notificaron 1602 casos en el mes. 1602 menores de 5 años fueron atendidos en las Salas ERA de la localidad; 1062 niños con egreso domiciliario y el 80% de éstos tuvieron seguimiento a las 48 horas. 10 UPGD con asistencia técnica durante el mes, con énfasis en la vigilancia de IRA. 10 profesionales capacitados en protocolos de atención de IRA.

El espacio de vivienda en la localidad de Tunjuelito ha identificado 254 familias sin niños y niñas que presenten signos y síntomas de ERA, a las cuáles se les han realizado acciones para el fortalecimiento de prácticas saludables, identificación de signos de alarma, alimentación complementaria, lactancia materna, medidas de higiene, esquemas de vacunación, riesgos ambientales. No se canalizaron niños y niñas para atención en salud.

Desde el espacio educativo se ha conseguido vincular y desarrollar el plan de acción en 65 colegios, se desarrolla módulo de transformación cultural disfrutarte en 2 colegios con 22 personas, orientada hacia el desarrollo de círculos conversacionales reflexivos y críticos alrededor de la construcción y re significación de las prácticas de alimentación saludable, actividad física, uso adecuado del tiempo libre, auto percepción corporal, estrategias de comunicación asertiva y la importancia de moverse; para cerrar el proceso se realiza socialización de informe en 1 instituciones educativas.

Con relación al espacio público se desarrollan iniciativas de persona mayor, salud oral, transmisibles, AIEPI comunitario desde este proceso trabajan el tema de prevención de ERA y EDA. También tienen la iniciativa de medio ambiente y la de RBC, también tiene la iniciativa de LGBTI. Se ha trabajado pautas de lavado de manos, se ha realizado articulación con PAI para intervención a persona mayor, la mayoría de la población son mujeres, son quienes más asisten a las actividades y en especial las mujeres mayores de 60 años.

Análisis DOFA para mortalidad por neumonía e IRA

En las fortalezas identificadas desde el programa de IASS, se realizó gestión para contar con los insumos necesarios. Se ha fortalecido la cultura de lavado de manos por parte del personal, usuarios y visitantes. Para lavado de manos y usuario protegido se cuenta con piezas comunicativas, están pendientes los logo, ya está gestionada con el comunicador. Para técnica de lavado de manos están instalados los habladores donde se explica la técnica para cada uno de los procesos. Además se ha logrado sensibilizar el personal de salud; además es importante mencionar que enfermería aplica la educación a los pacientes y familiares.

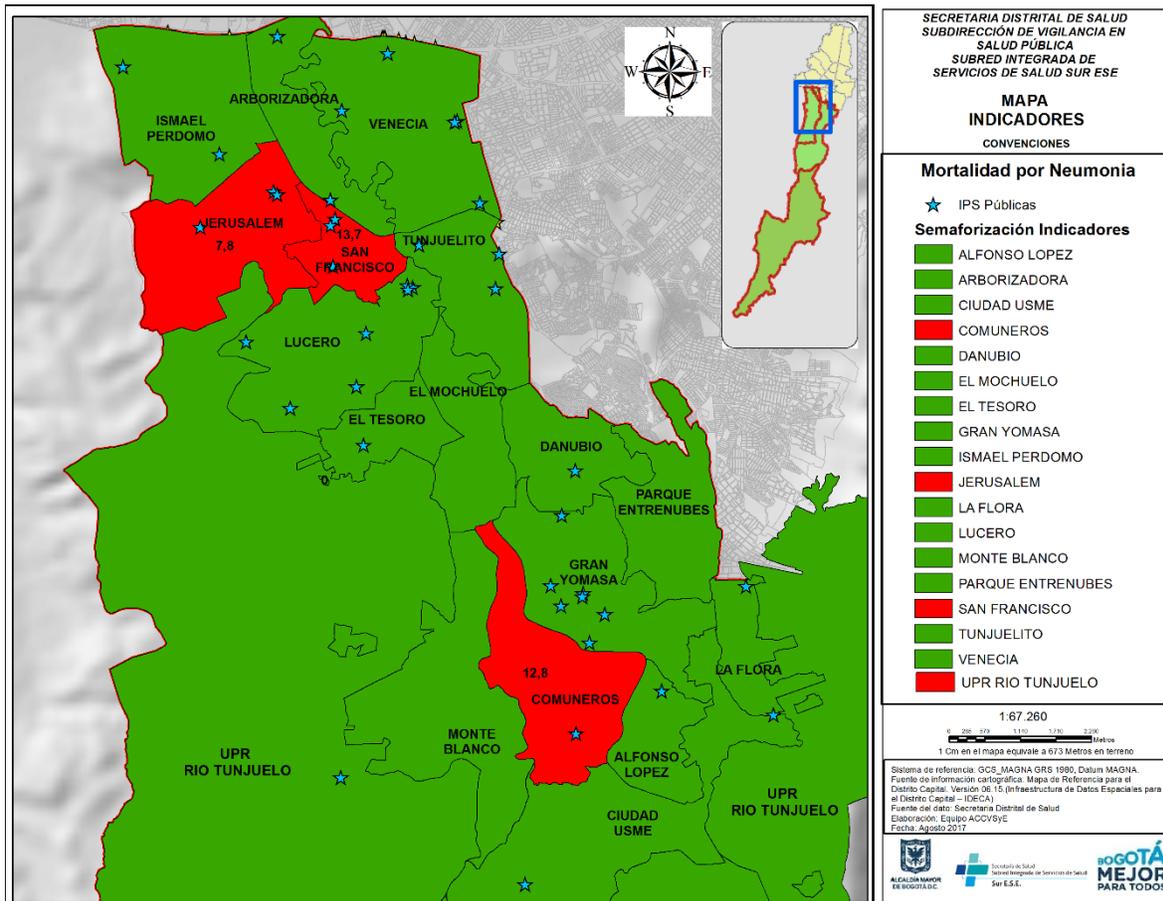
Como debilidades esta que el lavado de manos está influenciado por el suministro médico quirúrgico en relación al jabón y al alcohol, lo cual fue para febrero y marzo. Está pendiente la instalación de algunos dispensadores.

Como oportunidad esta la estimación del seguimiento a limpieza y desinfección.

Mapa 4. Comportamiento espacial de Neumonía Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E



La distribución espacial por localidad de los eventos asociados a la mortalidad por neumonía, que según su porcentaje se encuentra por encima de la meta distrital, se encuentra la localidad de Ciudad Bolívar con 2 UPZ ocupando el primero lugar de la Subred, seguido por la localidad de Usme con una UPZ y por último, la localidad de Tunjuelito no se presenta ningún caso. Con respecto a la tasa por UPZ por encima de la meta distrital se presentan San Francisco ocupa el primero lugar, seguido por la UPZ Comuneros en la localidad de Usme y por último la UPZ Jerusalén de la Localidad de Ciudad Bolívar.

La Mortalidad por neumonía en la subred tiene relación con factores asociados a los bajos ingresos de la población, falta de empleo, asociado a condiciones de vivienda, no solo por el material en el cual están construidas, sino además, por el acceso a los servicios públicos, si bien es cierto que en estas UPZ cuentan con estos servicios, la población por factores económicos no pueden acceder a ellas, a lo anterior, se suma que las UPZ que presentan casos son zonas receptoras de población afrodescendiente, desplazados, campesinos y habitante de calle, que construyen sus viviendas en zonas no apropiadas y de manera no legalizadas

Transversal 44 No 51 B 16 Sur
Código postal 110611
www.subredsur.gov.co
Tel.: 4852540 - 4853551

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

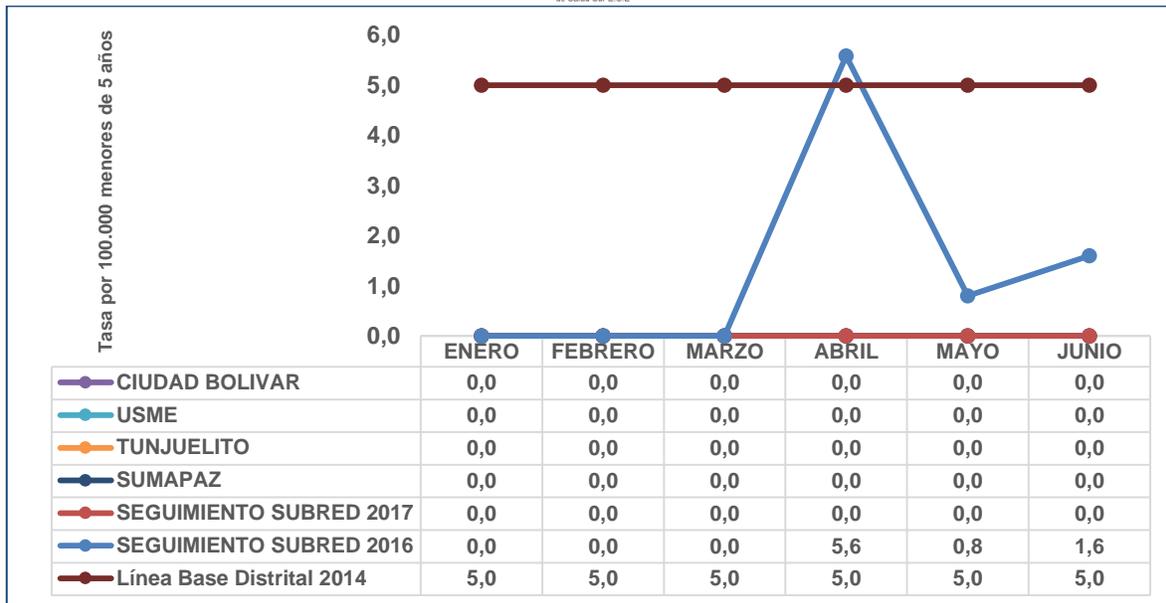
presentando riesgo ambiental, con una alta presencia de vectores y plagas, disposición inadecuada de residuos y una alta delincuencia agudizando la problemática.

1.7. Meta: Reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda, en menores de 5 años por 100,000 menores de 5 años (en relación a la meta distrital 2014)

Corresponde a las muertes de niños menores de cinco años por infección respiratoria aguda – IRA diferente a la neumonía.

En la gráfica 11 se observa que la mortalidad por IRA en menores de cinco años en las localidades de la Subred Sur, disminuyó, pasando de diez defunciones por IRA en menores de cinco años en el primer semestre del año 2016 a cero mortalidades en el mismo periodo del año 2017, con una tasa de 8,0 por 100.000 menores de cinco años en el primer semestre del año 2016; con un comportamiento superior a la línea base distrital 2014 (tasa de 5 por 100.000 menores de cinco años).

Gráfico 11 Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA en Menores de Cinco años, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., comparativo primer semestre, años 2016 - 2017



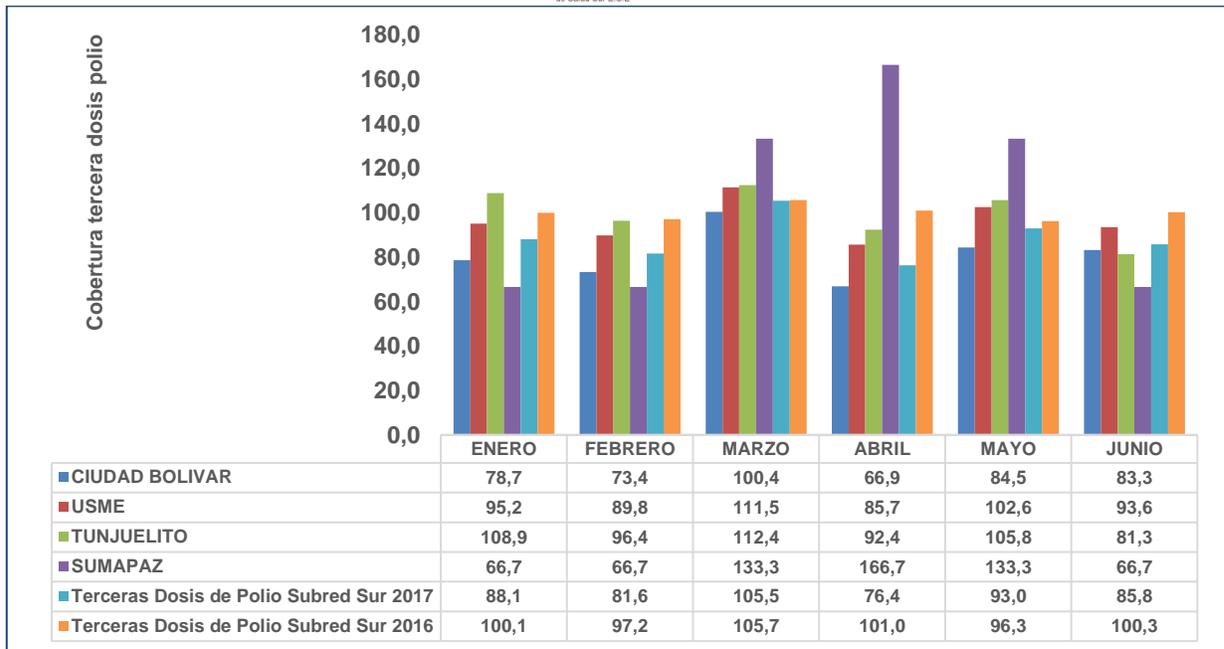
Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017) – 2017 (Enero - junio 2017 RUAF SDS).

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

“Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos”(6) El presente apartado muestra la cobertura de vacunación con los biológicos trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones: terceras dosis de Polio y Triple Viral para niños de un año, en la Subred Sur y en las localidades que la componen, expresada en porcentaje.

Con corte a junio de 2017 la Subred Sur presentó un cumplimiento de 88,4% en terceras dosis de polio, lo cual está por debajo de la meta distrital (95%). En comparación con el primer semestre del año 2016, la cobertura fue de 100,1%, lo cual refleja una disminución en la cobertura de vacunación de polio del 11,7% para respecto al año anterior. Con relación al comportamiento por localidad, se observa que las localidades de Sumapaz (105,6%), Tunjuelito (102,6%) y Usme (99,6%) cumplieron con la meta, la localidad que no logró cumplir con la meta fue Ciudad Bolívar con 81,2%, (ver gráfico 12).

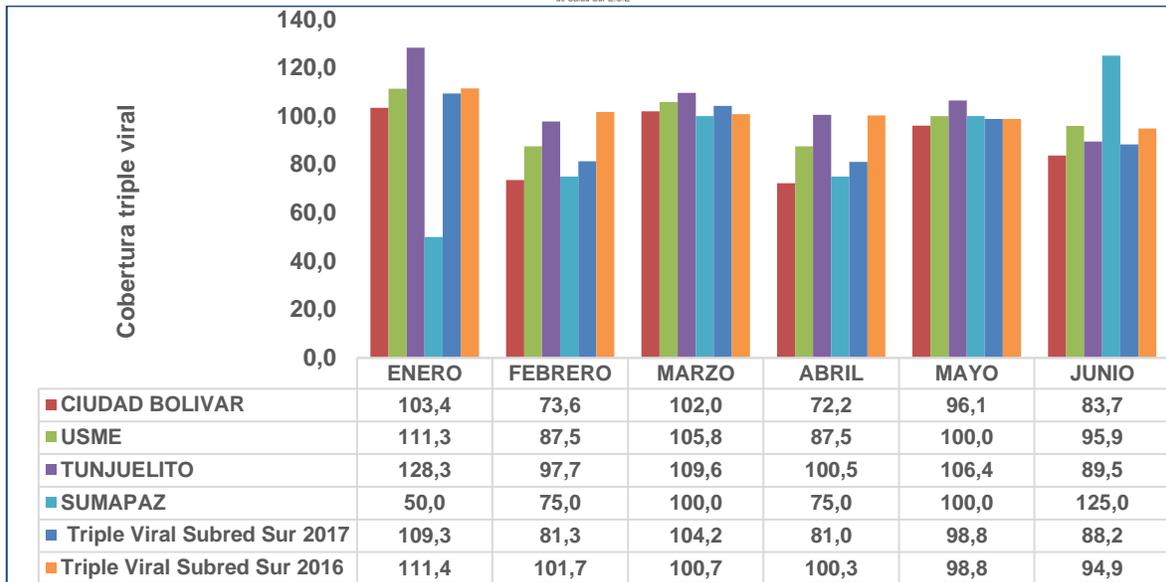
Gráfico 12 Cobertura de vacunación en terceras dosis de polio, Subred Integrada de Servicios de Salud, comparativo primer semestre 2017 – 2016



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud. Tableros de control PAI, enero a junio, años 2016 - 2017. Aplicativo PAI 2.0

Respecto a la cobertura de triple viral la Subred Sur logro un cumplimiento del 93,8%, indicando una cobertura por debajo de la meta distrital (95%); al comparar con el primer semestre del año 2016 (101,3%), se observa una disminución del 7,5% en la cobertura para el año 2017. En cuanto al cumplimiento por localidad se observó que las localidades de Tunjuelito (105%) y Usme (98%) presentaron un cumplimiento satisfactorio para el primer semestre de 2017, mientras que Ciudad Bolívar (88,5%) y Sumapaz (87,5%), presentaron unas coberturas por debajo de la meta planteada en el distrito (95%), (ver gráfico 13).

Gráfico 13 Cobertura de vacunación en triple viral, Subred Integrada de Servicios de Salud, comparativo primer semestre 2017 – 2016



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud. Tableros de control PAI, enero a junio, años 2016 - 2017. Aplicativo PAI 2.0

Análisis de determinantes en Salud

En los determinantes proximales identificados desde el programa ampliado de inmunizaciones, están las condiciones de salud de los usuarios, falsas contraindicaciones y mitos sobre la vacunación, así como creencias culturales, que influyen en la no vacunación de los menores. Como determinantes intermedios se identificaron: debilidades en Acceso a los servicios de salud debido a cambios de afiliación, residencia alejada del centro de atención.

Acciones desarrolladas

Con relación a las acciones desarrolladas durante los meses de abril a julio de 2017, es importante mencionar que en los meses de abril y julio se desarrollaron jornadas de vacunación en las cuatro localidades de la Subred Sur, para el mes de abril de 2017, las jornadas fueron entorno a la logística de la vaca, representativa del programa ampliado de inmunizaciones y para el mes de julio se trabajó con la nueva imagen del programa ampliado de inmunizaciones (avión - pasaporte de la vacunación). A continuación se describe como fue el desarrollo de las acciones por localidad y las jornadas de vacunación de los meses de abril y julio de 2017.

Para la localidad de Usme en las jornadas de vacunación, participaron 13 Unidades de Servicios de Salud (USS) públicas y 4 USS privadas, la instalación del punto de vacunación extramural fue en el parque la Andrea, los puntos de vacunación promocionaron la jornada junto con los demás servicios de salud. En la vigencia abril - Julio 2017, se fortaleció la estrategia de seguimiento a cohortes, permitiendo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

de tal manera que los usuarios lograran la adherencia al servicio de vacunación extramural, donde inicialmente para el año 2016, el 91 % de los usuarios se estaban vacunando en los puntos de vacunación y el 9 % lo hacían directamente en su vivienda por el grupo extramural, para la vigencia el mención el 100% de los usuarios menores de 5 años asisten a los servicios de vacunación para la aplicación de sus vacunas, estrategia que ha permitido optimización de recursos y redireccionamiento de acciones en las demás localidades. Las coberturas a la fecha 31 de Julio para la localidad son superiores al 95% esperado, lo cual ha generado felicitaciones a la localidad y a su equipo de trabajo.

En la localidad Ciudad Bolívar participaron en las jornadas de vacunación 13 Unidades de Servicios de Salud (USS) públicas y 9 USS privadas, se asignaron equipos extramurales para la búsqueda de menores pendientes por completar sus esquemas de vacunación, los puntos de vacunación promocionaron la jornada junto con los demás servicios de salud. Para la vigencia los meses de abril a julio de 2017, la localidad de ciudad Bolívar fortaleció la estrategia de seguimiento a cohortes, destinando un equipo de aproximadamente 12 personas exclusivas para la búsqueda de aquellos menores que aún continúan pendientes por completar sus esquemas de vacunación, sin embargo las coberturas alcanzadas en cuanto a biológicos trazadores, no superan el 95% esperado, razón por la cual se solicita ampliación de recursos, como son: minutos a telefonía celular para la estrategia de seguimiento a través de las bases de datos y aplicativos correspondientes, contratación de talento humano para la asistencia y seguimiento a las USS y exclusividad de los vehículos para quienes realizan la búsqueda de los menores en su lugar de residencia.

En relación a la localidad de Tunjuelito participaron en las jornadas de vacunación 5 Unidades de Servicios de Salud (USS) y 4 USS privadas, con instalación punto de vacunación extramural en centro comercial Ciudad Tunal y portal Tunal, los puntos de vacunación promocionaron la jornada junto con los demás servicios de salud. Para la vigencia abril - Julio 2017, se fortaleció la estrategia de seguimiento a cohortes, permitiendo de tal manera que los usuarios lograran la adherencia al servicio de vacunación intramural, donde inicialmente para el año 2016, el 94 % de los usuarios se estaban vacunando en los puntos de vacunación y el 6 % lo hacían directamente en su vivienda por el grupo extramural, para la vigencia el mención el 100 % de los usuarios menores de 5 años asisten a los servicios de vacunación para la aplicación de sus vacunas, estrategia que ha permitido optimización de recursos y redireccionamiento de acciones en las demás localidades. Las coberturas a la fecha 31 de julio para la localidad son superiores al 95% esperado, lo cual ocasiono felicitaciones a la localidad y su equipo de trabajo. Para esta localidad la propuesta en el segundo semestre 2017 es el mantenimiento de las estrategias implementadas y fortalecimiento del seguimiento en las USS.

Para la localidad de Sumapaz participaron en las jornadas de vacunación dos Unidades de Servicios de Salud (USS) públicas: USS San Juan y USS Nazareth, los puntos de vacunación promocionaron la jornada junto con los demás servicios de salud. Para la vigencia de enero a julio de 2017, la localidad ajusta y mejora el kardex o registró diario de los menores de la localidad y hace seguimiento a sus esquemas de vacunación de manera semanal. Al revisar el censo de los menores residentes se evidencia esquemas de vacunación al día, de acuerdo a las edades, por tanto se propone para el mes de agosto visitas interveredales con alto comisionado para la paz, Integración Social y Alcaldía Local, con el fin de verificar censo de la población y esquemas de vacunación. Es importante mencionar que las coberturas para la localidad superan el 95% en niños mayores de un año, sin embargo para niños menores de un año se debe intensificar búsqueda.

Análisis DOFA

En las debilidades identificadas desde el programa ampliado de inmunizaciones esta la falta contratación de talento humano profesional para el seguimiento y asistencia técnica a los puntos de vacunación. Minutos a celular insuficientes para la estrategia de seguimiento a cohortes.

Como oportunidades está el posicionamiento del programa y el reconocimiento del programa por parte de la comunidad.

En las fortalezas esta la articulación con demás líneas, programas y componentes de salud pública. Talento humano del equipo PAI entrenado, comprometido, con conocimientos y articulado entre sí. Apoyo al programa desde la alta dirección.

Respecto a las amenazas: falta corresponsabilidad por parte de los padres y cuidadores. Poca promoción del programa en medios de comunicación para la población.

DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La dimensión de seguridad Alimentaria y Nutricional busca garantizar el derecho a la Alimentación sana con equidad, con énfasis al momento del curso de vida en la

primera infancia, través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transectorial, con el fin de asegurar la salud de la población infantil.

Momento de curso de vida primera infancia (0 a 5 años y gestantes)

A fin de dar cumplimiento a la meta distrital de erradicación de mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años; la secretaria de Salud, desde cada una de las localidades y Subredes Integradas en Salud realiza seguimiento y monitoreo de a seis indicadores como son; Tasa de mortalidad en menores de 5 años por DNT, Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer y Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, con edad gestacional a término. A continuación detalla el comportamiento de los indicadores en el primer semestre del año 2017 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

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

La mortalidad por desnutrición (DNT) en menores de 5 años corresponde al número de muertes de niños menores de 5 años por cada 100.000 niños de estas edades, cuya causa o causas de muerte incluyan desnutrición proteico-calórica y/o deficiencia nutricional. Se excluye de esta clasificación las muertes en las que la desnutrición se presenta como una patología secundaria. La meta del Distrito es erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019.

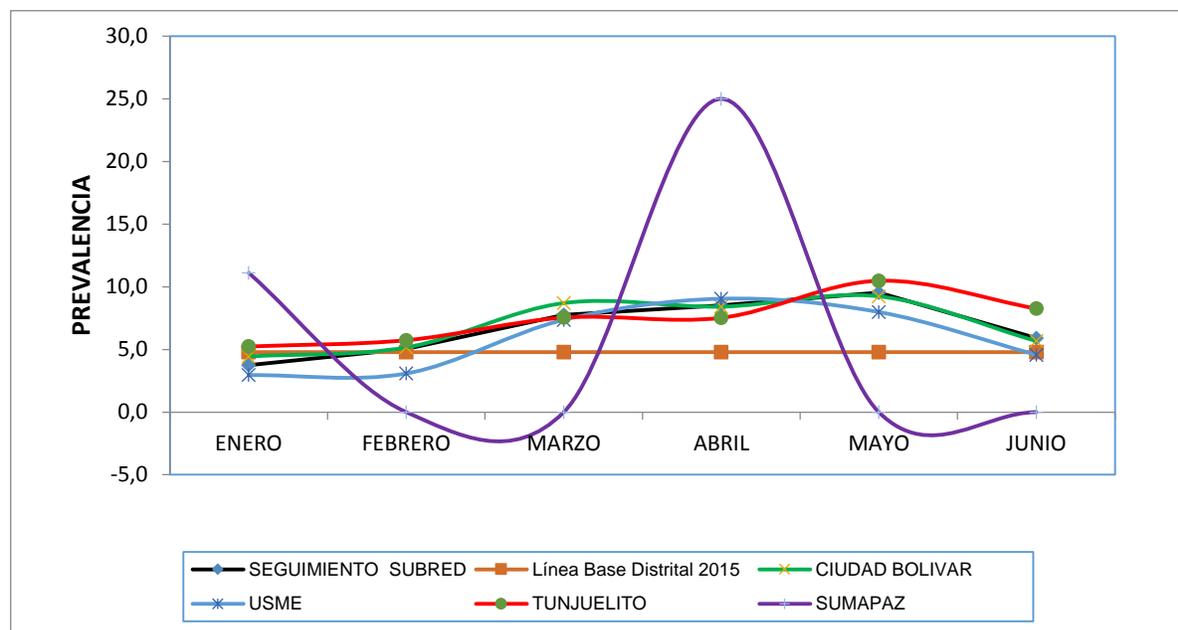
Para el primer semestre del 2017 en la Subred Sur no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición, con una tendencia decreciente respecto al año anterior pasando de 1,6 a 0,0 en la tasa de mortalidad. El comportamiento del indicador se debe en gran medida al fortalecimiento de las estrategias desde el PIC y el POS a nivel local e intersectorial en pro de la reducción de la desnutrición, lo que ha generado mayor cobertura que redundo en mayor acceso de la población vulnerable a programas que contribuyen a la seguridad alimentaria.

1.9.1 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años

La desnutrición global indica la proporción de niños menores de 5 años con peso para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar, en relación con el número total

de niños notificados al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional- SISVAN, para el primer semestre del 2017 la prevalencia de desnutrición global de la Subred Sur fue de 7,3% con un total de 1.051 casos; en comparación con el primer semestre del 2016 (7,7% (n=1220casos)) presenta una tendencia decreciente.

Gráfico 14 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.



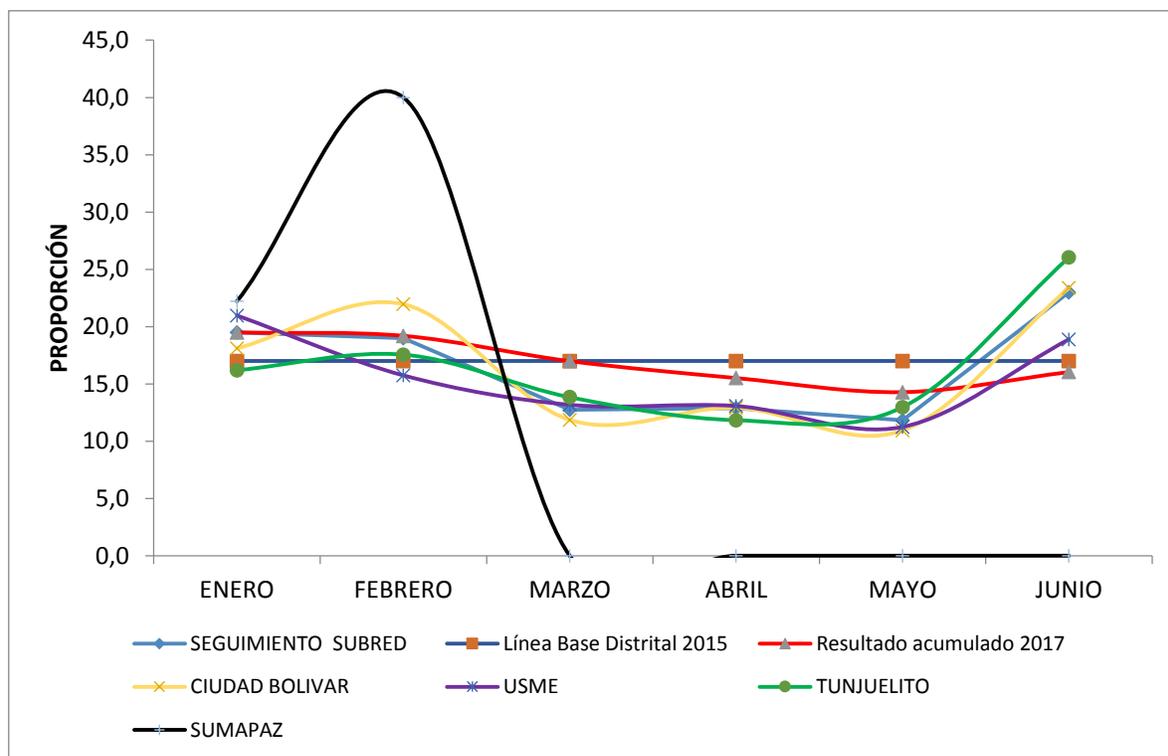
Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares, Actualizado Julio 2017

La localidad con mayor prevalencia de desnutrición en el primer semestre del 2017 fue Tunjuelito (8,4%), en segundo lugar se ubica Ciudad Bolívar (7,4%) y en tercer lugar Usme (6%). El comportamiento en la prevalencia de DNT Global en la Subred y sus localidades sobrepasan la línea base distrital, (ver gráfico 14).

1.9.2 Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años

Según el glosario de términos sobre desnutrición de la UNICEF, la desnutrición crónica es considerada como el retardo de altura para la edad (A/E). En el primer semestre del año 2017 en la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E fueron notificados al subsistema de SISVAN 14.391 menores de 5 años, de los cuales el 16% (n=2.307) los cuales fueron identificados con diagnóstico de déficit de talla para la edad, para este periodo de tiempo la Subred no logró dar cumplimiento a la meta distrital, la cual es reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.

Gráfico 15 Prevalencia de desnutrición Crónica en menores de 5 años, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares, Actualizado Julio 2017

Al comparar el comportamiento de la prevalencia de desnutrición crónica de la Subred en el periodo enero a junio entre 2016 y 2017 se observa una tendencia decreciente de 24,3% a 16%.

Con relación al comportamiento por Localidad, Ciudad Bolívar aportó con 7.187 casos notificados, de los cuales 16,3% de la población se identificó con desnutrición crónica, las UPZ con mayor prevalencia Son San Francisco, Jerusalém, Mochuelo, Arborizadora y UPR Río Tunjuelito. En la Localidad de Usme se notificaron 3693 menores de 5 años donde el 15,4% de los casos presentaron DNT crónica, la UPR Río Tunjuelo y UPZ Parque Entrenubes presentan una prevalencia de 55,6% y 25,0% respectivamente. En Tunjuelito la prevalencia de desnutrición crónica fue 16,2%, donde la UPZ Venecia concentra el mayor número de casos en esta localidad. La localidad de Sumapaz aporta el menor número de casos en relación a las demás localidades, sin embargo es la localidad con la mayor prevalencia de DNT crónica (81,7%) superando el indicador de la Subred Sur, (ver gráfico 15).

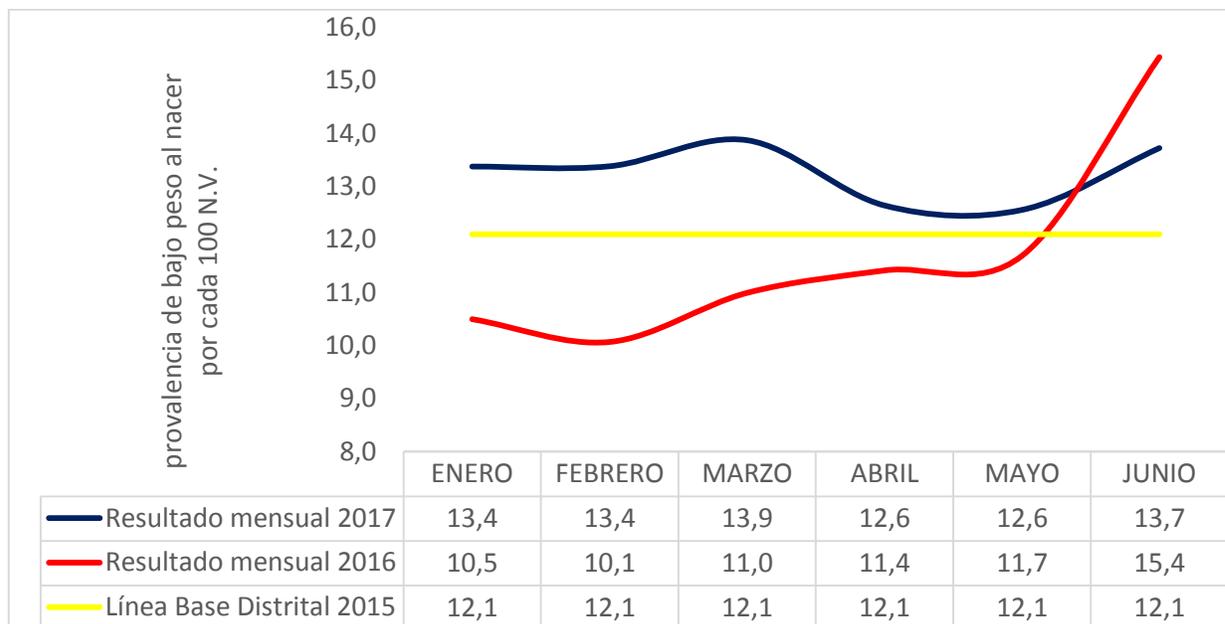
1.9.3 Bajo Peso Al Nacer

La Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (PBPN) es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 100 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Este indicador es considerado uno de los más importantes para evaluar la calidad de vida de la población y bajo la misma perspectiva, se considera un eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal, de otras patologías del período neonatal y problemas de salud en el primer año de vida.

El bajo peso al nacer, puede tener las siguientes clasificaciones: Bajo peso al nacer: recién nacido con peso menor de 2500 gramos, muy bajo peso al nacer: recién nacido con peso menor a 1500 gramos y hasta 1000 gramos, extremadamente muy bajo peso al nacer: recién nacido con peso inferior a 1000 gramos.

Gráfico 16 Prevalencia Bajo Peso al Nacer, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur.



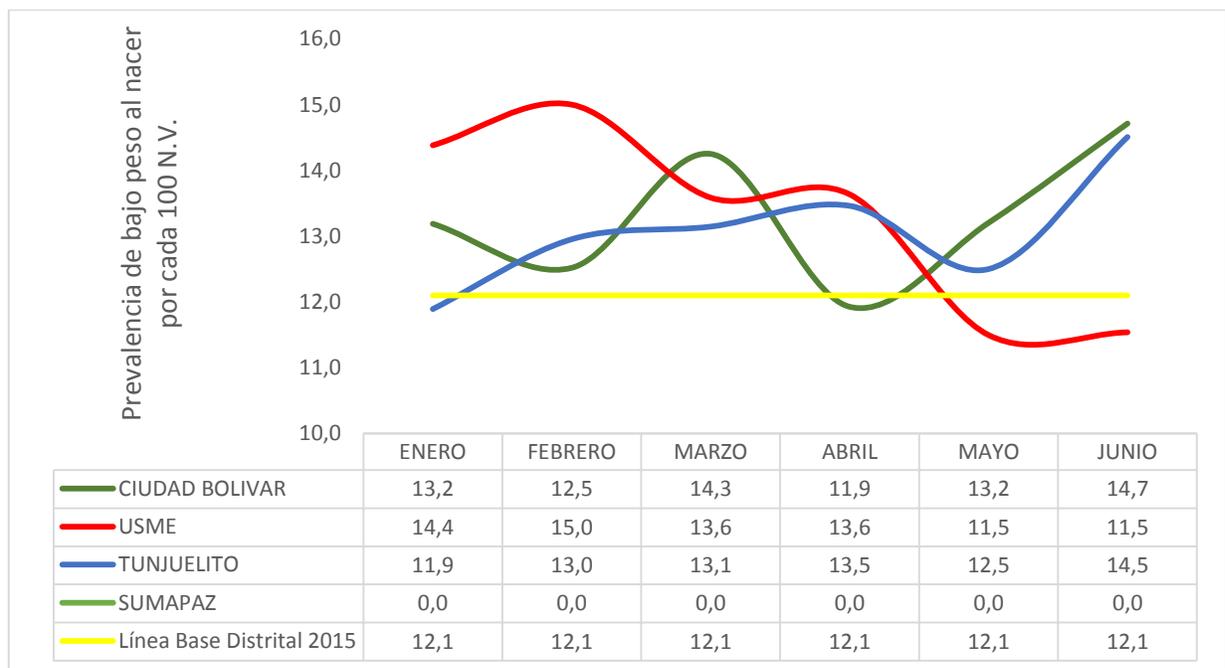
Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares, Actualizado Julio 2017

La prevalencia del bajo peso al nacer acumulado al mes de junio de 2017 fue de 13,3% para la Subred, en comparación con 11,7% obtenido el mismo periodo del año 2016, evidencia un incremento de 1,6%. Con relación a la línea base distrital la Subred se ubica por encima, con una diferencia de 1,2%. Dichos datos evidencian una tendencia negativa en cuanto el indicador teniendo en lo corrido del año

teniendo en cuenta que los datos mensuales son relativamente estables a deferencia de lo registrado el año anterior.

El comportamiento del indicador al interior de las diferentes localidades es bastante irregular en los diferentes meses se puede observar que Usme inicio el año con prevalencias muy altas las cuales han disminuidos en los últimos meses, ubicándolo por debajo de la meta distrital en mayo y junio, caso opuesto a Ciudad Bolívar que inicio el año de manera positiva pero ha incrementado la ocurrencia de casos hasta encontrar su punto más alto en el mes de junio. Por su parte Tunjuelito a presentando datos relativamente más estables siempre por encima de la meta distrital, excepto en el mes de abril, (ver gráfico 16).

Gráfico 17 Prevalencia Bajo Peso al Nacer, por localidad, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares, Actualizado Julio 2017

Teniendo en cuenta lo anterior, como es de esperarse, las prevalencias acumuladas a junio por localidad se encuentra por encima de la meta distrital, siendo muy similares a pesar del diferente comportamiento mes a mes, registrando los siguientes datos: Ciudad bolívar un 13.4%, Usme 13.3% y Tunjuelito 13.1%, la localidad de Sumapaz no presenta casos hasta la fecha revisada, (ver gráfico 17).

Al observar el comportamiento al interior de las localidades, se puede observar que hay UPZ que aportan en mayor medida a este indicador, en Ciudad Bolívar, San



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Francisco, Ismael Perdomo y Lucero, con prevalencias acumuladas de 17.6%, 14.7% y 14.6% respectivamente son la de mayor incidencia de casos, contrastando con otras como Arborizadora y Jerusalem con 9.6% y 5.1%. Es importante resaltar el comportamiento de las UPZ Monteblanco y Mochuelo las cuales cuentan con poca población, además de presentan las condiciones más desfavorables de la localidad, en donde Mochuelo de 12 nacimientos registrados 11 presentaron bajo peso para una prevalencia de 91.7% y Mochuelo que de sus 36 nacidos vivos 13 contaron con este evento para una prevalencia de 36.1%, resaltando las carencias y características socioeconómicas relacionadas con este indicador, como población sumamente vulnerable, riesgos ambientales como el relleno doña Juana, así como ladrilleras, abandono estatal, pobreza extrema, déficit en vías de acceso, entre otros factores.

La localidad de Usme evidencia un comportamiento similar evidenciando que la UPZ de mayor vulnerabilidad, La Flora, es igualmente por mucho, la de la prevalencia más alta en la localidad con un 29.2%, dicho sector presenta como principales características, dificultades de acceso, poca oferta institucional, pobreza extrema y dificultades ambientales. Las UPZ Comuneros y Danubio presentan prevalencias de 15.9% y 13.8% respectivamente, por último, Gran Yomasa y Alfonso López presentan los datos más bajos con 10.5 cada uno. Llama la atención que Gran Yomasa con la gran mayoría de población de la localidad ubicada allí, presente una de los datos más bajos, hecho que puede estar relacionado con ser el sector de mejor condición socioeconómica de la localidad, así como la de mayor oferta institucional y de acceso, factores que pueden favorecer dichos datos.

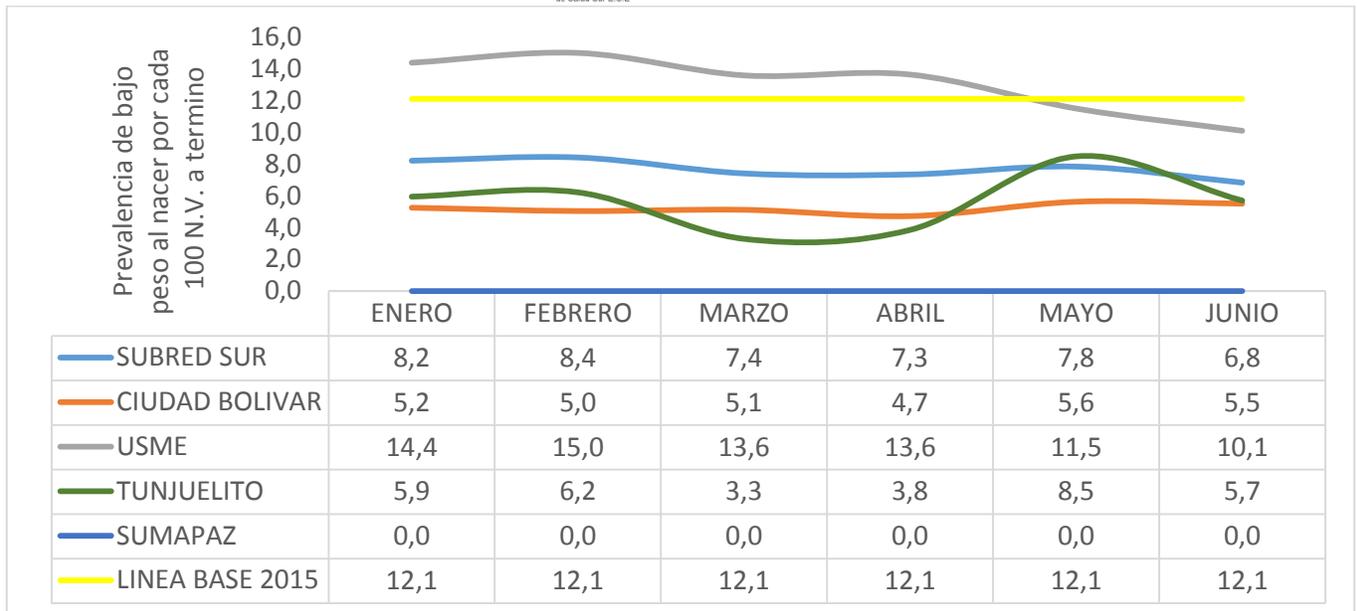
1.9.4 Bajo Peso Al Nacer A Término

Este indicador se entiende como el número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer, con edad gestacional a término (37 o más semanas de gestación). En la Subred sur el dato acumulado general se encuentra muy por debajo de la meta distrital con un 7.7%, en cuanto al comportamiento mensual el dato es relativamente estable con una tendencia a la baja, excepto por el mes mayo donde presento un leve incremento. Con relación al comportamiento por parte de las diferentes localidades Usme presenta un dato acumulado de 13%, única localidad por encima de la meta distrital, aunque es importante mencionar la tendencia a la baja en especial en los 2 últimos meses con datos por debajo de la meta establecida, (ver gráfico 18).

Gráfico 18 Prevalencia Bajo Peso al Nacer a término, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E



Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares, Actualizado Julio 2017

Tunjuelito por su parte con datos variables con picos positivos y negativos cuenta con una prevalencia del 5.6% siempre por debajo del dato distrital, caso similar ocurre con Ciudad Bolívar que con un dato general del 5.2% ha presentado un comportamiento estable en todo el primer semestre del año 2017. Nuevamente no se tienen casos en la localidad de Sumapaz para el presente año.

Análisis de Determinantes en Salud en Desnutrición (Aguda, crónica y global) y bajo peso al nacer

Desde el componente de análisis y gestión de conocimiento la Subred Sur implemento la mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional integrada por profesionales de espacios vida cotidiana, programas, gobernanza y representante de servicios de riesgo individual (asistencial), donde se logró realizar unidades de análisis en determinantes en Salud en desnutrición (Aguda, crónica y global) y bajo peso al nacer.

Múltiples factores marcan la dimensión social del comportamiento alimentario. Al margen de los condicionantes socioeconómicos (poder adquisitivo, accesibilidad a los productos, el propio sistema productivo, etc.) la pobreza y la desigualdad en el consumo alimentario, o la polarización social entre una población rica que controla el acceso a los recursos socioeconómicos y una población empobrecida con enormes, o nulas, dificultades de acceso a dichos recursos determinan con claridad las situaciones de subnutrición y las de sobrealimentación.(7) De acuerdo al índice de desigualdad 2013 para Bogotá, se observa para el año 2011 Teusaquillo tenía



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

un nivel de ingresos per cápita que representa 9,23 veces el ingreso de Ciudad Bolívar, o 9,22 veces de Usme y 6,00 Tunjuelito; evidenciando los máximos niveles desigualdad de ingresos de la subred Sur se encuentra en las localidades Ciudad Bolívar y Usme tiene un nivel bajo de ingresos (\$ 353.195,74 y 353.339,10 respectivamente); con coeficientes de Gini también bajos (0,380 y 0,393)(8).

Otro factor son los condicionantes socio afectivos (la convivencia familiar, las amistades, los/as compañeros/as y las redes sociales), los condicionantes socio laborales (horarios de trabajo, comidas de negocios, congresos y reuniones, etc.), y los condicionantes psicosociales (necesidades de seguridad, equilibrio y bienestar, necesidades de hospitalidad y de estima social, etc.). Asimismo podríamos considerar los condicionantes publicitarios; la combinación publicitaria de formas, colores, olores y sabores de los alimentos con música y actitudes vitales de distinto tipo conforma y configura diferentes hábitos alimentarios y de consumo. Y es fácil constatar que el atractivo psicológico y social de los alimentos impulsado por las modas con frecuencia no guarda relación con su calidad nutritiva.(7)

Al interior de las familias de la subred sur se han identificado que el estado nutricional de la población menor de 5 años está relacionado con el estado nutricional de la madre antes del nacimiento, se identifican otros factores que influyen como el estrés, la edad y la parte emocional y psicológica, la inmadurez o envejecimiento reproductivo y las redes de apoyo conyugal, familiar y comunitarios, así como factores asociados en los hábitos y estilos de vida poco saludables (fumar, consumo SPA, alcohol...) y las enfermedades antes y durante el embarazo (preeclampsia, eclampsia, infección vaginal...), amenazas de parto pretérmino, y periodo intergenésico corto que también pueden ocasionar bajo peso al nacer. Y que puede asociado al bajo nivel educativo de las madres no logran reconocer la de la magnitud de la problemática, justificada en respuestas como “el niño mayor también presento desnutrición y/o bajo peso y no le paso nada”, contribuyendo a una despreocupación aprendida en la crianza y cuidado con el menor. Frente a los factores psicológicos y sociales de la mujer residente en las localidades de la subred sur están relacionados con la decisión y aceptación del embarazo frente a si fue o no planeado por parte de la mujer, lo cual incide en las probabilidades de que su hijo nazca en las mejores condiciones y en la adherencia a los servicios de salud. Otro factor relevante es el apoyo de su pareja y de su familia.

Con relación a las practicas después del nacimiento se idéntica en algunas familias deficiente lactancia materna e imaginarios y práctica de alimentación como el inicio prematuro de alimentación complementario donde las madres introducen alimentos sólidos demasiado temprano y la dieta de los niños y niñas tiende a no estar bien equilibrada, no apropiada para la edad y carecen de los micronutrientes y complementos vitamínicos vitales para el niño o niña. Otros factores son culturales, donde los hábitos alimentarios familiares, están ligados a los aspectos culturales

de una determinada región o país, que tienen unas costumbres y tradiciones alimentarias propias (alimentos, recetas típicas, horarios de comida, comportamiento en la mesa, creencias religiosas e ideológicas. En algunas viviendas se identificó problemas de higiene y saneamiento en el hogar, lo que resulta fundamental para evitar la diarrea y otras enfermedades, asociado a ello en las zonas rurales de las localidades la barrera principal es el acceso a agua potable.

La desnutrición aumenta el riesgo de contraer enfermedades, y frena el crecimiento y el desarrollo físico e intelectual del niño; provoca un retraso físico y mental. Al limitar su capacidad intelectual y cognitiva afecta a su rendimiento escolar y a la adquisición de habilidades para la vida. En el caso de las niñas, la desnutrición crónica puede causar que en el futuro sus hijos tengan bajo peso al nacer, perpetuando la desnutrición de generación en generación convirtiéndose en un serio obstáculo al desarrollo y a su sostenibilidad de un país.(9)

Dentro de las acciones de intervención en los espacios de Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional de cada una de las localidades que conforman la Subred Sur ESE se ha dado cumplimiento con las actividades puestas en el plan de acción, con especial atención en la disponibilidad, el abastecimiento y el acceso a los alimentos, involucrando a diferentes sectores sociales que inciden en problema de la alimentación, incluidas las organización comunitarias.

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

La lactancia materna es considerada la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, además, reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades(10). De enero a junio del 2017 la mediana de lactancia materna fue de 4,6 meses para la Subred Sur, lo cual indica un comportamiento satisfactorio en relación a la meta distrital (4 meses), al comparar con la Línea base distrital de 2015 (3 meses), la Subred Sur se ubica por encima un mes.

Tabla 1 Mediana de meses de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses, por localidad enero a junio 2017, Subred Sur.

Seguimiento Subred	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
--------------------	-------	---------	-------	-------	------	-------



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Resultado mensual	3,4	3,9	3,9	3,3	4,3	4,6
Ciudad Bolívar	3,9	4,3	4,0	4,0	4,0	5,9
Usme	4,6	4,4	4,5	4,0	5,0	4,9
Tunjuelito	3,9	3,5	3,5	4,0	4,0	3,0
Sumapaz	1,3	3,4	3,5	1,0	4,0	SD

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Base de datos de notificación SIVIGILA

Respecto al comportamiento mensual por Localidad en Ciudad Bolívar se observa un comportamiento ascendente donde la media más alta se presentó en el mes de junio. Para la localidad de Tunjuelito tiene un comportamiento irregular presentando la media baja a 3,0 meses en el mes de junio gran variación. La mediana de lactancia materna para la localidad de Sumapaz no logra dar cumplimiento a la meta distrital, situación que se da por la inadecuada captura del dato y/o ausencia en la notificación por parte de las UPGD, contexto que limita la confiabilidad del indicador en esta localidad.

En el espacio de análisis se identificó algunos determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud en los indicadores de lactancia materna. Entre los estructurales se encuentran el arraigo cultural, tradiciones transmitidas de generación en generación que no permiten la lactancia materna exclusiva y/o la complementaria. Dependiendo de la región de proveniencia o en algunos casos la pertenencia a comunidades étnicas ya sea indígenas, afrodescendientes, gitanas, palenqueros y/o raizales, se tienen diversas concepciones y tabúes frente al tema.

En cuanto a los determinantes intermedios de la salud se considera que la notificación al SISVAN que realizan las diferentes UPGD de las localidades, presenta inconsistencias y fallas en la calidad del dato. Se considera la influencia de la familia tanto en el tema de lactancia materna como de nutrición infantil. Como se decía anteriormente, existen creencias culturales a nivel de determinantes estructurales de la salud que condicionan los procesos de alimentación madre e hijo, sin embargo las familias influyen en el tiempo y forma de lactar a los hijos, convirtiéndose en una barrera para la adecuada nutrición de los menores. Un factor positivo en los determinantes intermedios para la Subred Sur donde se cuenta con accesibilidad en las diferentes redes de apoyo a la lactancia materna

En cuanto a los determinantes proximales se indica que las madres no cuentan con la educación pertinente para lactar y aportar una nutrición adecuada a sus hijos, además de las atenciones y cuidados necesarios. Un factor incidente en algunas familias está asociado a la “pereza y descuido” de las madres frente al cuidado de sus hijos. Influenciado por los medios de comunicación y oportunidad en los tiempos de atención y cuidado de la familia donde algunas madres prefieren comidas rápidas dejando de lado alimentos de importancia nutricional. Otro factor son los imaginarios de la madre donde la lactancia materna es vista como una forma de “esclavitud”

frente al hijo, dada la dependencia filial. Desde las intervenciones en vivienda algunas madres manifiestan desconocimiento de la alimentación de sus hijos durante la semana dado que asisten a jardines infantiles y HCB, otros aspectos evidenciados es el desapego emocional que ocasiona negligencia e invisibilizan las necesidades tanto afectivas como fisiológicas de los hijos.

Acciones de Respuesta

Durante el primer semestre del año, desde los diferentes componentes de Salud pública de la Subred Sur se han realizado acciones en pro del cumplimiento de la meta relacionado con la erradicación de la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019, las cuales se registran en el proyecto 1186 atención integral en salud.

Desde el componente de gobernanza se trabajó en la divulgación y articulación de la ruta de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en los espacios así como la preparación para la gestión de la activación de la ruta de atención para menores con desnutrición según se requiera.

Por su parte el equipo de vigilancia epidemiológica desde el subsistema SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) trabaja en el fortalecimiento de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), ubicadas en las diferentes localidades de la Subred y que se encargan de la notificación de niñas y niños menores de 5 años, gestantes y recién nacidos, con el fin de realizar la vigilancia de los indicadores nutricionales (Desnutrición aguda, crónica y global, Bajo peso para edad gestación, bajo peso al nacer y mortalidad por o asociada a desnutrición) para la caracterización y activación de rutas a servicios de salud y otros sectores. Adicionalmente se realiza las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) a recién nacidos bajo peso, menores de 5 años con desnutrición y gestantes bajo peso.

El espacio de vivienda a la fecha ha realizado 1884 intervenciones colectivas (1080 ciudad bolívar, 537 en Usme y 267 en Tunjuelito) y 118 seguimientos a familias con casos de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años reportados por el SISVAN y otros sectores (54 en Usme, 55 en ciudad bolívar y 9 en Tunjuelito), 7 familias con identificación y canalización de casos de desnutrición aguda captados para activación de rutas(6 Usme y 1 Tunjuelito), 7 niños y niñas con desnutrición aguda con atención de servicios de salud y tratamiento médico y nutricional (6 Usme y 1 Tunjuelito). A la fecha no se cuenta con acciones en niños y niñas con recuperación de la condición de desnutrición aguda, ni familias con seguimiento de casos de gestantes de bajo peso reportadas por el SISVAN y otros sectores.



350 Familias han recibido la implementación de la Estrategia AIEPI (54 Usme, 290 Ciudad Bolívar y 6 Tunjuelito), así como 73 madres comunitarias con educación en signos y síntomas de la desnutrición aguda, hogares comunitarios con talleres de preparación de alimentos y madres comunitarias con educación en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna, distribuidos en 10 acciones en localidad de Usme, 48 en Ciudad Bolívar y 15 en Tunjuelito.

Según información del módulo SIRC, se ha identificado y gestionado en los diferentes espacios de vida cotidiana la activación de ruta de infancia para 1 menor de 5 años con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición en la localidad de Tunjuelito.

Programas y acciones de interés en salud pública realizó el seguimiento y la atención de 1 menor con activación de ruta con atención a la desnutrición aguda moderada y severa, así como con recuperación del estado nutricional y remisión a otros sectores. Se realizó caracterización de 51 Instituciones Prestadoras de salud en la Subred, 18 en Usme, 21 en Ciudad Bolívar y 12 en Tunjuelito, de las cuales se priorizaron las 51, de éstas 18 cuentan con plan integral para la operación de programas y acciones de interés en salud pública en donde se incluye la estrategia IAMI y el seguimiento a la implementación de la resolución 5406 de 2015 para la atención de la desnutrición aguda, 16 pertenecientes a la localidad de Usme y 1 para la localidad de Ciudad Bolívar y Tunjuelito.

Desde el espacio educativo, se ha conseguido vincular y desarrollar el plan de acción en 65 colegios, se desarrolla módulo de transformación cultural DISFRUTARTE en 2 colegios con 22 personas, orientada hacia el desarrollo de círculos conversacionales reflexivos y críticos alrededor de la construcción y resignificación de las prácticas de alimentación saludable, actividad física, uso adecuado del tiempo libre, auto percepción corporal, estrategias de comunicación asertiva y la importancia de moverse; para cerrar el proceso se realiza socialización de informe en 1 instituciones educativas. Por otra parte, 1 instituciones educativas con estrategias de reducción de ambientes obesogénicos con restricción de publicidad de productos poco saludables; Además, 1 colegios con avance en la implementación de la resolución 2092 de 2015, de los cuales 1 han conformado el comité de tienda escolar, 8 cuentan con plan de acción concertado, 8 implementan el día saludable, 0 se encuentran postulados para certificación de tienda escolar saludable. No se identifican casos en menores de 5 años con desnutrición aguda

Respecto a las acciones en Salud pública que dan respuesta a aumentar la lactancia materna exclusiva, en la población menor de seis meses; desde la gestión de programas y acciones de interés en salud pública en la Subred Sur se realizó la caracterización de 39 IPS de las cuales se priorizan 39, de estas 1 cuentan con plan integral en donde se incluye capacitación en la estrategia Instituciones Amigas de

la Mujer y la Infancia -IAMI integral y Salas de extracción de leche materna, fortaleciendo la promoción de la práctica de lactancia materna exclusiva en las IPS priorizadas.

En la subred Sur desde el espacio vivienda, se han identificado familias, con niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva, en la cuales se han concertado planes familiares e implementado seguimientos con énfasis en promoción de la lactancia materna. Otras acciones se enfocaron a madres comunitarias con educación en temas relacionados con alimentación infantil saludable y lactancia materna haciendo énfasis en la promoción de la lactancia Materna con familias que tengan menores de 5 años, con DNT Aguda y bajo peso. Canalización y activación de rutas a programas de apoyo para gestantes y menores de 5 años, promoción de derechos y deberes a madres y padres frente a Lactancia materna, promoción de las técnicas correctas de la lactancia materna y su duración, así como la estimulación oportuna. Desde el espacio educativo en el primer semestre se realizó encuentro con un grupo prioritarios de gestantes y lactantes realizando acciones de promoción de la lactancia materna

Análisis DOFA

A partir de la intervención con familias desde los diferentes espacios, programas y componentes se identificaron como debilidades el bajo rendimiento de las familias afectadas (DNT), otro factor se relaciona con el retorno laboral de madres lactantes lo cual incide en el cuidado de los menores; así como la resistencia de acciones positivas que favorezcan la lactancia materna al interior de las familias y barreras de aseguramiento en salud dado por temas de aseguramiento y tramitología para el requerimiento de servicios especializados, sumado a ello las barreras geográficas y de desplazamiento a otras localidades para el acceso para la atención en salud en especial las familias con régimen contributivo.

Frente a las oportunidades las familias en general reconocen la importancia de la lactancia materna, conocen cuales son las prácticas de almacenamiento y conservación de la leche materna. Algunas de familias intervenidas cuentan con condiciones económicas y sociales que posibilitan la lactancia materna permitiendo la generación del vínculo afectivo y de comunicación madre-hijo. Dentro de las fortalezas a nivel local se cuenta con redes de apoyo que promueven la lactancia materna, de igual forma desde los servicios asistenciales y el PIC se realiza posicionamiento de la política a nivel interinstitucional e intersectorial, y se implementan estrategias de promoción de la lactancia materna. Desde el componente de vigilancia se desarrollan acciones para el monitoreo del indicador que permiten y refuerzan esta práctica como protectora de la infancia



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

En cuanto a la amenazas se encuentra el rechazo a la atención por parte de las familias a los equipos de Salud justificado en el imaginario “les quitan los hijos”; otro factor es el inicio temprano de alimentación complementaria justificado por prácticas culturales o tradicionales que promueven la inclusión de alimento o preparaciones que interrumpen la lactancia materna.

DIMENSIÓN TRASVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

La presente dimensión se enfoca en las poblaciones más vulnerables, donde se incluyen los niños y las niñas, y su derecho fundamental a la salud sin importar sus condiciones económicas y sociales, el cual se afecta especialmente en países con

Transversal 44 No 51 B 16 Sur
Código postal 110611
www.subredsur.gov.co
Tel.: 4852540 - 4853551

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

ingresos medios y bajos. En consecuencia la presente dimensión busca orientar las políticas y estrategias en pro de disminuir las desigualdades, en este tema el Gobierno Nacional garantiza el reconocimiento de las diferencias sociales, derivando en la creación de medidas a favor de quienes se encuentran en mayor desventaja o vulnerabilidad.

El componente específico de la dimensión relacionado en el actual documento se refiere al **desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes**, reconociéndolos como sujetos de derechos, en el marco de la ley 1098 de 2006, generando que tanto en el Plan Decenal de Salud Pública, como en otros actores intersectoriales implicados en el abordaje de los determinantes en salud, aseguren la generación de condiciones para el desarrollo integral de los menores, teniendo en cuenta que esta etapa de la vida, se entienda como las bases para el desarrollo de habilidades, capacidades y potencialidades, ligadas estrechamente con el desarrollo de una sociedad.

Las metas establecidas desde el Plan De Distrital De Desarrollo: Bogotá Mejor Para Todos 2012-016, se definen las siguientes metas para ser desarrolladas dentro de la presente dimensión:

- Meta: A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos. (Tasa de mortalidad infantil)
- Meta: Reducir a 2020 la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos. (Tasa de mortalidad en menores de 5 años)

A continuación se realizara un informe del comportamiento de dichos indicadores en la Subred Sur y en las localidades que lo componen, comparando el comportamiento de los primeros 6 meses de los años 2016 y 2017

Momento de curso de vida primera infancia (0 a 5 años y gestantes)

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

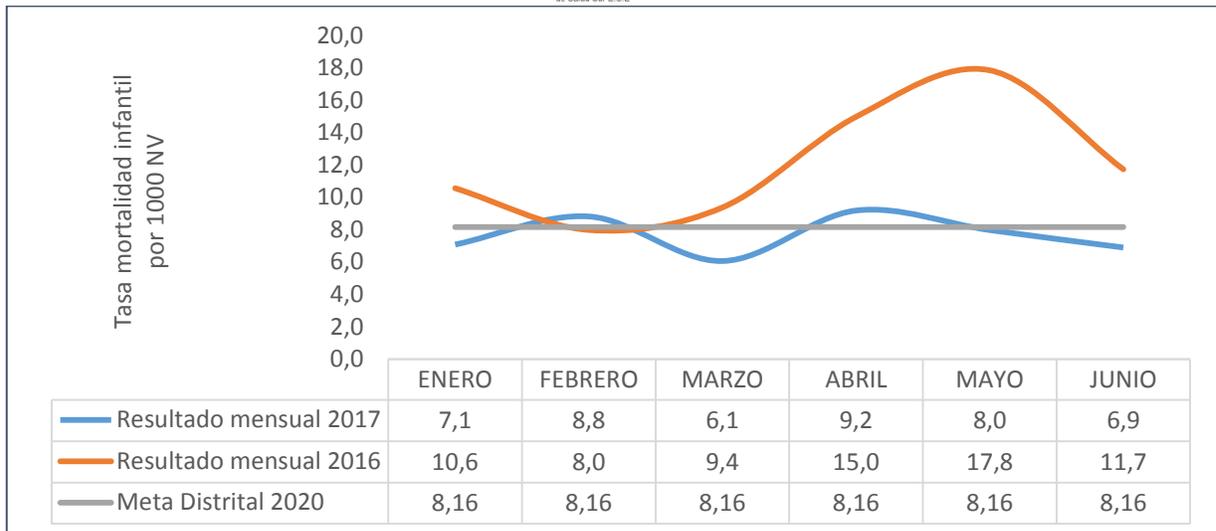
Mortalidad infantil es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. Las metas del PTS para este evento son: a 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos, y reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital.

Tomando como corte al mes de junio de 2017, las localidades de la Subred Sur presentaron 65 casos, dato mucho menor a los 116 casos registrados en el mismo periodo del año anterior, lo que representa una disminución del 44%.

Gráfico 19 Tasa de mortalidad infantil, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur



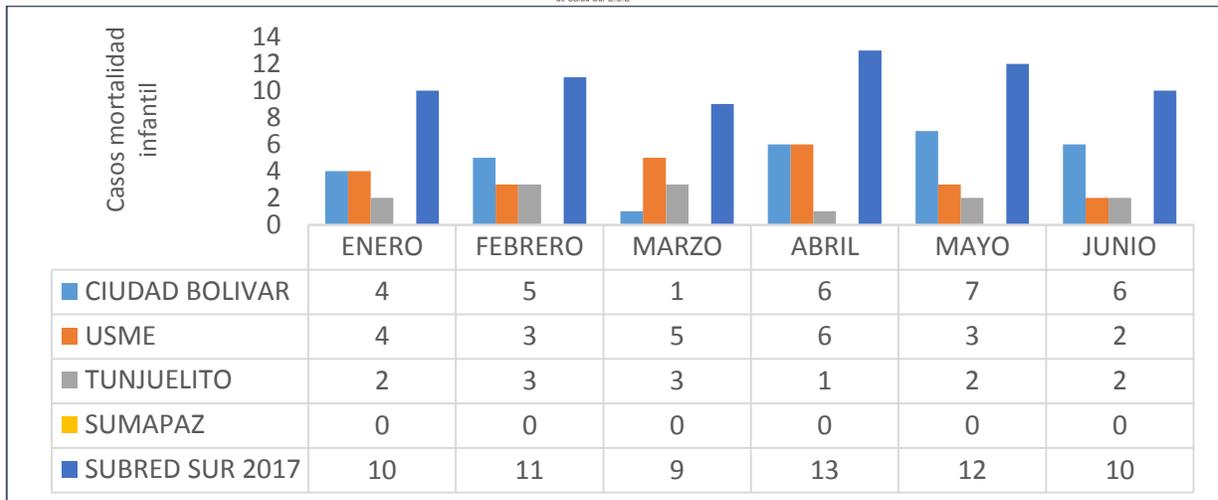
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS)

Con relación a las tasas observadas para el periodo enero a junio de 2017 el dato obtenido es de 7.6 por cada 1.000 nacidos vivos, el cual es muy inferior al visto en el mismo periodo 2016 que llegó a un 12.1. En cuanto al comportamiento mes a mes durante el presente año, los datos han sido relativamente estables, encontrándose por debajo de la meta distrital en los meses de enero, marzo, mayo y junio, comportamiento muy diferente al visto en 2016, con un comportamiento muy irregular evidenciando un incremento a partir de marzo con el pico más alto en mayo de 2016, Adicionalmente tan solo - en el mes de febrero se superó la meta establecida, (ver gráfico 19).

Gráfico 20 Casos de mortalidad infantil, enero a junio 2017, por localidad, Subred Sur.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS)

En el gráfico 20 se observa que durante el primer semestre de 2017 la localidad de Ciudad Bolívar aportó el 44.6% de los eventos de la subred, representando en 29 casos, menos de la mitad de los 67 presentados en el mismo periodo del año anterior, lo que representa una disminución del 56.7%. Al observar la distribución al interior de la localidad, las UPZ que presentaron casos fueron: Lucero (12 casos, 41.4%), San Francisco (6 casos, 20.7%), Ismael Perdomo y Jerusalén (5 casos, 17.2% c/u) y la UPZ Río Tunjuelo con 1 caso (3.4%). Es importante mencionar que UPZ como Tesoro y Arborizadora a pesar de tener una importante cantidad de nacidos vivos no presenta casos a diferencia de lo observado el año anterior.

Por su parte, la localidad de Usme con sus 23 eventos, aporta un 35.4% de los casos de la subred, dato que al comparar con los 35 menores del mismo periodo del año anterior evidencian un reducción del 34.9%. Al observar el comportamiento por UPZ sobresalen Comuneros y Gran Yomasa con 8 (34.7%) y 7 (30.4%) casos respectivamente, llama la atención que a pesar de ser Gran Yomasa la UPZ donde reside la gran mayoría de población de la localidad, Comuneros cuenta con más casos para el presente semestre. Los restantes casos se distribuyen en las UPZ Alfonso López con 3 casos (13%) y La Flora y Ciudad Usme con 2 casos (8.7%) cada una y el restante caso en Danubio (4.3%).

Por último se encuentra la localidad de Tunjuelito, que aporta 13 casos (20%) en la subred, pero como se mencionó previamente, debido a la baja población que reside allí en comparación con las anteriores localidades, registra la tasa más alta de la Subred Sur, además de presentar la menor reducción de casos al comprarse con las 14 presentados en 2016. En cuanto la distribución por UPZ, como es de



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

esperarse teniendo en cuenta la población, Venecia aporta 10 casos (76.9%) y Tunjuelito 3 (23.1%).

Es importante mencionar que en la Localidad de Sumapaz, no se presentaron casos durante el primer semestre del año 2017 ni en todo el 2016.

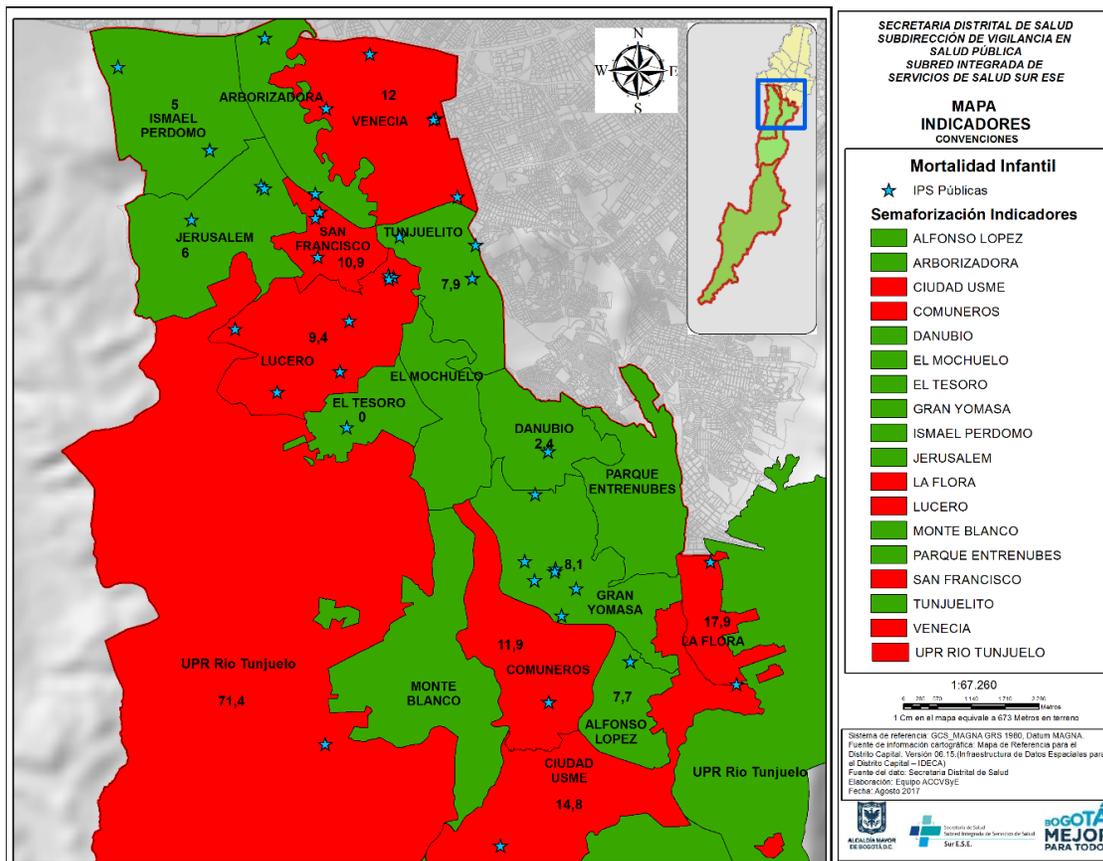
Con relación a las tasas estimadas para el mes de Junio por localidad, se observa que Ciudad Bolívar es la única localidad que se encuentra por debajo de la meta distrital de 8.2 por cada 1.000 nacidos vivos con un 6.2, teniendo en cuenta que Tunjuelito y Usme arrojan tasas de 10.7 y 8.8 respectivamente. Con base en cuenta lo anterior y como se mencionó previamente, la tasa estimada como Subred se encuentra por debajo de la meta establecida con un 7.6 relacionada estrechamente con el buen comportamiento de Ciudad Bolívar al ser la localidad más grande y con mayor población de la zona.

Los 65 casos en mención cerca de la mitad (32 casos, 49.2%) fallecieron entre 2 y 26 días de nacidos, 21 menores (32.3%) fallecieron entre los 2 y 9 meses de vida y los restantes 12 casos (18.5%) se presentaron antes de las 23 horas de vida. Lo anterior se relaciona con la distribución de los casos según la lista de causas de defunción 667, donde el grupo de ciertas afecciones originada en el periodo perinatal, donde sobresalen los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal aportan 33 casos (50.8%), seguido específicamente de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que registran 17 casos (26.2%).

Mapa 5 Comportamiento espacial de la mortalidad infantil de Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.

Transversal 44 No 51 B 16 Sur
Código postal 110611
www.subredsur.gov.co
Tel.: 4852540 - 4853551

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Como se puede observar en mapa las UPZ con mayores tasas, cuentan con diferencias en relación a la oferta institucional pública en cuanto servicios de salud, en general en la localidad de Usme se cuenta con solamente 1 unidad de servicios de salud (Comuneros, Flora, Ciudad Usme), situación diferentes ocurre en las UPZ de Ciudad Bolívar y Tunjuelito que cuentan con diferentes alternativas para el acceso a los servicios de Salud. Es importante mencionar el caso presentado en la zona rural de Ciudad Bolívar en la UPR de Tunjuelo, ya que debido a la baja cantidad de nacidos vivos en dicho sector (14), presenta una tasa elevada del 71.4 y cuenta con 1 centro de atención en salud

El comportamiento de esta mortalidad así como la de menores de 5 años tiene relación con los altos niveles de pobreza de la Subred, donde las condiciones de

vida frente a la poca oferta laboral, las dificultades económicas y/o bajos ingresos impiden que los requerimientos nutricionales sean los adecuados, a lo anterior se suma la poca oferta educativa. Otros factores que influyen son la calidad sanitaria, además de ser localidades receptoras de población víctimas del conflicto armado, desplazados, reinsertados provenientes de muchos lugares del país que en muchos de los casos no cuenta con afiliación al régimen subsidiado debido a la no ha realizado el procedimiento de afiliación, o cuyo puntaje de la encuesta SISBEN no les permite acceder al régimen, lo anterior afectando la demanda de servicios de salud relacionado con el aumento de trabajo informal que se evidencia en la no afiliación de régimen contributivo.

1.12 Meta: Reducir a 2020 la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos. (Tasa de mortalidad en menores de 5 años)

Para alcanzar las metas de los ODS, la comunidad mundial ha establecido objetivos y metas relativos a la supervivencia infantil con el fin de reducir la mortalidad en menores de 5 años igual o inferior a 25 por 1000 nacidos vivos para 2030. Esto queda reflejado en varias iniciativas mundiales: El “plan de acción mundial para la prevención y el tratamiento de la neumonía y la diarrea”, Un “plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño” para reducir la desnutrición y la obesidad; y El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas para prevenir las enfermedades infantiles mediante la vacunación.¹

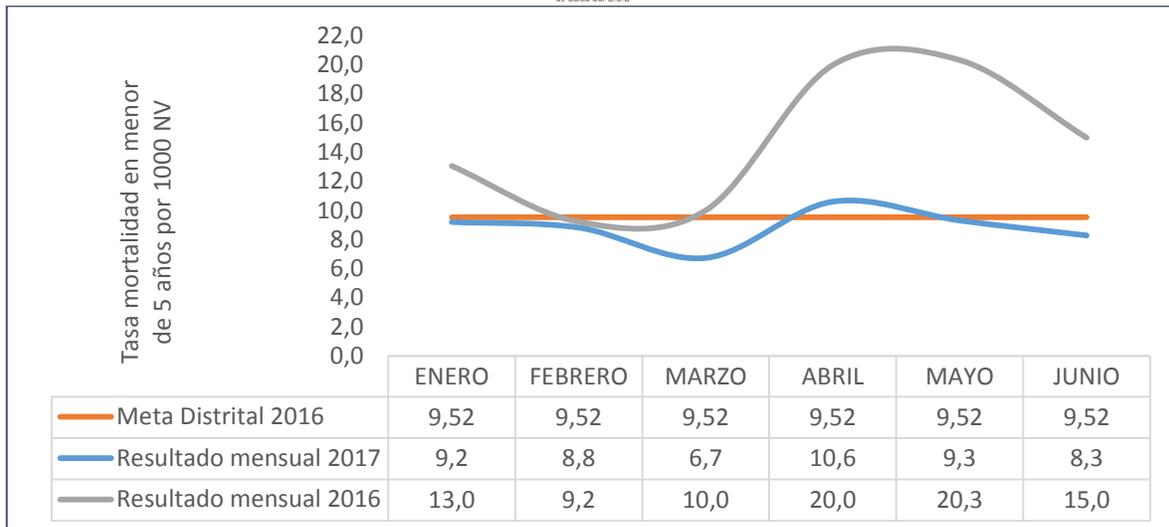
Al observar el primer semestre del año 2017, las localidades de la Subred Sur presentaron 75 casos, dato mucho menor a los 140 casos registrados en el mismo periodo del año anterior, lo que representa una disminución del 46.4%, dato muy similar al visto en la mortalidad infantil

Gráfico 21 Tasa de mortalidad en menor de 5 años, enero a junio 2016 y 2017, Subred Sur

¹ Reducción de la mortalidad en la niñez, nota descriptiva 178 de la OMS, Enero 2016
[http://www.who.int/Reducción mediacentre/factsheets/fs178/es/](http://www.who.int/Reducción%20mediacentre/factsheets/fs178/es/)



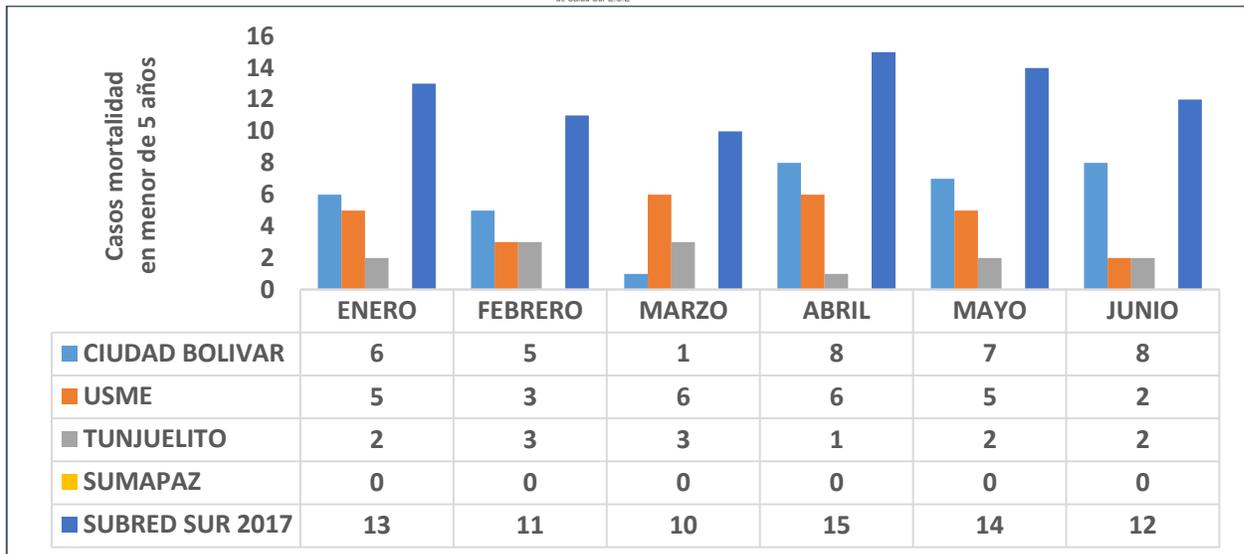
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS)

Con relación a las tasas observadas para el periodo enero a junio de 2017 el dato de mortalidad de menor de 5 años es de 8.8 por cada 1.000 nacidos vivos, el cual es inferior al registrado en el mismo periodo 2016 que llegó a un 11.2. En cuanto al comportamiento mes a mes en 2017 la tendencia es muy similar a la vista en los menores de 1 año, siendo relativamente estable, ubicándose por debajo de la meta distrital todos los meses a excepción de abril, caso contrario ocurrió en 2016 donde tan solo en febrero se ubicó por debajo de la meta distrital, y conto con los picos más altos en los meses de abril y mayo, (ver gráfico 21).

Gráfico 22 Casos de mortalidad en menor de 5 años, enero a junio 2017, por localidad, Subred Sur.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Año 2016 (corte 23 enero 2017), (enero - junio 2017 RUAF SDS)

Los datos porcentuales por localidad para los primeros 6 meses del año 2017, como es de esperarse, son muy similares a los registrados en mortalidad infantil, siendo la localidad de Ciudad Bolívar quien más aporte con un 46.7% de los eventos de la subred, representando en 35 casos, nuevamente menos de la mitad de los 83 presentados en el mismo periodo de 2016, lo que representa una disminución del 57.8% (ver gráfico 21). Al observar la distribución al interior de la localidad, las UPZ que presentaron casos fueron: Lucero (12 casos, 34.3%), Ismael Perdomo (9 casos, 25.7%) San Francisco (7 casos, 20%), Jerusalén (5 casos, 14.9%), Tesoro y la UPZ Rio Tunjuelo con 1 caso cada uno (2.9%). Es importante mencionar que UPZ como Arborizadora a pesar de tener una importante cantidad de nacidos vivos no presenta casos a diferencia de lo observado el año anterior. Adicionalmente Ismael Perdomo fue la UPZ que mostro mayor incidencia de estos casos, teniendo en cuenta que de los 6 casos en menores de 1 a 5 años, dicho sector apporto 4 eventos.

La localidad de Usme con sus 27 eventos, aporta un 36% de los casos de la subred, dato que al comparar con los 41 menores del mismo periodo del año anterior evidencian un reducción del 51.9%. Al observar el comportamiento por UPZ sobresalen Comuneros y Gran Yomasa aportan 8 casos cada uno (29.6%), llama la atención estos datos teniendo en cuenta las diferencias en cuanto población y nacidos vivos. Los restantes casos se distribuyen en Alfonso López 5 (18.5%), La Flora 3 (11.1%), Ciudad Usme 2 (7.4%) y Danubio 1 caso (3.7%)

Por último se encuentra la localidad de Tunjuelito, que aporta los mismos 13 casos vistos en la mortalidad infantil, aportando el 17.3% al dato por subred, en

consecuencia los datos la continúan ubicando como la localidad con la tasa más alta en el sector, a pesar de contar con 3 casos menos que en año 2016. En cuanto la distribución por UPZ, Venecia aporta 10 casos (76.9%) y Tunjuelito 3 (23.1%).

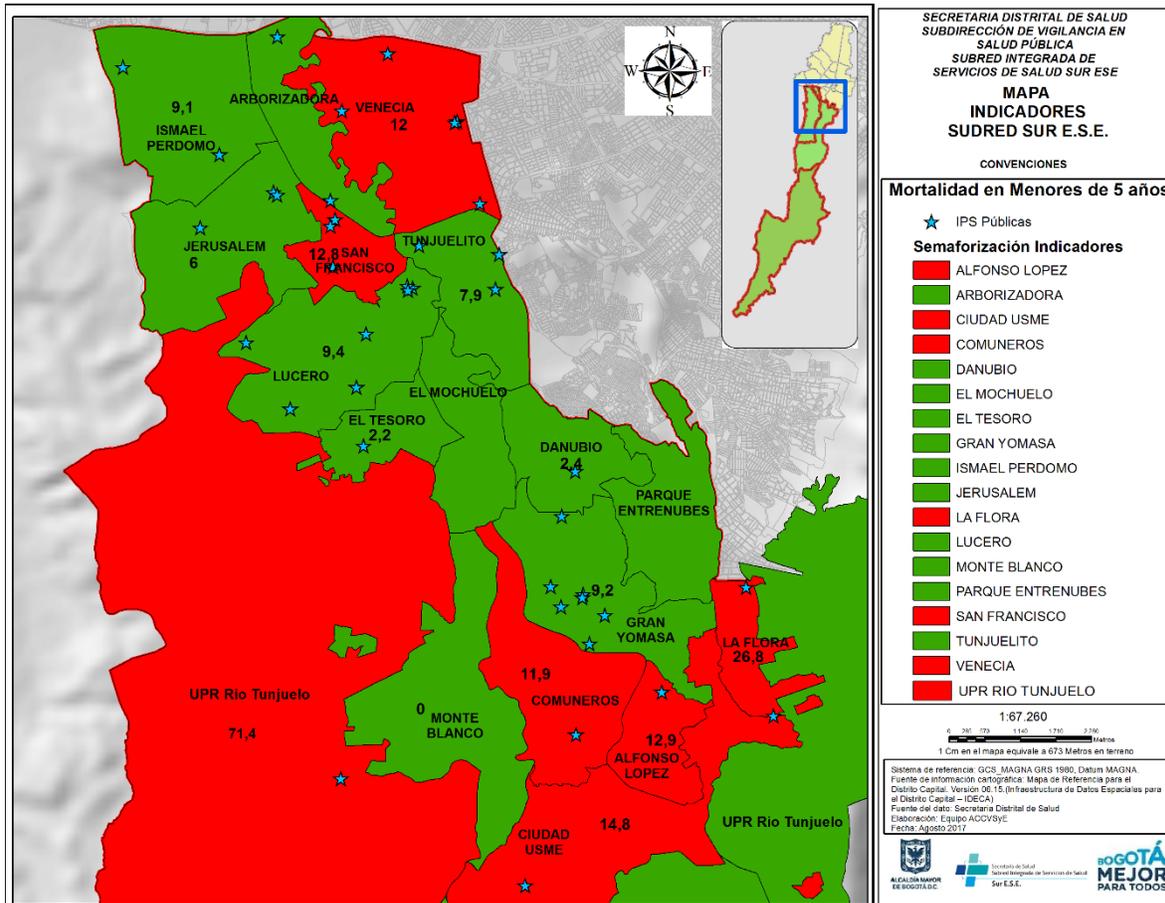
Al observar las tasas estimadas para el mes de Junio por localidad en mortalidad en menor de 5 años, se evidencia que Ciudad Bolívar nuevamente es la única localidad que se encuentra por debajo de la meta distrital de 9.52 por cada 1.000 nacidos vivos con un 7.5, teniendo en cuenta que Tunjuelito y Usme arrojan tasas de 10.7 y 10.3 respectivamente. Dichos datos evidencian, como se mencionó previamente, que la tasa estimada como Subred se encuentra por debajo de la meta establecida con un 8.8.

Es importante mencionar que en la Localidad de Sumapaz, no se presentaron casos durante el primer semestre del año 2017 ni en todo el 2016.

Mapa 6 Comportamiento espacial de la mortalidad en menor de 5 años de Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE. Primer semestre 2017.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.



La principal diferencia entre el comportamiento espacial de la mortalidad de infantil y en menores de 5 años se encuentra en la UPZ Lucero, teniendo en cuenta que en ambos casos se cuenta con una tasa de 9.4, la cual se encuentra por encima de la meta distrital de 8.4 por cada 1.000 nacidos vivos, pero para la mortalidad en menor de 5 años se encuentra por debajo de la meta establecida de 9.52, trayendo como consecuencia que esta UPZ no quede semaforizada en este último indicador siendo la única diferencia en cuanto UPZ en riesgo.

Análisis de Determinantes en Salud

Con relación a los determinantes más relevantes relacionados con la mortalidad infantil y en menor de 5 años, se identifican factores socioeconómicos de las familias con menores de 5 años como bajos ingresos económicos, desempleo o trabajo informal, padres y/o cuidadores con nivel educativo básico o medio, hacinamiento e inadecuada ventilación en las viviendas, o en malas condiciones de saneamiento básico, necesidades básicas insatisfechas – NBI, entre otros, dichas variables pueden afectar sea de manera directa o indirecta la salud de los más pequeños.

Transversal 44 No 51 B 16 Sur
Código postal 110611
www.subredsur.gov.co
Tel.: 4852540 - 4853551



Otros factores asociados, además de ser muy marcados en las localidades de la Subred Sur afectan o predisponen a la ocurrencia de eventos como: inasistencia a la consulta preconcepcional, bajo peso al nacer, prematuridad, embarazo no planeados o deseados, no uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar, consumo de SPA, malos hábitos alimenticios y/o mal nutrición, situaciones que incrementan el riesgo en especial en los menores de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad.

Otros factores sociales o ambientales que pueden relacionarse son la baja oferta instituciones en estas localidades, tanto en salud como en otras asistencias sociales, dificultad en vías de acceso, zona montañosa, cercanía a paramo, ubicación de relleno sanitario, así como ladrilleras, cementaras y canteras que no siempre cumplen las normas sumado a los cambios climáticos.

Todo lo anterior sumado al desconocimiento por parte de padres de la prioridad preferencial que se le otorga a la población infantil en el marco de los derechos, desconocimiento de signos de alarma y cuidados básicos en casa, deficientes estrategias de demanda inducida, barreras de acceso y no adherencia a guías pueden tener relaciones de alguna manera con la ocurrencia de estos eventos en la subred

Es importante mencionar que gran parte de estos determinantes, además de ser estructurales y por ende de difícil modificación, pertenecer a otros sectores diferentes a salud, disminuyendo la capacidad de afectarlos desde las acciones desarrolladas específicamente por el sector salud, especialmente vistos desde la prevención y las mejoras necesarias en las condiciones de vida de los menores y sus familias.

Acciones de respuesta

Durante el primer semestre del año, desde los diferentes componentes de Salud pública de la Subred Sur se han realizado acciones en pro del cumplimiento de las metas que busca reducir para el año 2020 la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos, así como la reducción de la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020. Las cuales se incluyen dentro del Atención integral y eficiente en salud, Proyecto 1186 Atención integral en salud.

Desde el equipo de programas y acciones de interés se cuenta con 56 IPS públicas y privadas priorizadas de la Subred Sur (18 Usme, 23 Ciudad Bolívar, 13 Tunjuelito y 2 Sumapaz), de las cuales se realiza acompañamiento a 39 de ellas (2 Usme, 22 Ciudad Bolívar, 13 Tunjuelito y 2 Sumapaz). Se realizaron 11 seguimientos a IPS con Salas ERA (5 Ciudad Bolívar y Usme, Tunjuelito y Sumapaz con 2 cada una), sin la aplicación de planes de mejoramiento.

De la totalidad de IPS 46 cuentan con implementación de la estrategia AIEPI (16 Usme, 22 Ciudad Bolívar, 6 Tunjuelito y 2 Sumapaz) y 51 con estrategias de comunicación implementadas (16 Usme, 22 Ciudad Bolívar, 13 Tunjuelito y 2 Sumapaz)

A la fecha no se ha participado en COVES de enfermedades prevalentes de la infancia menores de 1 año.

Se realizaron 8 seguimientos a IPS con estrategias implementadas de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo (2 en cada localidad), así como 4 IPS con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje (Usme y Ciudad Bolívar con 2 cada una)

A través del módulo SIRC se activaron rutas prioritarias de 147 casos prioritarios identificados y gestionados con EAPB (85 Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito con 31 casos cada una)

Dentro del equipo del Espacio Público se han implementado 2 Iniciativas comunitarias de la Estrategia AIEPI Comunitario en la localidad de Tunjuelito a padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años.

Con relación al Espacio Educativo, entre los meses de enero a marzo de 2017, se realizaron y socializaron en las instituciones educativas los informes de balance y monitoreo en los 59 colegios priorizados para la Sub red. De otro lado, la implementación de Unidades de Análisis, las cuales se realizan en los 65 colegios priorizados para el año 2017, identificando como problemáticas relacionadas: Tienda escolar no oferta alimentos saludables; Inadecuados hábitos alimentarios; Falta de actividades de promoción de la actividad física y el manejo del tiempo libre; Necesidad de mejorar la calidad de los alimentos de la tienda escolar/Cafetería; Consumo de sustancias psicoactivas; Contaminación generada por cercanía al relleno sanitario Doña Juana y cercanía a ladrilleras. En total, se cuenta con la participación de 664 personas, entre las cuales participan el rector o su delegado, orientadores y orientadoras, estudiantes, padres y madres de familia y docentes.

Para finalizar en el Espacio Vivienda en la Subred Sur realizó se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario en 1619 familias con niños y niñas de 1 año a 5 años. Con la implementación de las prácticas de Higiene y lavado de manos, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunación, manejo del niño enfermo, prevención accidentes y signos de alarma, distribuido con 980 familias en Ciudad Bolívar, 414 en Usme y 225 en Tunjuelito.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

Análisis DOFA

En las fortalezas identificadas, se realizó gestión para contar con los insumos necesarios. Se ha fortalecido la cultura de lavado de manos por parte del personal, usuarios y visitantes. Para lavado de manos y usuario protegido se cuenta con piezas comunicativas, en proceso de publicación. Para técnica de lavado de manos están instalados los habladores donde se explica la técnica para cada uno de los procesos. Además se ha logrado sensibilizar el personal de salud; es importante mencionar que enfermería aplica la educación a los pacientes y familiares. Seguimiento permanente del comportamiento de los indicadores, que permite conocer la dinámica dentro de la subred a nivel de UPZ, así como la existencia de equipos multidisciplinarios en 3 localidades y la detección y seguimiento de los riesgos

Como debilidades esta que el lavado de manos está influenciado por el suministro médico quirúrgico en relación al jabón y al alcohol. El sistema de salud aun registra una dificultad en cuanto el acceso a servicios de salud, servicios fraccionado y poca oferta de atención en la subred, en especial a la comunidad del régimen contributivo. En las oportunidades más representativas se encuentran el empoderamiento a niños y adolescentes en derechos sexuales y reproductivos, la educación en signos de alarma en gestantes y neonatos, la activación de rutas o redes de apoyo sociales y las acciones de educación en nutrición y lactancia materna.

Las amenazas se relacionan con las gestantes adolescentes sin los conocimientos y recursos, además de la no preparación de su cuerpo para embarazo, que incrementa los riesgos para los bebés al no estar psicológicamente preparada para esta tarea, desconocimiento de signos de alarma y crianza, débiles redes de apoyo, neonatos prematuros y neonatos con bajo peso al nacer. La condición flotante de la población de estas localidades dificulta un seguimiento adecuado en muchos casos, así como las dificultades en cuanto las direcciones del sector, no solo en cuanto la complejidad de las mismas, sino el cambio frecuente.

CONCLUSIONES

- El buen comportamiento de los indicadores de mortalidad infantil y en menor de 5 años en la Subred Sur, se basan especialmente en la localidad de Ciudad

Bolívar al ser el territorio de mayor población de la Subred, así como la disminución de casos más significativa, evidenciando un resultado positivo en las acciones de prevención, seguimiento y atención realizadas en menores de 5 años por el sistema de salud, incluyendo el acompañamiento a centros de salud públicos y privados de las diferentes localidades, seguimiento a niños con bajo peso o factores de riesgo y la socialización de información de interés para el cuidado, la detección de factores de riesgo y la sensibilización para la búsqueda de ayuda en escuelas, al interior de la familia y a la comunidad en general.

- La seguridad alimentaria y nutricional en la población de la Subred Sur, incide directamente en el comportamiento de los indicadores de bajo peso al nacer, desnutrición global y crónica otro factor predisponente son las condiciones económicas, la falta de empleo y los bajos ingresos de gran parte de la población afectan negativamente en la capacidad de las familias para suplir las necesidades alimentarias. Adicionalmente, los hábitos inadecuados en la alimentación afectan negativamente el estado nutricional de la población infantil. Desde las intervenciones del PIC se implementan estrategias de respuesta a las familias desde los diferentes espacios, programas y componentes, donde se realiza valoración y atención a las familias por parte de profesionales en nutrición, quienes brindan educación en alimentación y nutrición saludable, implementan estrategias de intervención a espacios adecuados y de consumo de alimentos saludables evitando la aparición de enfermedades relacionadas con la malnutrición, de igual forma se brindan pautas en el reconocimiento de alimentos obesogénicos, se fortalecen estrategias de lonchera saludable, huertas comunitarias, hábitos y estilos de vida saludable.
- La razón de mortalidad perinatal en la Subred Sur es de 16,3 por 1000 nacidos vivos más las muertes fetales (n=141 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, siendo la localidad Usme, la que presenta la razón más alta con 18,1 por cada 1000 nacidos vivos más las muertes fetales, relacionada con determinantes como el inicio temprano de relaciones sexuales, no utilización de métodos de planificación familiar, la inasistencia a la consulta preconcepcional, el débil proyecto de vida y débiles redes de apoyo, embarazos no deseados, la no asistencia al control prenatal, la no adherencia a las guías de manejo clínico y el parto pretérmino, debidos a la deficiencia en la identificación y aplicación de políticas para la atención integral de las mujeres en edad fértil y primera infancia. Las acciones de respuesta desarrolladas han sido la educación y sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, educación en signos de alarma en la gestante y las acciones educativas en signos de alarma en el neonato, y signos de peligro de muerte.
- La razón de mortalidad materna en la Subred Sur es de 60,1 por 100.000 nacidos vivos (n=6 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, los cuales



residían en la localidad Ciudad Bolívar, dicho indicador se encuentra relacionado con determinantes como el inicio temprano de relaciones sexuales, debilidad en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, no adherencia y deficiencia en la calidad de la atención de control prenatal, falta de conocimiento por parte de las gestantes en signos de alarma, embarazo en adolescentes, períodos intergenésicos cortos, madresolterismo y riesgo psicosocial. Las acciones de respuesta desarrolladas son el abordaje con familias reportadas en las bases de morbilidad materna extrema con acciones de educación y seguimiento, con el fin de identificar signos de alarma y asistencia oportuna a los servicios de urgencias; aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Subred con el fin de identificar la oferta de servicios a gestantes, la localidad Ciudad Bolívar presenta 18 instituciones, la localidad Usme 17 y localidad Tunjuelito 9; existe una estrategia de captación temprana de gestantes para inicio de control prenatal antes de la semana 10; gestantes con asesoría pre-test para prueba de (VIH) y gestantes con exámenes paraclínicos requeridos según edad gestacional, seguimiento a casos reportados por SIRC; y priorización de la problemática de mortalidad materna, al interior de los planes de acción de Política Pública por localidad.

- La tasa de sífilis congénita en la Subred Sur es de 2,5 por 1000 nacidos vivos (n=25 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, siendo la localidad Tunjuelito, la que presenta la tasa más alta con 5,7 por cada 1000 nacidos vivos, relacionada con determinantes como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, debilidad en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, reinfección por promiscuidad, inasistencia a controles médicos y de protección específica y detección temprana, desconocimiento de los riesgos de sífilis gestacional, desconocimiento de prácticas seguras y falta de autocuidado, falta de comunicación por parte del afectado y bajo nivel educativo. Las acciones desarrolladas son el abordaje que se realiza desde sífilis gestacional para evitar el desenlace a sífilis congénita; desde el componente Amarte se brindan herramientas, frente a la identificación de signos y factores de riesgo relacionados con sexualidad, prevención de infecciones o enfermedades de transmisión sexual y activación de rutas oportunamente; y verificación de la apropiación de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil VIH-Sífilis.
- La tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en la Subred Sur, es de 4,6 por 1000 nacidos vivos (n=46 casos), lo cual se encuentra por encima de la meta distrital, siendo la localidad Usme la que presenta la tasa más alta con 4,6 por cada 1000 nacidos vivos. La tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en la Subred Sur, es de 18,2 por 1000 nacidos vivos (n=1575 casos), siendo la localidad Usme la que presenta la tasa más alta con 193,0 por cada 1000 nacidos vivos. Relacionadas con determinantes como el uso inadecuado del tiempo libre, débiles redes de apoyo, el madresolterismo, el bajo

nivel socioeconómico, el bajo nivel educativo, el proyecto de vida inexistente, la deserción escolar, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil, el deseo del embarazo y el desconocimiento de métodos de planificación familiar. Las acciones desarrolladas son las acciones educativas que promulgan el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre. Se encuentra la estrategia "Sintonizarte", en la cual se realiza una acción pedagógica; incorporación de la estrategia "Amarte", con sesiones tanto para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos. Se realiza consulta de regulación de la fecundidad en las IPS y se entrega fórmula con el método de regulación de la fecundidad.

- Respecto a los indicadores de mortalidad por neumonía e mortalidad por infección respiratoria se ha presentado una disminución de casos, en comparación al primer semestre del año anterior, sin embargo es importante tener en cuenta que las enfermedades respiratorias siguen siendo una de las primeras causas de morbilidad en la población infantil de las localidades, por lo cual se debe dar continuidad al desarrollo de acciones enfocadas a la prevención y a la atención oportuna de los casos que se presentan. Así mismo, es fundamental prevenir la aparición de nuevos casos, fortaleciendo las prácticas de cuidado de las familias y en lo posible mejorando las condiciones de vida de la población.
- Teniendo en cuenta que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) contribuye a disminuir la morbimortalidad causada por las enfermedades inmunoprevenibles en menores de 5 años, se debe dar continuidad al fortalecimiento de la estrategia de seguimiento a cohortes, con el propósito de mejorar las coberturas de vacunación de los biológicos trazadores de polio y triple viral en especial para la localidad de Ciudad Bolívar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tobergte DR, Curtis S. Plan Decenal De Salud Publica. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
2. Salud IN de. Protocolo de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardia. :52.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E

- Available from: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Dengue.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Dengue.pdf)
3. Salud IN de. Protocolo de Mortalidad Materna. :8. Available from: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO VIH - SIDA.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf)
 4. Salud IN de. Protocolo de SIFILIS GESTACIONAL Y SIFILIS CONGENITA. Protoc Vigil en Salud Pública [Internet]. :3–40. Available from: <http://manizalessalud.com/wp-content/uploads/2015/06/PRO-Sifilis-Gestacional-y-Congenita-Version-2-Feb-2015.pdf>
 5. Social M de S y de la P. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. Available from: <http://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/index.php/diagnostico-de-la-situacion-salud/item/9-capitulo-6?showall=1&limitstart=>
 6. OMS. OMS | Vacunas [Internet]. Who. 2016. Available from: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
 7. Jiménez Benítez D, Rodríguez Martín A, Jiménez Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr Hosp [Internet]. 2010;25(3):18–25. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/03_articulo_03.pdf
 8. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín No. 56, Índice de desigualdad en Bogotá D.C. [Internet]. Vol. 56. Bogotá; 2013. Available from: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1 Ciudad de Estad%EDsticas/2013/DICE140-BoletinIndDesigualdad-04122013.pdf%0A](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2013/DICE140-BoletinIndDesigualdad-04122013.pdf%0A)
 9. UNICEF. La Desnutricion Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011;
 10. Organización Mundial de la Salud. OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/