

ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD, 2016-2018

Localidad de Ciudad Bolívar

19



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.
[Enrique Peñalosa Londoño](#)

Secretario Distrital de Salud
[Luis Gonzalo Morales Sánchez](#)

Subsecretaria de Salud Pública
[Patricia Arce Guzmán](#)

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
[Elizabeth Coy Jiménez](#)

[Equipo ACCVSyE Distrital](#)
Coordinación General del Documento

Autores Subred Sur

[Johana Andrea Torres. Directora Gestión del Riesgo en Salud](#)
[Andrea López Guerrero. Referente Gobernanza](#)
[Aura Yanira Roa Sánchez. Líder Componente 2](#)
[Guillermo Gutiérrez Torres. Epidemiólogo](#)
[Elizabeth Rubio Castiblanco. Epidemióloga](#)
[Nidia Patricia Villamil Barbosa. Epidemióloga](#)
[Ruth Vicky Quintana Forero. Epidemióloga](#)
[José Francisco Vargas González. Profesional Social](#)
[Diego Felipe López Ávila. Profesional Social](#)
[Edwin Fuentes Florez. Profesional Social](#)
[Carlos Fernando Macana González. Geógrafo](#)
[José Manuel Tossé Muñoz. Geógrafo](#)
[Brayan Alejandro Sánchez Tovar. Geógrafo](#)

Fotografía de la portada
[IDU Transmicable](#)

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. 2018
www.saludcapital.gov.co

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	17
1.1. Contexto territorial	18
1.2. Estructura demográfica.....	21
1.3. Densidad de población	21
1.4. Aseguramiento	25
1.5. Dinámica demográfica	28
2. Analisis de calidad de vida y salud (determinantes)	41
2.1. Dimensión Ambiental.....	42
2.2. Dimensión ambiental construida.....	46
2.3. Dimensión social	49
2.4 Dimensión económica.....	53
2.5. Espacios de participación comunitaria (4)	56
3. Mortalidad y morbilidad	58
3.1 Mortalidad	59
3.1.1 Mortalidad por grandes causas.....	59
3.2. Mortalidad infantil y en la niñez	79
3.2.1. Mortalidad en menor 1 año	79
3.2.2. Mortalidad en menores de 1 a 4 años.....	82
3.2.3. Mortalidad materno- infantil y en la niñez	85
3.2.4. Mortalidad infantil.....	87
3.2.5. Mortalidad menor de 5 años	87
3.3. Análisis estructura de morbilidad	89
3.3.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), localidad de Ciudad Bolívar, años 2015 y 2016	89

3.4. Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67	95
3.4.1. Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, localidad de Ciudad Bolívar	98
3.6 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	108
3.6.1 Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA	108
3.6.2 Vida saludable y enfermedades transmisibles	111
3.6.3. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	112
3.6.4. Convivencia social y salud mental	114
3.6.5. Salud ambiental	115
3.6.6 Seguridad alimentaria y nutricional	115
3.6.7. Vida saludable y condiciones no transmisibles	116
3.6.8. Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brotes y morbilidad)	117
3.6.9. Salud ambiental	119
3.6.10. Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA D.C. (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)	119
3.6.11. Seguridad Alimentaria y nutricional	121
3.6.12. Convivencia social y salud mental	122
3.6.13. Vida saludable y condiciones no trasmisibles	124
3.6.14. Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la Salud Pública (EEVV y VCSP)	125
3.7. Eventos precursores	126
3.8. Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad	131
4. Documento poblaciones diferenciales	134
4.1. Población étnica	135
4.2. Población con condición y situación	150
4.3. Género, identidad y orientación sexual	172
5. Acciones en Salud Pública	177
5.1. Espacio Vivienda	178
5.2. Espacio educativo	186

5.3. Espacio público.....	195
5.4. Espacio trabajo	202
6. Analisis y sintesis.....	215
6.1. Descripción de la metodología.....	216
6.2 Nodos	218
6.2.1. Momento de identificar.....	218
6.2.2. Momento de comprender	228
6.3 Validación contenidos	235
6.4 Análisis de respuesta (momento de responder)	236
6.5. Recomendaciones	239
Bibliografía.....	245
Anexos.....	247
Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS)	
Vista Hermosa, localidad de Ciudad Bolívar, Subred Integrada de Servicios de	
Salud Sur, año 2016.....	247
Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Vista Hermosa.....	247
Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Vista Hermosa	251
Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Vista Hermosa	255
Metodología pase	260

TABLAS

Tabla 1.Distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo,	
localidad de Ciudad Bolívar, 2016	23
Tabla 2. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo,	
localidad de Ciudad Bolívar, 2016	24
Tabla 3. Distribución por aseguramiento, localidad de Ciudad Bolívar, 2016.....	25
Tabla 4. Distribución población rural, por momento de vida y sexo,	
localidad de Ciudad Bolívar, 2013 - 2015	26
Tabla 5. Distribución población rural, localidad de Ciudad Bolívar 2013 – 2015	27
Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de Ciudad Bolívar, 2005 – 2010 – 2016.....	29

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 - 2016	31
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Ciudad Bolívar, 2016	32
Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	36
Tabla 10. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	37
Tabla 11. Mortalidad por grandes causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Ciudad Bolívar, 2014	63
Tabla 12. Tendencia en la mortalidad con datos de tasas crudas según sexo y total, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.....	68
Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas mortalidad general, subred Integrada de servicios de salud y sus localidades año, 2014	69
Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio según sexo y total, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	70
Tabla 15. Tendencia de la mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio (tasas ajustadas) por grupos específicos, comparativo subred integrada de servicio de salud sur y localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	72
Tabla 16. Tendencia de la mortalidad por neoplásicas (tasas ajustadas) según sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.....	74
Tabla 17. Tendencia de la mortalidad por neoplasias por grupos específicos (tasas ajustadas), comparativo entre la subred Integrada de servicio de salud Sur y la localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	76
Tabla 18. Tendencia de la mortalidad por causa externa (tasas ajustadas) por grupos específicos, comparativo entre la subred integrada de servicio de salud sur y la localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	77
Tabla 19. Distribución de la mortalidad en población menor de 1 año según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar, año 2014	79
Tabla 20. Tasa de mortalidad en población menor de 1 año comparativa subred integrada de servicios de salud y localidades, 2012-2014.....	81

Tabla 21. Distribución mortalidad en población de 1-4 años según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar. Año 2014.	82
Tabla 22. Tasa de mortalidad en población de 1-4 años comparativa subred Integrada de servicios de salud y localidades, 2012-2014.....	84
Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 -2016.....	86
Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016.....	90
Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016.....	91
Tabla 26. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016.....	92
Tabla 27. Distribución grandes causas de morbilidad, por servicio de consulta según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	96
Tabla 28. Distribución grandes causas de morbilidad, por servicio de hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.	97
Tabla 29. Grandes causas de morbilidad, por servicio de urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.....	98
Tabla 30. Distribución grandes causas de morbilidad, sexo hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	99
Tabla 31 Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, localidad de Ciudad Bolívar.....	100
Tabla 32. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016	102
Tabla 33. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	103
Tabla 34. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016	104

Tabla 35. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016	104
Tabla 36. Distribución Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016.....	105
Tabla 37. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016	106
Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016.....	109
Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016	110
Tabla 40. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (brotes de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	117
Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (brotes de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Ciudad Bolívar, 2016	118
Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016.....	120
Tabla 43. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA D.C., según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016.....	121
Tabla 44. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016.	127

Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016	128
Tabla 46. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016	129
Tabla 47. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016	130
Tabla 48. Distribución poblacional grupos étnicos, localidad de Ciudad Bolívar, 2005.	138
Tabla 49. Distribución de Población étnica indígena por pueblo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005	139
Tabla 50. Distribución de la población Étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2005.....	140
Tabla 51. Nacidos vivos con pertenencia étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2013 – 2016	141
Tabla 52. Distribución de casos de mortalidad evitable en población étnica, localidad de Ciudad Bolívar, periodo 2013 – 2016.....	142
Tabla 53. Distribución de la población indígena de acuerdo al pueblo indígena y el nivel educativo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005	145
Tabla 54. Población indígena que habla la lengua de su pueblo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005	147
Tabla 55. Eventos de notificación Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, en población étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2013-2016	148
Tabla 56. Distribución poblaciones en condición y/o situación, localidad de Ciudad Bolívar	155
Tabla 57. Población víctima del conflicto armado por sexo y grupo etario, localidad de Ciudad Bolívar, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017	156
Tabla 58. Población con discapacidad por momento del curso de vida y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016	158
Tabla 59. Población con discapacidad por origen y momento del curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016	159
Tabla 60. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momento del curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016	160

Tabla 61. Eventos de notificación en poblaciones por condición y /o situación, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Ciudad Bolívar, 2013-2016.	169
Tabla 62. Distribución población LGBTI, localidad de Ciudad Bolívar, 2014-2016.....	174
Tabla 63. Eventos de notificación en población LGTBI, Según Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, 2013-2016.....	176
Tabla 64. Relación de asignación de citas por programas de PyD, localidad de Ciudad Bolívar, 2017	178
Tabla 65 Resultados del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde el espacio vivienda y SISVAN, localidad de Ciudad Bolívar, 2017.	180
Tabla 66. Identificación de riesgo para enfermedades crónicas por prioridad y evento, espacio vivienda, localidad de Ciudad Bolívar, 2017	182
Tabla 67. Indicadores acciones en hogares comunitarios de Bienestar – Madres Comunitarias – localidad de Ciudad Bolívar Abril- Diciembre 2017	183
Tabla 68. Indicadores acciones en hogares comunitarios de bienestar – niños localidad Ciudad de Bolívar, abril - diciembre 2017	184
Tabla 69. Situaciones o riesgos a intervenir por el espacio educativo, según UPZ, localidad de Ciudad Bolívar, 2017	188
Tabla 70. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención, localidad de Ciudad Bolívar, enero a diciembre 2017.....	199
Tabla 71. Indicadores respuesta integrada de estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Ciudad Bolívar, abril a diciembre 2017.....	209
Tabla 72. Resumen matriz de tensiones	219
Tabla 73. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014	221
Tabla 74. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 - 2014	224
Tabla 75. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014	226

MAPAS

Mapa 1. Localización, estructura territorial y zonas de riesgo, localidad de Ciudad Bolívar, 2016	20
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Ciudad Bolívar, 2015	22
Mapa 3. Riesgos Dimensión ambiental, localidad de Ciudad Bolívar	45
Mapa 4. Riesgos dimensión ambiente construido, localidad de Ciudad Bolívar	48
Mapa 5. Riesgos dimensión social, localidad de Ciudad Bolívar	52
Mapa 6. Riesgos dimensión social, localidad de Ciudad Bolívar	55
Mapa 7. Oferta de servicios de salud. Subred integrada de servicios de salud del Sur ESE, localidad de Ciudad Bolívar, 2016	107
Mapa 8. Ubicación población indígena y afrodescendiente, localidad de Ciudad Bolívar	136
Mapa 9. Ubicación población con condición y situación, localidad de Ciudad Bolívar	151
Mapa 10 Ubicación población víctima de conflicto armado, localidad de Ciudad Bolívar	154
Mapa 11 Contexto territorial poblaciones LGTBI, localidad de Ciudad Bolívar	173
Mapa 12. Acciones espacio vivienda, localidad de Ciudad Bolívar, abril - diciembre 2017	185
Mapa 13. Acciones espacio educativo, localidad de Ciudad Bolívar, 2017	194
Mapa 14. Acciones espacio público, localidad de Ciudad Bolívar, 2017.	201
Mapa 15. Niños, niñas y adolescentes en las peores formas de trabajo infantil intervenidas, espacio trabajo, localidad de Ciudad Bolívar, abril – Diciembre 2017	206
Mapa 16. Unidades de trabajo informal intervenidas, espacio trabajo, localidad Ciudad de Bolívar, abril – Diciembre 2017	212
Mapa 17. Ubicación de tensiones, localidad de Ciudad Bolívar.	229
Mapa 18. Configuración actual del territorio, localidad de Ciudad Bolívar.	230
Mapa 19. Acciones de espacio de vida cotidiana educativo, vivienda, Público y trabajo, localidad de Ciudad Bolívar	238
Mapa 20. Configuración deseada del territorio, localidad de Ciudad Bolívar	241

GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad de Ciudad Bolívar comparativo años 2005, 2010 y 2016	28
Gráfica 2. Población, localidad de Ciudad Bolívar, 2005 – 2016	30
Gráfica 3. Total nacidos vivos, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016.....	34
Gráfica 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016.....	35
Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016.....	39
Gráfica 6. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016.....	40
Gráfica 7. Mortalidad por grandes Causas, localidad Ciudad de Bolívar, 2012-2014.....	60
Gráfica 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	67
Gráfica 9. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según causas de defunción, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.....	80
Gráfica 10. Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014	83
Gráfica 11. Distribución grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2016	101

INTRODUCCIÓN

El análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad ACCVSyE se enmarca en la perspectiva del Plan de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud, el cual se constituye en pieza fundamental de la gobernanza puesto que aporta a “el procesos de generación de conocimiento que sintetiza las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida, la salud y la enfermedad en la población en los territorios para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local e institucional, con la participación de los diferentes actores”(1).

El presente documento ACCVSyE, a partir del reconocimiento de indicadores tradicionales de enfermedad, muerte y de la identificación de algunas condiciones de vida; pretende brindar elementos en relación al estado de calidad de vida de la población; de igual forma se espera avanzar en las definiciones conceptuales que conlleven a brindar nuevos abordajes, así como la identificación de nuevas fuentes de información que permitan complementar el análisis (2).

El documento de ACCVSyE se encuentra organizado por capítulos; el primero describe la caracterización de los contextos territorial (localización, extensión territorial, división política administrativa, límites geográficos, zonas de riesgo, entre otras), poblacional (población rural, urbana, hogares por vivienda, poblaciones diferenciales), indicadores de estructura demográfica (población masculina, femenina, grupos quinquenales, población por curso de vida, razón hombre mujer, índice de infancia, juventud, envejecimiento, dependencia y Friz) y dinámica demográfica (densidad poblacional, tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y mortalidad y tasas generales y específicas de fecundidad). Esta información permite reconocer las dinámicas poblacionales de la localidad; los factores socio ambientales que inciden en la dinámica poblacional y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo.

El capítulo 2 describe aspectos relacionados con el análisis de calidad de vida y salud (determinantes); se encuentra organizado por dimensiones (salud ambiental, ambiente construido, aspecto social, económico y político administrativa).

El capítulo 3 presenta aspectos relacionados con la morbi-mortalidad; con relación a la mortalidad describe el comportamiento de la mortalidad general y por sexo a escala de subred sur y localidades; a continuación se describe la mortalidad por grandes causas con relación a la 6/67 del periodo 2012 a 2014 y se realiza un análisis en relación a la mortalidad específica por subgrupos (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, causas externas, enfermedades infecciosas); otras mortalidades referenciadas en el documento son la materno-infantil y la niñez para el periodo 2010-2015. Como anexos de sistematización en la información cuantitativa se diligencio los anexos 11, 12,15 y 16 del ministerio de Salud, organizados por subred y localidad.

Con relación a la morbilidad se presentan los resultados del análisis de la prestación de servicios de salud a partir de información de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) por Subred, Localidad y UPZ y las diez primeras causas de morbilidad por servicios y momentos del curso de vida.

De igual manera se analizó el comportamiento de la notificación de los eventos de interés en salud pública según los grupos de eventos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, (Inmunoprevenibles, zoonosis, factores de riesgo ambiental, micro bacterias, enfermedades transmisibles y no transmisibles entre otros) en correspondencia con las dimensiones del Plan Decenal de Salud pública y sSe realizó un proceso de priorización con el método Hanlon (Anexo 13).

El capítulo 4 da a conocer el contexto territorial, demográfico, determinantes sociales y condiciones de salud y enfermedad de poblaciones diferenciales asentadas en la localidad.

El capítulo 5 contiene los resultados de las acciones de intervención realizadas en el marco de la vigencia del año 2017 en los espacios de vida cotidiana de vivienda, educativo, espacio público y trabajo que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

El capítulo 6 analiza y sintetiza la información recopilada en los capítulos anteriores. El capítulo se organiza en cinco partes; la primera parte se describe la metodología utilizada para el presente ejercicio; posteriormente, se realiza la descripción de los nodos obtenidos mediante el análisis socio-epidemiológico y geográfico de las tensiones identificadas con

PASE. En la tercera parte, se presenta el proceso de validación de la información recopilada a nivel sectorial e intersectorial. En la cuarta, el análisis de la respuesta obtenida en los espacios, procesos y/o componentes. Finalmente, en la quinta parte, se presentan las valoraciones finales respecto al territorio y las recomendaciones.

Objetivo General

Contar con un documento que brinde información útil y actualizada que aporte a la toma de decisiones, a partir del análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la población residente en la localidad de Ciudad Bolívar y de las acciones realizadas para su prevención, atención y/o mitigación.

Objetivos específicos

- Realizar análisis de tipo cuantitativo, cualitativo y espacial con diferentes actores, que contribuya al conocimiento de contexto territorial, demográfico, condiciones de vida y determinantes que inciden en la salud de la población de la localidad de Ciudad Bolívar.
- Identificar el comportamiento de la mortalidad general, mortalidad por grandes causas, mortalidad materno infantil y en la niñez; teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud y los momentos de curso de vida en la población de la localidad de Ciudad Bolívar.
- Analizar el comportamiento de la morbilidad en la población de la localidad de Ciudad Bolívar a partir de la información relacionada con los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS; descripción de la Oferta de servicios de salud, eventos del sistema de Vigilancia con el fin de Establecer las principales prioridades en Salud.
- Actualizar y priorizar condiciones y situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad en las poblaciones diferenciales y de inclusión social de la localidad de Ciudad Bolívar.
- Dar a conocer las acciones en salud pública, a partir de la ubicación espacio- temporal en la localidad, la respuesta de intervención dada a situaciones o riesgos en salud, que inciden en la calidad de vida de la población de la localidad de Ciudad Bolívar.
- Monitorear las desigualdades en salud en la localidad de Ciudad Bolívar con el fin de proporcionar información útil que aporte a la orientación de las políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1. Contexto Territorial

La historia del origen y desarrollo de la localidad de Ciudad Bolívar se asocia al poblamiento acelerado que vivió Bogotá a partir de los años cuarenta, donde la parcelación de grandes haciendas al sur de la ciudad fue generando de manera progresiva el surgimiento de barrios que no contaban con las condiciones para ser habitados, por la falta de servicios públicos, transporte y equipamiento institucional para el disfrute de la población; barrios que por sus condiciones se denominaron subnormales. De esta forma, los primeros sectores en ocuparse son los que hoy se conocen como Meissen, Lucero Bajo, Ismael Perdomo y San Francisco. Se ha encontrado que los primeros pobladores provenían de departamentos como Santander, Boyacá, Meta y Tolima(3).

Para la década de los sesenta, el crecimiento de la población al sur de la ciudad y particularmente en la localidad de Ciudad Bolívar era tal que se hacían evidentes las primeras problemáticas sociales que afectaban la zona y empezaban a tener repercusiones en la fragmentación socio espacial que empezó a acentuarse en la ciudad; de esta manera Ciudad Bolívar desde su creación fue un espacio que creció a la sombra de instrumentos de planificación urbana efectivos que permitieran un ordenamiento en función de las condiciones físicas del terreno y de las necesidades sociales de sus habitantes, acentuando de esta manera una serie de problemáticas ambientales, sociales y económicas que persisten hasta el día de hoy (4).

Es hasta la década de los ochenta cuando por medio del acuerdo 14 del 7 de septiembre de 1983 que el Concejo de la ciudad crea la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar y se precisan los límites de esta, con la vecina Alcaldía Local de Tunjuelito. Es entonces que este acuerdo define que la localidad se situada en el sector suroccidental de la ciudad, limitando al norte con la localidad de Bosa siendo su límite la Autopista Sur; al oriente con las localidades Tunjuelito y Usme siendo su límite el río Tunjuelo; al sur con la localidad de Usme siendo su límite el río Chisacá y al occidente con el municipio de Soacha.

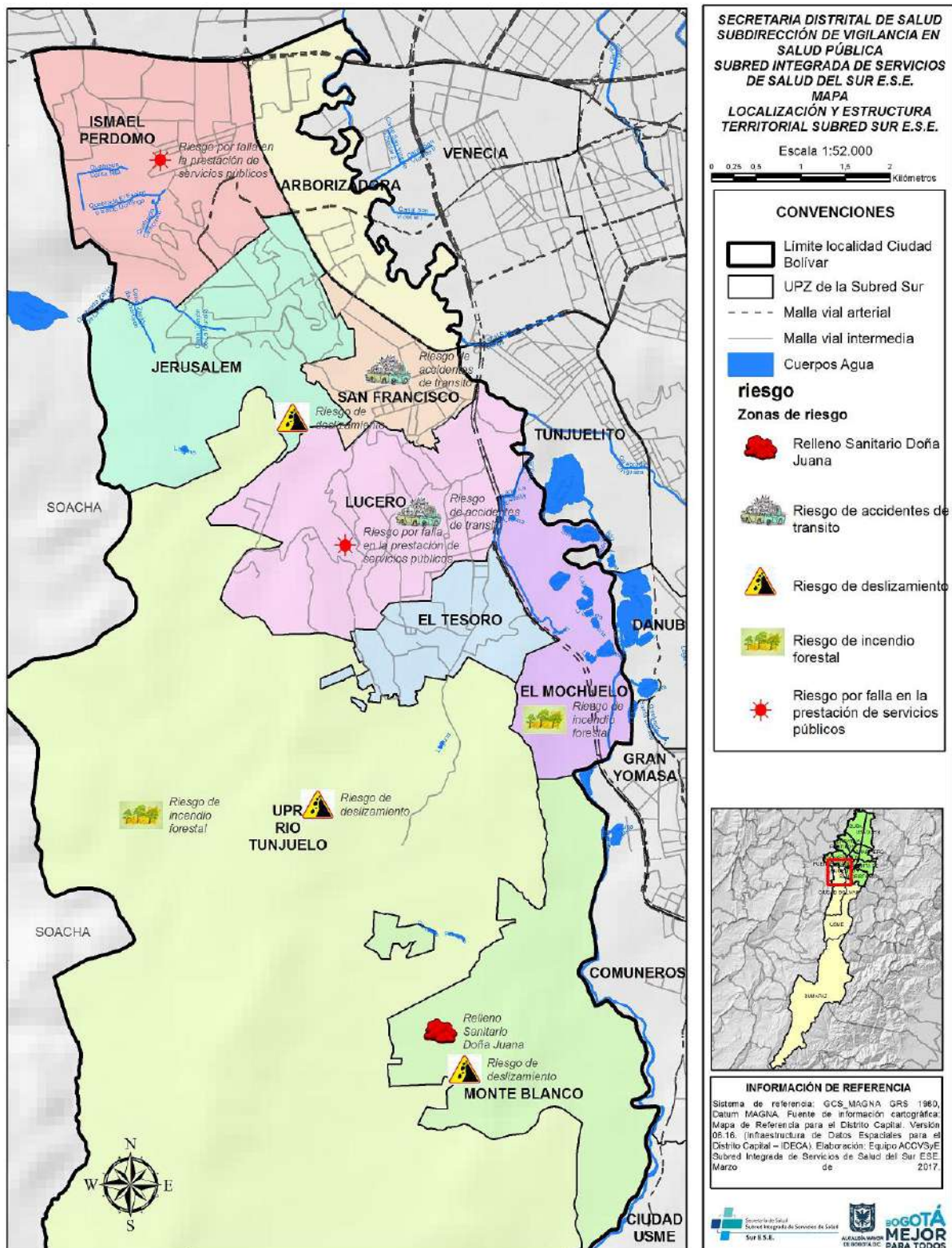
La localidad de Ciudad Bolívar tiene una extensión de 12.999 hectáreas. Cuenta con el 26,1 % de suelo urbano y el 73,9 % corresponden al suelo rural; después de la localidad de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa del Distrito

y es la tercera localidad con mayor superficie rural. En cuanto al área urbana, está clasificada como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana. Se divide en ocho Unidades de Planeación Zonal (UPZ) (Mapa 1): Arborizadora (UPZ 65), Ismael Perdomo (UPZ 69), Jerusalén (UPZ 70), San Francisco (UPZ 66), Lucero (UPZ 67), Tesoro (UPZ 68), El Mochuelo (UPZ 63) y Monteblanco (UPZ 64) y en una Unidad de Planeación Rural (UPR) Río Tunjuelo(3).

La topografía de la localidad está compuesta por terrenos planos a ligeramente ondulados que se ubican sobre 2400 msnm particularmente al norte de la localidad, concretamente en la UPZ Arborizadora, a terrenos con pendientes bastante pronunciadas ubicados a 2900 msnm hacia el occidente de la localidad en Unidades de Planeación Zonal como El Tesoro, Lucero e Ismael Perdomo que conforman los denominados cerros de Ciudad Bolívar.

El territorio de la localidad pertenece a la cuenca del río Tunjuelo, los principales corrientes de agua presentes en el territorio de Ciudad Bolívar son la quebrada Limas, la quebrada Trompeta, la quebrada Paso Colorado, la quebrada la Horqueta, la quebrada Santa Helena, entre otro afluentes que recorren la localidad. Igualmente en Ciudad Bolívar se ubica la represa La Regadera en las veredas La Mercedes y La Rosa que pertenecen a la UPR Río Tunjuelo, a través de esta represa la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de la ciudad suministra de agua la zona sur de la ciudad.

Mapa 1. Localización, estructura territorial y zonas de riesgo, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016



Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaría de Planeación Distrital. 2016 – Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaría Distrital de Salud

Durante 2010 y 2015 la localidad de Ciudad Bolívar presentó la mayor cantidad de notificaciones al sistema de información del riesgo y cambio climático (SIRE), llegando hasta 300 eventos; además, la concentración de fallas se identifica en las UPZ Lucero e Ismael Perdomo.

Frente a los incendios estructurales, se logra identificar que durante 2010 – 2015 se presentó en la localidad en promedio 37 eventos reportados por año.

Frente a riesgos por movimientos en masa, las UPZ donde se localizan la mayor cantidad de manzanas con esta amenaza son: Ismael Perdomo (amenaza alta); Lucero (amenaza media) y San Francisco (amenaza baja). La UPZ Arborizadora es la única UPZ que no posee ninguna manzana amenazada por remoción en masa. Respecto a riesgo de inundación por desbordamiento, Ciudad Bolívar presenta amenaza Alta y manejo ambiental en 493,2 hectáreas (ha); amenaza media sin desarrollar en 20,1 (ha) y amenaza baja en 15,6 (ha); la principal fuente de este riesgo se asocia a las zonas próximas al río Tunjuelito y sus afluentes y a la quebrada Limas.

1.2. Estructura demográfica

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una población estimada de 719.700 habitantes para el año 2016 según las proyecciones DANE- Censo 2005, siendo la cuarta localidad en el distrito con mayor población.

1.3. Densidad de población

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una extensión geográfica de 13.000 hectáreas, las cuales el 26,1 % corresponde a zona urbana y el 73,9 %. Para el año 2016 la población de estimada es de 719.700 habitantes, para una densidad poblacional para la localidad de 55,36 hab. /km², este dato está relacionado con la inmensa mayoría de zona rural en la localidad.

Debido a la ausencia de datos poblacionales por Unidades de Planeación Zonal (UPZ) para el año 2016, se toma la información con la que se cuenta para el año 2015 para el cálculo de la densidad poblacional por UPZ de la localidad de Ciudad Bolívar, teniendo en cuenta que este es un factor determinante en la calidad de vida de la población, al incidir en las dinámicas del transporte, la movilidad, la vivienda y los servicios públicos.

Como se observa en el mapa 2, las UPZ de la localidad que presentad mayor densidad de población son San Francisco e Ismael Perdomo, la cual oscila entre 30.313,71 y 43.501,90 hab./km², caso contrario ocurre en las UPZ Monte Blanco donde se cuenta con los datos más bajos de densidad poblacional presentando valores entre 607,6 y 1825,9 hab./km², asociado a amplias áreas de transición rural – urbano, que junto con condiciones socioeconómicas adversas generan una alta demandan de servicios sociales donde los equipamientos no alcanzan a cubrir, temas de cuidado, seguridad alimentaria, trabajo y educación.

En cuanto a la estructura de la población el 51,2 % son mujeres y el 48,8 % son hombres, según la distribución de la población de la localidad por quinquenios de edad del año 2016, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 0 a 4 años (9,9%), 5 a 9 años (9,4 %), 10 a 14 años (9,1 %), 15 a 19 años (9,2 %), 20 a 24 años (9,4 %) y 25 a 29 años (8,4 %); de acuerdo a lo anterior se estima que un poco más de la mitad del total de la población (55,4 %) se ubica en los momentos de curso de vida de infancia, adolescencia y juventud. Al analizar el sexo según los grupos quinquenales se observa que hasta los 24 años son más los hombres que las mujeres, para el grupo de 25 a 29 años la distribución porcentual entre hombres y mujeres es similar para los dos sexos con 4,2 %, a partir de los 30 años de edad son más las mujeres que los hombres.

Tabla 1. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Quinquenios (años)	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 4	36.516	5,1	34.760	4,8	71.276	9,9
5 - 9	34.427	4,8	33.186	4,6	67.613	9,4
10-14	33.376	4,6	32.006	4,4	65.382	9,1
15-19	33.518	4,7	32.606	4,5	66.124	9,2
20-24	34.119	4,7	33.458	4,6	67.577	9,4

25-29	30.379	4,2	29.936	4,2	60.315	8,4
30-34	27.230	3,8	29.548	4,1	56.778	7,9
35-39	24.478	3,4	26.990	3,8	51.468	7,2
40-44	21.586	3	23.812	3,3	45.398	6,3
45-49	19.729	2,7	22.313	3,1	42.042	5,8
50-54	17.332	2,4	20.189	2,8	37.521	5,2
55-59	13.668	1,9	16.496	2,3	30.164	4,2
60-64	9.834	1,4	12.213	1,7	22.047	3,1
65-69	6.660	0,9	8.490	1,2	15.150	2,1
70-74	4.260	0,6	5.637	0,8	9.897	1,4
75-79	2.384	0,3	3.597	0,5	5.981	0,8
80 y más	1.837	0,3	3.130	0,4	4.967	0,7
Total	351.333	48,8	368.367	51,2	719.700	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

La distribución de la población por momentos de curso de vida para la localidad de Ciudad Bolívar en el año 2016, indica que la mayor concentración de la población se encuentra en el curso de vida adultez con 38,2 %, en segundo lugar se ubica juventud con 19,9 %, en tercer lugar se identificó primera infancia con 11,8 %. Para los demás cursos de vida la distribución fue la siguiente: infancia 11,1 %, adolescencia 10,9 % y persona mayor 8,1 %.

Tabla 2. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Momentos del curso de vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera infancia (desde la gestación hasta los primeros 5 años de vida)	43.538	6,0	41.530	5,8	85.068	11,8
Infancia (6 a 11 años)	40.812	5,7	39.268	5,5	80.079	11,1
Adolescencia (12 a 17 años)	39.959	5,6	38.551	5,4	78.510	10,9

Juventud (18 a 28 años)	72.227	10,0	70.692	9,8	142.919	19,9
Adultez (29 a 59 años)	129.823	18,0	145.260	20,2	275.082	38,2
Vejez o persona mayor (60 años y más)	24.975	3,5	33.067	4,6	58.042	8,1
Total	351.334	48,8	368.367	51,2	719.700	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

1.4. Aseguramiento

El comportamiento a nivel local difiere considerablemente al evidenciado en el Distrito Capital, en donde cerca de tres de cada cuatro habitantes pertenecen al régimen subsidiado a nivel local pertenece el 62.87 %, hecho relacionado posiblemente con las dificultades de oferta laboral legal, donde el trabajo informal continua siendo una opción ampliamente utilizada. Este dato es consistente con lo observado el año anterior, con un 61,9 % para la localidad, según el diagnóstico sectorial de salud realizado por la Secretaría Distrital de Salud en octubre de 2015. En la localidad la participación en el régimen subsidiado también muestra diferencias, porcentualmente se observa un porcentaje más alto a lo presentado en el distrito (26,06 %), siendo este dato inferior al del año anterior 31,1 %.

Con relación a los encuestados SISBEN no afiliados las diferencias son menos marcadas entre lo local y el distrito, aunque el peso porcentual en Ciudad Bolívar (0.8 %) es levemente mayor al distrital (0.6 %), se observa un mayor porcentaje de personas potencialmente beneficiarios (90,8 %) en contraste con el distrito (83.7 %) con los no afiliados al régimen subsidiado.

Tabla 3. Distribución por aseguramiento, localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Aseguramiento	Ciudad Bolívar	%	Bogotá D. C.	
Régimen contributivo (estimado)	452.454	62,9	6.181.534	77,5
Régimen de excepción (estimado)	8.636	1,2	207.739	2,6
Régimen Subsidiado	187.553	26,1	1.166.823	14,6

Encuestados SISBEN No Afiliados	Potenciales Beneficiarios	5.218	0,7	41.376	0,5
	No Afiliables a Régimen Subsidiado	531	0,07	8.033	0,1
	Total SISBÉN No Afiliados	5.749	0,8	49.409	0,6

Fuente: Contributivo BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Subsidiado BDUA - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de diciembre de 2016.

Tomando como base la información registrada en el aplicativo APS (Atención Primaria en Salud), se cuenta con un estimado de 4.614 personas residentes de las zonas rurales de la localidad de Ciudad Bolívar, las cuales fueron registradas entre los años 2013 a 2015.

Tabla 4. Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2013 - 2015

Momento de curso de vida	Ciudad Bolívar				
	Hombre	Mujer	SD	Total	%
Primera infancia	303	303	44	650	14,1
Infancia	898	805	7	1.710	37,1
Adolescencia	490	549	1	1.040	22,5
Juventud	80	208	1	289	6,3
Adultez	196	431	5	632	13,7
Vejez	96	100	0	196	4,2
Sin Dato	18	79	0	97	2,1
Población APS	2.081	2.475	58	4.614	100

Fuente: Base APS, Subred Sur ESE, Secretaría Distrital de Salud, 2015.

En cuanto la distribución por momento de curso de vida, cerca del 60 % de la población se encuentra en infancia y adolescencia y si se suma la primera infancia se puede establecer que 3 de cada 4 personas son menores de edad, hecho que influye en la disponibilidad de mano de obra ya que tan solo el 14 % son adultos, esto puede afectar la calidad de vida o generar que menores tengan que abandonar sus estudios y participar de manera activa en la consecución de dinero para la subsistencia del núcleo familiar.

La relación por sexo en el área rural en la localidad difiere de lo observado en la población urbana, en donde las mujeres aportan el 53.6 % de la población total.

Tabla 5. Distribución población rural, localidad de Ciudad Bolívar 2013 – 2015

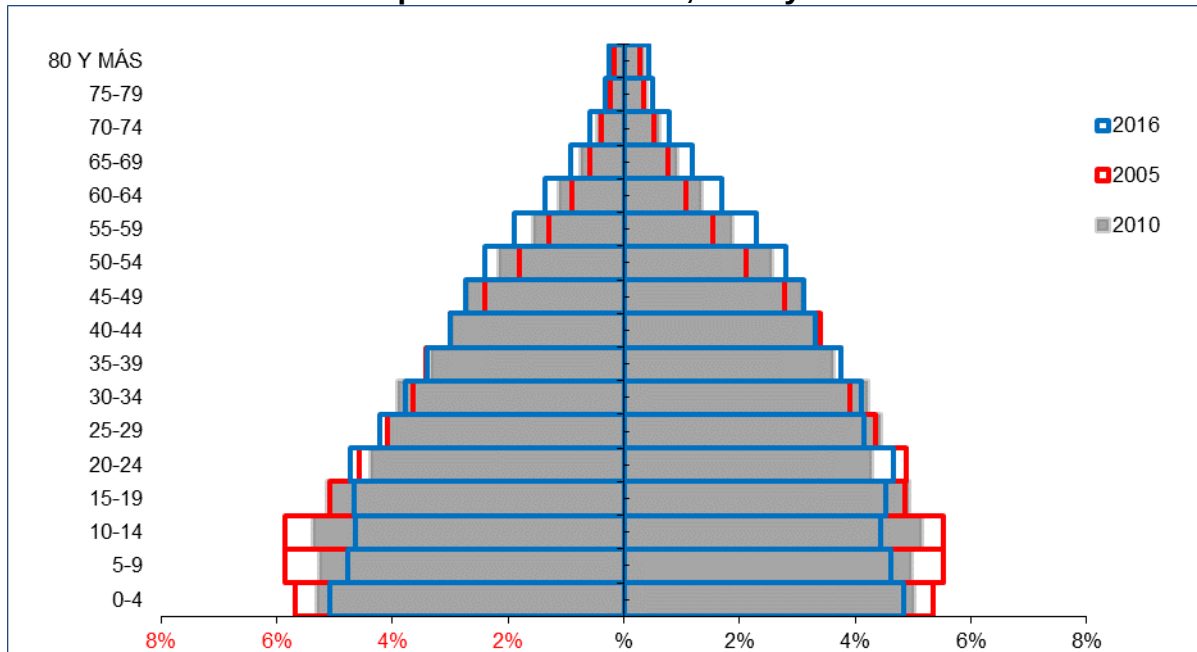
Distribución población rural según etnia, población diferencial y tipo régimen de salud		Ciudad Bolívar	%
Etnia	Afrocolombiano	7	0,15
	Indígena	3	0,07
	Palanquero	1	0,02
Población Diferencial	Discapacidad	8	0,17
	Reinsertados	0	0
	Desplazados	61	1,32
	Víctimas Del Conflicto Armado	78	1,69
Régimen en salud	Contributivo	1.728	37,45
	Subsidiado	1.858	40,27
	Especial	51	1,11
	No asegurado	938	20,33
	Sin información	39	0,85
Total		4.614	100

Fuente: Base APS, Subred Sur ESE, Secretaría Distrital de Salud, 2015.

Como se observa en la tabla, el 0,2 % pertenece a alguna etnia, las poblaciones especiales igualmente aportan una baja proporción con 3,2 %. En cuanto el aseguramiento el 40,3 % pertenece al régimen subsidiado, 37,5 % régimen contributivo, 20,3 % no estaban aseguradas, 1,1 % pertenecían al régimen especial, es importante mencionar que en el 0,8 % no se contó con información para esta variable. De acuerdo con lo anterior se puede evidenciar que el 60,6 % de la población pertenece al régimen subsidiado o no está afiliada, lo cual puede estar relacionado a que muchas personas se desempeñan en labores del campo y no acceden a trabajo formal. Cabe mencionar que en cuanto a las personas no aseguradas, este hecho puede dificultar el acceso a los servicios de salud, en especial la

atención preventiva, reduciendo la posibilidad de realizar detección temprana de enfermedades.

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad de Ciudad Bolívar comparativo años 2005, 2010 y 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades, Bogotá 2016 - 2020.

La pirámide poblacional de la localidad de Ciudad Bolívar estimada para el 2016, presenta una pirámide estacionaria, lo que significa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base con relación al 2005, resultado de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida al nacer que experimenta la población. Se observa una importante disminución de población de los 20 a 29 años en mujeres y en ambos sexos desde los 19 años, la cual se agudiza en menores de 14 años, relacionado posiblemente al control de natalidad y las acciones de prevención asociadas.

1.5. Dinámica demográfica

Para el año 2016 la población estimada de la localidad de Ciudad Bolívar fue de 719.700 habitantes, al comparar con el año 2005 (567 861 habitantes); se observa un crecimiento de la población aproximadamente del 15,9 %. La relación hombre – mujer disminuyó levemente

pasando de 96 hombres por cada 100 mujeres en 2010 a un dato cercano a los 95 hombres en el año 2016. De igual manera se registra una reducción en la razón de niños y niñas de 0 a 4 años pasando de 40 en 2005 a 36 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) para 2016.

Tabla 6. Indicadores demográficos, localidad de Ciudad Bolívar, 2005 – 2010 – 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	567.861	628.366	719.700
Población Masculina	278.643	307.784	351.333
Población femenina	289.218	320.582	368.367
Relación hombre : mujer	96	96	95
Razón niños : mujer	40	37	36
Índice de infancia	34	31	28
Índice de juventud	28	27	27
Índice de vejez	5	6	8
Índice de envejecimiento	16	20	28
Índice demográfico de dependencia	59	54	50
Índice de dependencia infantil	54	48	43
Índice de dependencia mayores	5	6	8
Índice de Friz	166	151	138

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

En cuando a los índices de infancia, juventud, vejez y envejecimiento se observan importantes diferencias; en infancia se observa una marcada reducción de 31 niños menores de 15 años en 2010 a 28 en 2016 con relación a cada 100 personas. En cuando a juventud es el único de los 4 indicadores mencionados que no presenta cambios en los últimos años, permaneciendo en 27 jóvenes de 15 a 29 años por cada 100 personas.

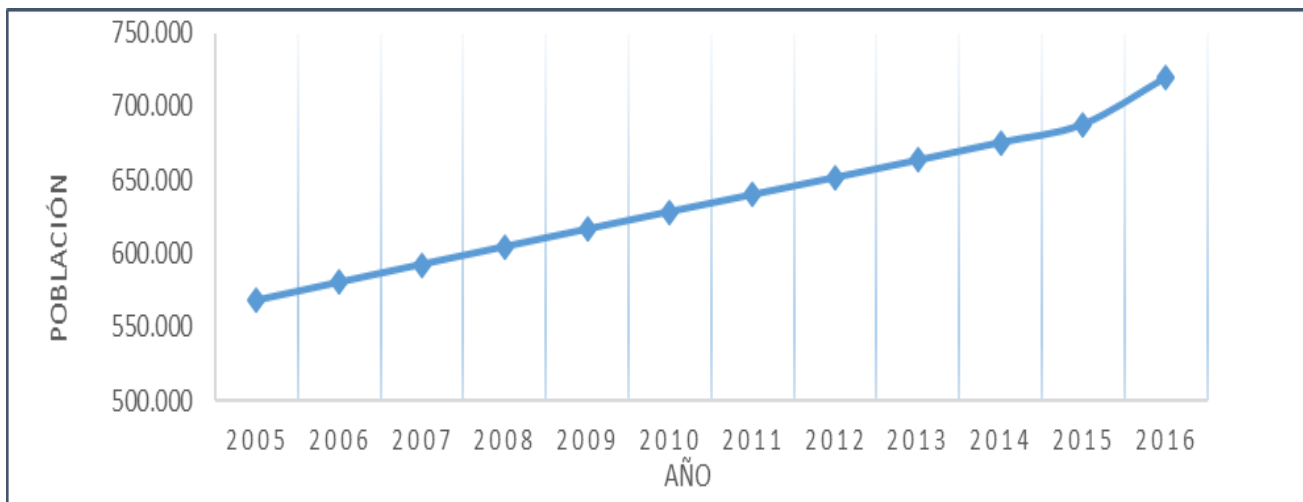
El indicador de vejez y envejecimiento confirma nuevamente lo observado en la pirámide poblacional, el aumento de población mayor de 65 años en la localidad, en cuando a vejez

se observa que paso de 6 a 8 adultos mayores de 65 años por cada 100 habitantes entre los años 2010 y 2016. Tomando la relación del índice de envejecimiento se observa un incremento considerable en los últimos años entre jóvenes menores de 15 años y adultos mayores de 65 años, pasando de 16 en 2005 a 20 en 2010 y 28 en 2016, por cada 100 jóvenes de las edades mencionadas.

El índice de dependencia ha presentado una disminución consistente en los últimos años, pasando de 59 personas menores de 15 o mayores de 65 años por cada 100 personas entre los 16 y 64 años en 2005 a 50 en 2016; dicha dependencia al separarla entre infantil y mayores, se observa reducción en la primera e incremento en la segunda, muy relacionado con el comportamiento de la pirámide poblacional.

El índice de friz para la localidad es de 138.18 lo que representa una población que ha venido madurando en los últimos años si se toma en cuenta que los datos para 2005 y 2010 fueros 166.18 y 151.36 respectivamente.

Gráfica 2. Población, localidad de Ciudad Bolívar, 2005 – 2016



Fuente: Certificado de nacido vivo y defunción, Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Secretaría Distrital De Salud Bogotá D.C, Dirección De Salud Pública - Área Vigilancia en Salud Pública, indicadores demográficos, 2010 – 2016. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades, Bogotá 2016 - 2020.

Respecto al crecimiento de la población para la localidad de Ciudad Bolívar, en la gráfica se observa una tendencia al aumento de la población, con una población estimada de 567.861

habitantes en el año 2005 y 719.700 habitantes para el año 2016, estos datos reflejan que la población ha presentado aproximadamente un crecimiento 24 % en los años analizados.

Tabla 7. Indicadores demográficos, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 - 2016

Índice Demográfico		Año						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad local		17,7	16,8	16,5	15,2	15,6	15	13,6
Tasa bruta de mortalidad		3,1	3,2	3,2	2,9	3,1	3,0	2,5
Tasa de crecimiento anual		14,6	13,94	14,41	12,0	12,64	12,0	11,1
Tasa global de fecundidad		2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,6
Tasa general de fecundidad		49,9	47,5	46,7	43,1	44,6	42,9	39,0
Tasa específica de fecundidad por grupos de edad	10 a 14 años	2,8	2,4	2,6	2,7	2,7	1,7	1,7
	15 a 19 años	91,9	91,4	90,2	80,7	81,0	72,2	62,3
	20 a 24 años	130,4	122,7	119,3	109,4	114,7	109,0	93,5
	25 a 29 años	86,8	81,6	84,1	81,5	85,0	88,0	74,2
	30 a 34 años	51,7	50,5	49,1	45,3	48,7	49,3	49,3
	35 a 39 años	29,9	27,0	24,5	23,7	24,7	25,1	25,9
	40 a 44 años	10,8	9,2	9,5	8,1	8,2	7,9	7,0
	45 a 49 años	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
	50 a 54 años	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0

Fuente: Certificado de nacido vivo y defunción, Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Secretaría Distrital De Salud Bogotá D.C, Dirección De Salud Pública - Área Vigilancia en Salud Pública, indicadores demográficos, 2010 – 2016. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades, Bogotá 2016 - 2020.

La tasa bruta de natalidad indica que para el año 2016 en la localidad por cada 1000 habitantes se presentaron 13,6 nacimientos, esta tasa ha presentado una tendencia a la disminución pasando de 17,7 en 2010 a 13,6 en el año 2016. Durante el año 2016 se presentaron 1795 defunciones, permitiendo estimar una tasa de bruta de mortalidad de 2,5 defunciones por cada 100000 habitantes, para los años 2010 a 2016 la tendencia de la tasa es a la reducción.

Respecto a la tasa de crecimiento anual de la población de la localidad se observa que durante los años 2010 a 2016 se ha presentado una tendencia al descenso, lo que muestra que la transición demográfica de la localidad se encuentra en fase avanzada, con bajas tasas de natalidad y mortalidad y bajo crecimiento.

Con relación a las tasas de fecundidad se puede decir que para el año 2016, el promedio de hijos por cada mujer que reside en la localidad es de 1,6 (Tasa global de fecundidad). Se calcula que para el año 2016 en la localidad nacieron 39 niños y niñas por cada mil mujeres en edad fértil (tasa general de fecundidad); como se observa en la tabla estas tasas presentan una tendencia a la disminución.

Según las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, las mayores tasas se presentaron en los grupos de: 20 a 24 años (93,5), 25 a 29 años (74,2) y 15 a 19 años (62,3). Para el grupo de adolescencia temprana se estima que por cada mil mujeres de 10 a 14 años nacieron 1,7 niños y niñas. En los demás grupos se calcularon las siguientes tasas: 30 a 34 años es 49,3, 35 a 39 años (25,9), 40 a 44 años (7,0) y 45 a 49 años (0,7).

Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Ciudad Bolívar, 2016

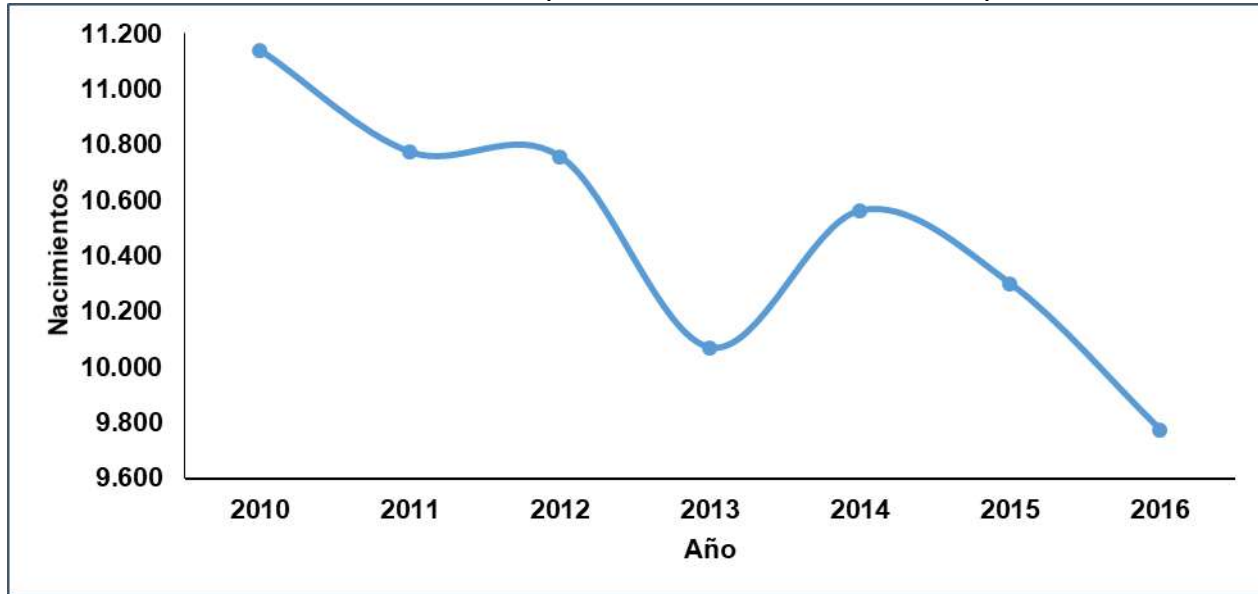
Quinquenios (años)	Hombres	Mujeres	Índice de Masculinidad
0 - 4	36.516	34.760	105,1
5 - 9	34.427	33.186	103,7
10-14	33.376	32.006	104,3
15-19	33.518	32.606	102,8
20-24	34.119	33.458	102,0
25-29	30.379	29.936	101,5

30-34	27.230	29.548	92,2
35-39	24.478	26.990	90,7
40-44	21.586	23.812	90,7
45-49	19.729	22.313	88,4
50-54	17.332	20.189	85,8
55-59	13.668	16.496	82,9
60-64	.9834	12.213	80,5
65-69	6.660	8.490	78,4
70-74	4.260	5.637	75,6
75-79	2.384	3.597	66,3
80 y más	1.837	3.130	58,7
Total	351.333	368.367	95,4

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

En la relación de hombre mujer para el año 2016, se observó que por cada cien mujeres hay 95,4 hombres; al comparar con el año 2005 (96,3) se ha presentado disminución para el año 2016. Se encontraron los mayores índices de masculinidad en los grupos de: 0 a 4 años (105,1), 5 a 9 años (103,7) y 10 a 14 años (104,3), es importante mencionar que para el curso de vida infancia la relación es mayor en hombres, dato que puede estar relacionado con un mayor número de nacimientos en hombres.

El índice de masculinidad presenta una tendencia a la disminución levemente en los diferentes grupos de edad hasta los 25 a 29 años, a partir de los 30 años se disminuye la relación de hombres y mujeres, lo cual puede estar relacionado con defunciones relacionadas con causas externas (violencia, accidentes de tránsito y laborales); los menores índices fueron encontrados en los grupos de 70 a 74 años (75,6), 75 - 79 (66,3) y más de 80 años (58,7).

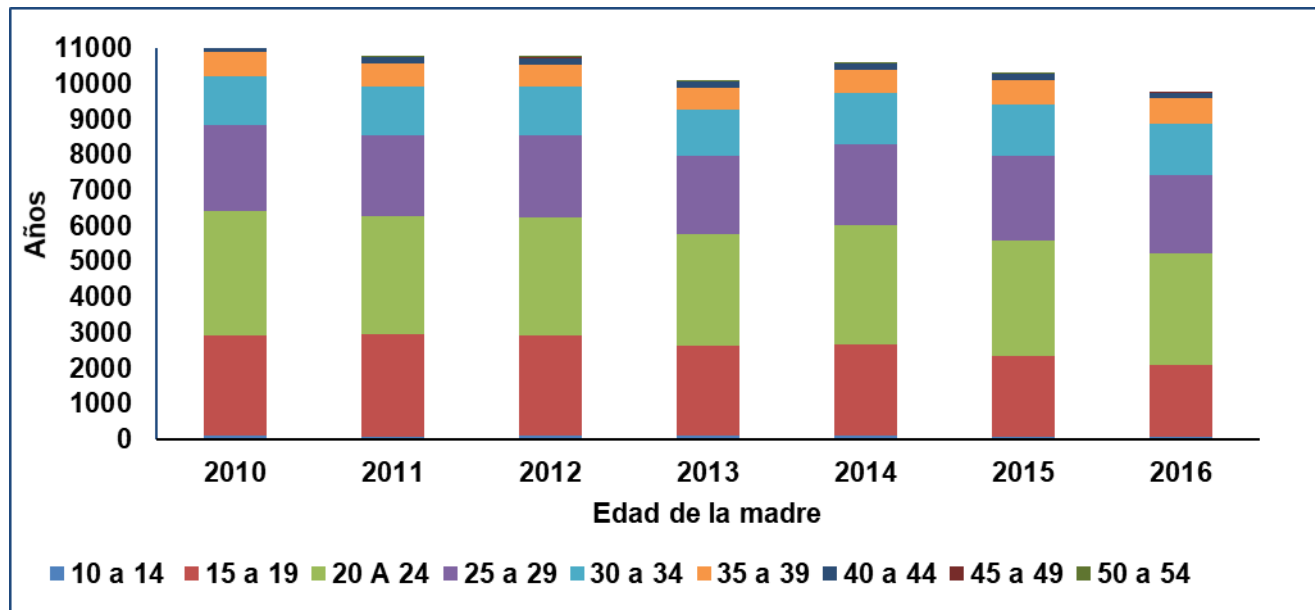
Gráfica 3. Total nacidos vivos, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND 2010 – 2016; 2014 actualizado el 14 de junio del 2015; 2015-2016 preliminar.

Entre 2010 y 2013 se observa una importante disminución en la cantidad de nacidos vivos en la localidad de Ciudad Bolívar y para el 2014 aumento. Al comparar entre los años 2010 (11141 nacimientos) y 2016 (9774 nacimientos) la reducción de nacimientos fue de 12,3 % para 2016.

Al analizar el comportamiento de la frecuencia de los nacidos vivos según edad de la madre, se observó que los grupos de edad que han presentado tendencia a la reducción entre 2010 a 2016 fueron: el grupo de 10 a 14 años pasando de 92 nacimientos en 2010 a 55 nacimientos en 2016 con una reducción porcentual del 40,2 %; en segundo lugar se ubica el grupo de 15 a 19 años (reducción 28,5 %), seguido se encuentran los grupos de 40 a 44 años, 20 a 29 años y 50 a 54 años. Teniendo en cuenta el comportamiento de las edades que hacen referencia a embarazos en adolescentes (10 a 19 años) es importante mencionar que aunque se ha presentado reducción en el número de casos, no se ha logrado su reducción total.

Gráfica 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016



Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Los grupos de edad en los que se presentó tendencia estable en el número de casos fueron: 30 a 34 años, 35 a 39 años y 45 a 49 años.

En los últimos 5 años se cuenta con un registro de 363 nacimientos de madres con edades entre los 10 y 14 años, con un promedio cercano a 72,6 casos por año, de la totalidad de casos el 1,4 % pertenecen a alguna etnia indígena, negra, mulato o afrocolombiano. En relación al sexo 52,1 % eran hombres y 47,9 % mujeres.

Respecto al aseguramiento la mayoría de casos se dieron en menores pertenecientes al régimen subsidiado (52,1 %), seguido del contributivo (36,1 %), en tercer lugar se ubican las no aseguradas (10,5 %), en último lugar se encuentran las menores afiliadas al régimen de excepción (1,4 %).

En cuanto al nivel educativo se observó que la mayoría de las madres adolescentes habían cursado básica secundaria (71,1 %), seguido se encontraron las madres que cursaron básica primaria con 25,9 %, media académica o clásica 1,4 %, media técnica 0,6 %, preescolar 0,3 %, es importante mencionar que el 0,8 % no tenían información.

Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	0	0	0	0	1
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	2	0	2	0	0
	Ninguno de los anteriores	80	85	84	55	54
	Total	82	85	86	55	55
Sexo	Hombres	44	46	40	36	23
	Mujeres	38	39	46	19	32
	Total	82	85	86	55	110
Aseguramiento	Contributivo	27	28	31	20	25
	Subsidiado	43	41	46	31	28
	Excepción	2	1	0	1	1
	No asegurado	10	15	9	3	1
	Total	82	85	86	55	55
Nivel Educativo	Preescolar		1	0	0	0
	Básica primaria	15	19	25	15	20
	Básica secundaria	63	64	58	39	34
	Media académica o clásica	2	0	1	1	1
	Media técnica	0	1	1	0	0
	Sin información	2	0	1	0	0
	Total	82	85	86	55	55
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	5	7	7	5	3
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	23	17	15	8	11
	Soltera	53	61	64	42	40
	Sin información	1	0	0	0	1
	Total	82	85	86	55	55

Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 18-04-2017 (Corte 17-04-2017).

Respecto al estado conyugal de la madre se debe tener en cuenta la corta edad de la madre, así como que una importante proporción de dichos casos se tipifican como violencia sexual; teniendo en cuenta lo anterior la mayoría de casos se dan en menores solteras con 71,6 % (n=260). Para los demás estados conyugales el comportamiento fue el siguiente: no estaban casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja 20,4 % (n=74), no está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja 7,4 % (n=27), en el 0,6 % no se contó con información para esta variable.

Durante los años 2012 a 2015 se cuenta con un registro de 12.286 nacimientos de madres con edades entre los 15 y 19 años, con un promedio cercano a 2.457 casos por año, de la totalidad de casos el 0,7 % pertenecen a alguna etnia indígena, negra, mulato o afrocolombiano. En relación al sexo 51,2 % eran hombres y 48,8 % mujeres.

En relación al aseguramiento la mayoría de casos se dieron en menores pertenecientes al régimen subsidiado (48,8 %), para los demás regímenes la distribución porcentual fue la siguiente: contributivo 38,4 %, no aseguradas 11,9 %, excepción 0,7 % y especial 0,2 %.

Tabla 10. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	1	0	3	8	5
	Rom	1	0	0	0	1
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	12	21	10	13	13
	Ninguno de los anteriores	2.832	2.533	2.553	2.268	2.011
	Sin información	1	0	0	0	0
	Total	2.847	2.554	2.566	2.289	2.030
Sexo	Hombres	1.471	1.308	1.298	1.149	1.069
	Mujeres	1.376	1.246	1.268	1.140	960
	Indeterminado	0	0	0	0	1
	Total	2.847	2.554	2.566	2.289	2.030
Asegurami	Contributivo	930	933	1026	943	888

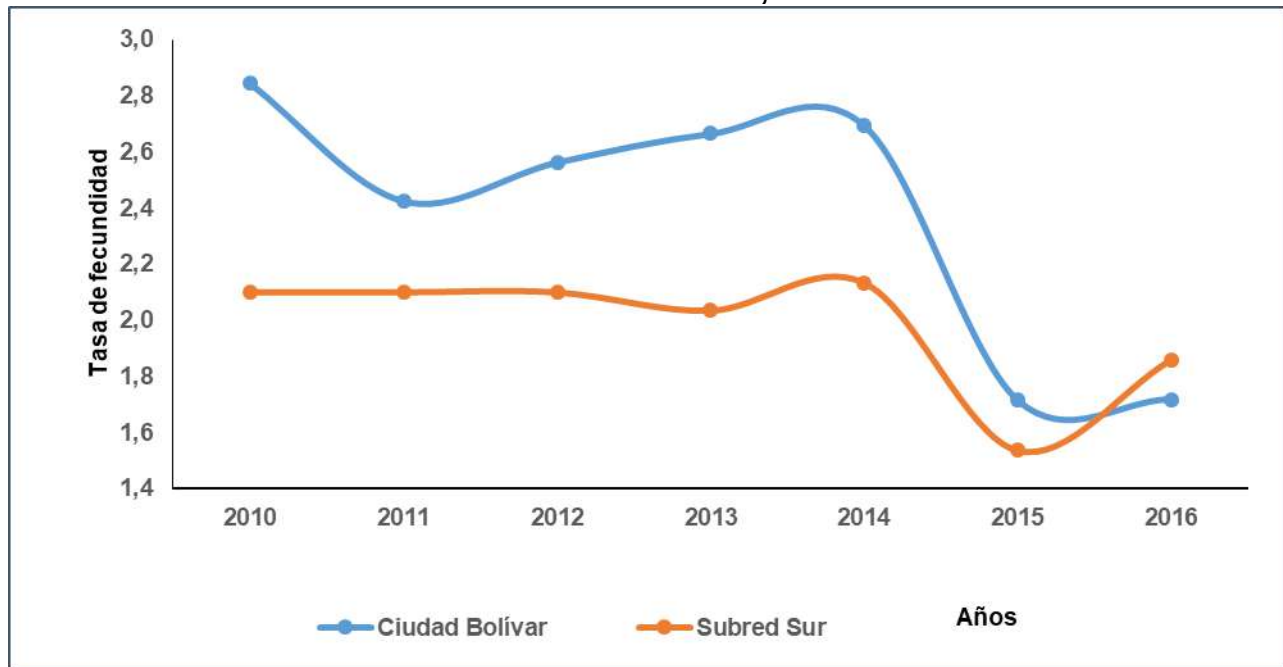
ento	Subsidiado	1479	1214	1192	1119	992
	Excepción	18	25	21	0	16
	Especial	0	1	0	21	0
	No asegurado	420	381	327	206	134
	Total	2.847	2.554	2.566	2.289	2.030
Nivel Educativo	Preescolar	4	1	1	0	0
	Básica primaria	227	232	179	177	152
	Básica secundaria	1.277	1.050	1.052	910	840
	Media académica o clásica	1.196	1.130	1.161	1.082	910
	Media técnica	35	40	24	26	20
	Normalista	0	0	1	0	0
	Técnica Profesional	29	46	56	36	46
	Tecnológica	19	22	21	27	27
	Profesional	24	19	28	11	10
	Ninguno	3	4	5	0	1
	Sin información	33	10	38	20	24
	Total	2.847	2.554	2.566	2.289	2.030
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	817	708	808	751	627
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	975	865	839	768	696
	Separada, divorciada	6	2	4	727	655
	Viuda	2	1	3	24	21
	Soltera	995	942	855	2	2
	Casada	31	28	26	1	5
	Sin información	21	8	31	16	24
	Total	2.847	2.554	2.566	2.289	2.030

Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 18-04-2017 (Corte 17-04-2017).

Respecto al estado conyugal de la madre la mayor proporción se observa en mujeres en el curso de vida adolescencia con estado civil soltera (33,7%), seguido de menores que no estaban casadas y llevaban dos años o más viviendo con su pareja con 30,2 %, el 22,8 %

eran solteras, 11,3 % eran separadas o divorciadas, 0,7 % casadas y 0,4 % viudas, es importante mencionar que en el 0,8 % no se contó con información para esta variable.

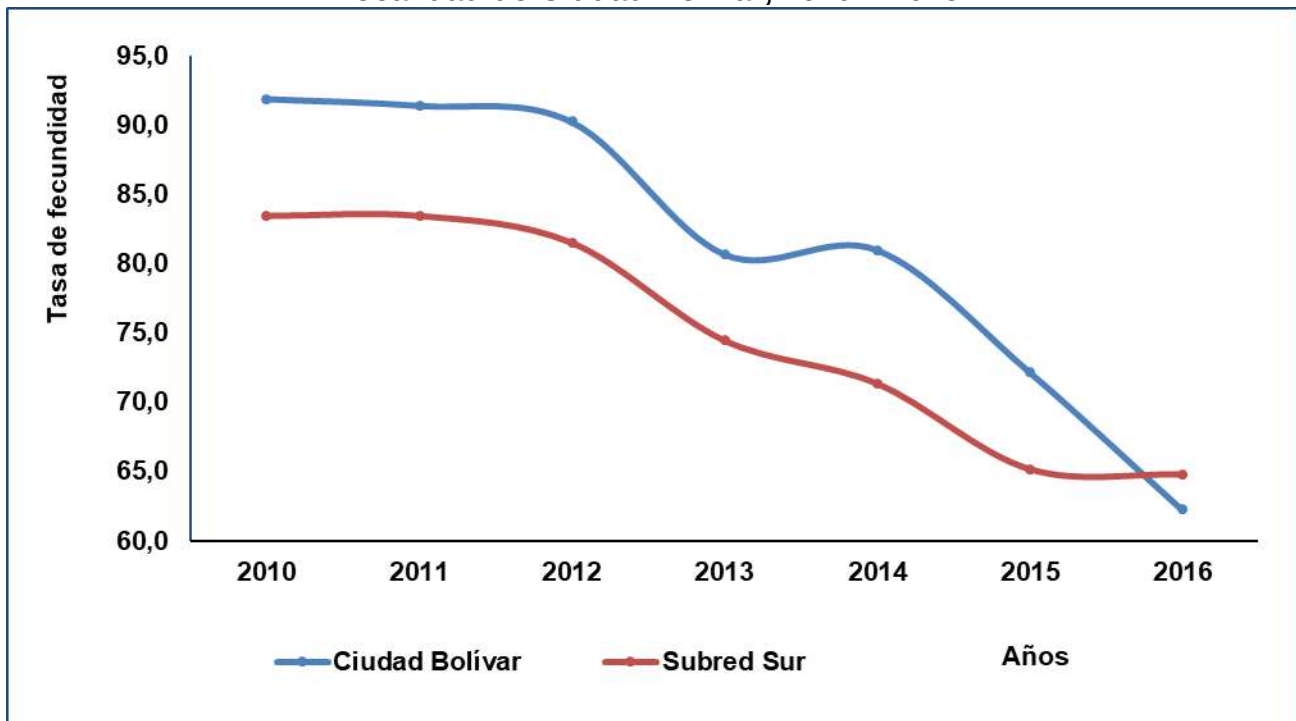
Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. Bases de datos DANE, Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud, 2008 a 2009 son datos finales; 2014: publicado preliminar marzo 30 del 2015.

Según la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años se estima que durante el año 2016 en la localidad de Ciudad Bolívar por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años nacieron 1,7 nacidos vivos; durante los años 2010 a 2016 se observa una tendencia a la disminución en la tasa pasando de 2,8 a 1,7. Al comparar con la Subred Sur se observa que durante los años 2010 a 2015 la tasa de la localidad de Ciudad Bolívar estaba por encima y para el año 2016 se ubicó por debajo con una diferencia de 0,2.

Gráfica 6. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 – 2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. Bases de datos DANE, Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud, 2008 a 2009 son datos finales; 2014: publicado preliminar marzo 30 del 2015.

Con relación a la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años se estima que en Ciudad Bolívar para el año 2016 por cada 1.000 mujeres en edades de 15 a 19 años nacieron 62,3 nacidos vivos; en el análisis comparativo de los años 2010 a 2016 se ha presentado una reducción importante, pasando de una tasa de 91,9 a 62,3. Durante los años 2010 a 2015 en la localidad, las tasas fueron superiores a las presentadas en la Subred Sur, sin embargo para el año 2016 la tasa de la localidad fue inferior con 62,3 y 64,8 respectivamente.

2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

Según la OMS, la salud no solo es la ausencia de afección o enfermedades sino que también se relaciona con el bienestar físico, mental y social. Al realizar el análisis de las condiciones de vida y determinantes sociales de la salud, se debe partir en realizar una distinción; el tema del cuidado de la salud no solo se refiere a los servicios hospitalarios o extramurales que prestan el Estado o particulares, sino que también se debe contemplar las condiciones de vida de las personas. En este sentido, se debe tener en cuenta que no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de empleo, salario y vivienda que posibilita que haya una adecuada calidad de vida. Por lo anterior cabe señalar que en todos los contextos se encuentran desigualdades sociales, las cuales se refieren a las oportunidades que se tiene para adquirir o desarrollar su vida de cierta forma.

El presente capítulo se construyó a partir de la elaboración, diligenciamiento y análisis de la matriz de dimensiones del plan decenal de salud (Matriz de determinantes anexo 34); cuyo análisis permite hacer un abordaje sobre los determinantes sociales de la salud que afectan o inciden en la calidad de vida de la población.

2.1. Dimensión Ambiental

Esta dimensión involucra el análisis del derecho a un ambiente sano de las poblaciones a través de la observación de los recursos y el estado en que se encuentra. La localidad cuenta con un importante sistema de recursos hídricos tanto en la zona urbana como rural; estos recursos son una fuente importante de abasto para los acueductos veredales en zonas en las que aún no se cuenta con red de acueducto público. En algunas de las fuentes hídricas como la quebrada Trompeta y Limas se observa reducción de cauces y la utilización para el depósito de basuras y escombros lo que causa propagación de malos olores y vectores que son nocivos para la salud. En la zona rural se ha encontrado que las fuentes hídricas han sido afectadas por la expansión de las zonas cultivables por parte de los pobladores.

Desde los equipos de Espacios de vida y Componente de gestión de la salud ambiental – GESA, se han movilizad o estrategias para la recuperación de puntos críticos de acumulación, mediante acciones de comunicación del riesgo dirigidas a la comunidad en el

cuidado del entorno. Sin embargo, se observa que no se logra continuidad ni apropiación de estas actividades por parte de la comunidad.

En la zona rural, se han movilizado iniciativas gubernamentales de recuperación de ríos y quebradas, pero algunos miembros de la comunidad consideran que estos procesos significan una pérdida de espacios para cultivar. En otras zonas rurales, la comunidad solicita de inmediato acciones restaurativas en casos como Quebrada Santa Helena, la cual surte de agua a la comunidad de la vereda Santa Helena.

En cuanto a calidad del aire, la estación más cercana de control de material particulado y PM10 para la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra en el Tunal. La información consultada (5) muestra que el 77.8 % de las mediciones superaran los $50\mu\text{g}/\text{m}^3$, límite recomendado en la Guía de Calidad de Aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS); lo anterior incide en la afectación en salud para los grupos vulnerables (niños, niñas y personas mayores).

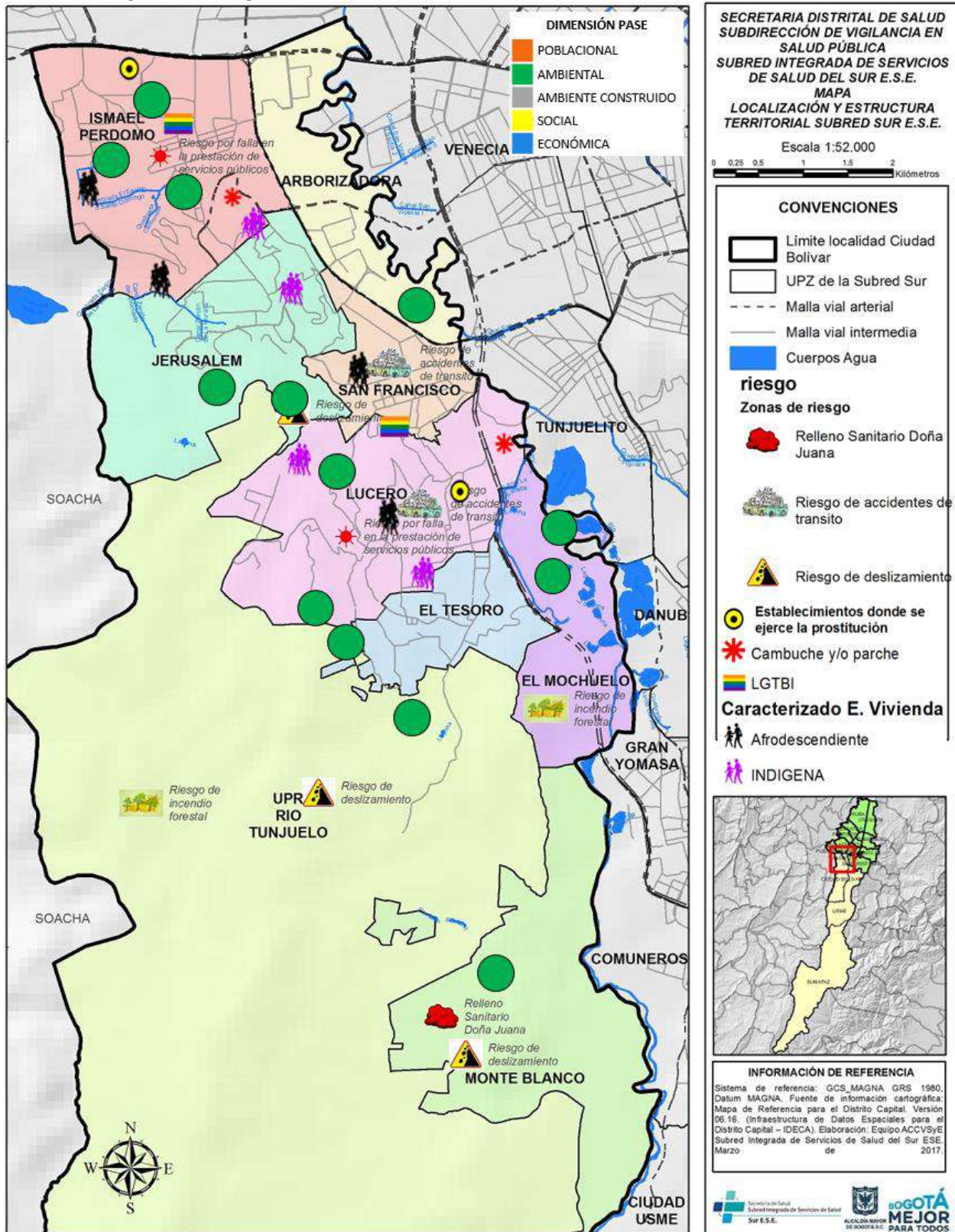
Se encuentra que las principales fuentes de contaminación que afectan el aire, son la quema de carbón para la cocción del bloque generando CO_2 y otros gases, partículas en suspensión generadas por los procesos de arranque y transporte interno de materiales y del parque automotor que atraviesa la localidad por sus dos vías importantes (avenida Boyacá y autopista sur); olores producto de la descomposición de basuras debido al relleno sanitario Doña Juana y al parque minero (CEMEX).

En esta dimensión, se analizan zonas de peligro por riesgos y amenazas del ambiente. Como se ha mencionado la localidad se ha desarrolla en zona de montaña, la cual históricamente ha tenido procesos importantes de urbanización sin planificación y explotación minera los cuales han creado escenarios de riesgo para los asentamientos humanos. La localidad cuenta con 4.650 manzanas en zonas de amenaza por remoción en masa(6); en el mapa 3, se observan las UPZ donde se localiza la mayor cantidad de manzanas con esta amenaza: Ismael Perdomo (amenaza alta); Lucero (amenaza media) y San Francisco (amenaza baja). La UPZ Arborizadora es la única UPZ que no posee ninguna manzana amenazada por remoción en masa.

Las zonas de amenaza media y alta han sido pobladas históricamente por personas consideradas en vulnerabilidad, quienes fundaron barrios de origen ilegal que no tienen un adecuado planeamiento urbanístico, deficiencias o inexistencia de redes de servicios y vías sin pavimentar. Esta condición de riesgo puede ser mitigada con el mejoramiento del entorno, la complementación de servicios urbanos o con construcción de obras de estabilización, que se han venido realizando a través del tiempo y que de alguna forma han reducido los riesgos de remoción. En las zonas con riesgo no mitigable, se requiere de la reubicación de las familias afectadas; para el año 2015 se realizó la reubicación de familias de los barrios de los Altos de la Estancia de la UPZ Ismael Perdomo.

En la localidad se encuentran zonas con amenaza de inundación por desbordamiento del río Tunjuelito, los barrios Santa Rosita, Meissen, México y La Playa I son los que tienen mayor afectación. A través del tiempo se han adoptado medidas para mitigar los riesgos de inundación, para el caso del río Tunjuelito, se ha creado un socavón más alto, que imposibilita el desbordamiento del río. Finalmente, se encontraron zonas con amenaza asociada al cauces de la quebrada limas, la estrella y el infierno los cuales afectan a la comunidad en época de lluvias (mapa 3).

Mapa 3. Riesgos dimensión ambiental, localidad de Ciudad Bolívar



2.2. Dimensión ambiental construida

Esta dimensión (7) hace referencia a la transformación del ambiente natural, el cual busca satisfacer las necesidades biológicas y sociales de sus habitantes, a través de dotar de infraestructura, base para el desarrollo de las actividades de tipo social, económicas y políticas administrativas a las comunidades. En la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra que esta transformación se realiza de forma paulatina.

El primer aspecto a tener en cuenta, es la movilidad de la localidad; en este aspecto se tiene en cuenta la malla vial y el sistema de transporte, ya que este es un indicador de la calidad de vida de la población. Para el primer aspecto, Ciudad Bolívar cuenta con 1.068 Km/Carril para la circulación de vehículos, distribuidos en 97 vías Arterias, 162 Intermedias y 809 Local de Km/Carril(8). No obstante, se encuentran datos negativos en cuanto a su estado, el 25 % de las vías arterias se encuentran en mal estado, caso contrario ocurre con las vías intermedias, el 63 % se encuentran en buen estado.

En cuanto a transporte público (9), la localidad cuenta con la oferta del sistema integrado de transporte público de Bogotá (SITP), con una flota de buses alimentadores desde el portal de Transmilenio El Tunal, buses urbanos y con busetas provisionales de SITP y aunque pareciera suficiente, se observa que demanda sobrepasa la oferta. La localidad es la cuarta del Distrito en número poblacional y un gran número de personas deben trasladarse a otros lugares para desarrollar sus actividades cotidianas, las cuales se ven afectadas por la escasez de medios de transporte. Según el Observatorio de Movilidad 2016, en promedio las personas se gastan 1 hora de tiempo de traslado a sus sitios de actividades (10).

Al realizar un análisis de la malla vial y la accidentalidad vial se encuentra que en 2015 (9), se presentaron 543 víctimas fatales en Bogotá, la localidad aportó 46 casos, de los cuales 18 fueron peatones, 13 motociclistas, 8 pasajeros, 1 conductor y 6 ciclistas.

Por último, se debe indicar que la localidad cuenta con la menor oferta de ciclorutas en el Distrito, contando con tan solo 7 kilómetros, lo que incide en el disfrute de los espacios públicos y realizar actividades físicas.

En los últimos años Bogotá ha tenido una transformación paulatina a causa de la migración a la ciudad y por otros factores, que ha conllevado a una reducción significativa del espacio público. Internacionalmente se ha establecido que por cada habitante se debe contar con 15 m². En la localidad se tiene estimado que el espacio efectivo por habitante es de 2.59 m² inferior a lo estipulado, lo que pone de manifiesto la reducción y escaso espacio público para el disfrute y encuentro de las personas que ayuden y potencie la reducción de estrés entre la población (8).

En zonas verdes se tiene que, por habitante se encuentra que el Distrito también ha tenido una reducción importante en este indicador, pasando de 6.3 m² en 2012 a 6 en 2015. Para la localidad se cuenta con 3.9 m² por habitante, presentando uno de los datos más bajos del distrito, dato que muestra la carencia de opciones para los residentes de esta localidad en su mayoría de los estratos 1 y 2 (8).

El mapa 4, muestra las principales fuentes de riesgo en la localidad. Los puntos representan las principales fuentes de contaminación, Parque Minero (Cemex), Relleno Sanitario Doña Juana; así mismo se muestran las principales zonas de riesgo local como la UPZ Ismael Perdomo y UPZ Lucero.

2.3. Dimensión social

Esta dimensión agrupa información que incide directa o indirectamente en el mejoramiento del bienestar humano y permite examinar las características poblacionales en materia de educación, salud, condiciones de vivienda, pobreza, seguridad y saneamiento básico. En el tema de educación se analiza el equipamiento educativo, la tasa de cobertura y deserción escolar teniendo en cuenta que estos factores inciden en la consecución de trabajo y por consiguiente en la calidad de vida.

La localidad cuenta con un equipamiento educativo de 74 colegios públicos, 90 privados y 1 universidad. Para el número de habitantes de la localidad se encuentra un déficit importante pues la razón de equipamiento es de 27 por cada 100.000 habitantes y partiendo de la población de la localidad, la razón por equipamiento está por debajo de la ciudad, la cual se encuentra en 47,1 (11).

Para el año 2015, la localidad cuenta aproximadamente 159.238 personas en edad escolar (PEE), para el mismo año se registraron aproximadamente 108.939 matrículas en sector oficial, es decir colegios distritales, colegios con administración contratada y colegios con matrícula contratada. No se tiene información respecto a las matriculas de la localidad que se realizan en colegios de otras localidad y en colegios privados, por lo cual no se reconoce la cifra de cuantas PEE quedan fuera del sistema educativo, aunque si se calcula la tasa de deserción, se encuentra que la localidad presenta una tasa de 2,6 (12).

Entre las principales causas de deserción escolar en la PEE(13), son las distancias entre el colegio y la vivienda de los estudiantes, cambios de residencia y por bajo rendimiento académico; lo anterior es agravado por la inseguridad que presentan algunos colegios, en especial en los barrios con mayor inseguridad, Perdomo y Paraíso y junto con bajos ingresos económicos de las familias, que se convierten en factores predisponentes para la inclusión en actividades laborales de la población adolescente.

Otro de los aspectos a contemplar es el tema de salud; la Localidad cuenta con 194 instituciones de salud, predominan los laboratorios privados con 75,8 % (n=147), seguido de

instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a ONG's, fundaciones, e IPS del régimen contributivo, 13,4 % (n=26)

Se debe contemplar que con el nuevo modelo de salud se busca fortalecer las USS de la localidad, pero en el proceso se generan barreras de acceso geográficas, la comunidad debe trasladarse a otras localidades para consultas con especialistas. De igual forma, se encuentra un alto porcentaje de población sin afiliación a salud, lo que representa riesgo para el cuidado de la salud al no acceder a programas de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, especialmente en la población más vulnerable: niños, gestantes y personas mayores.

Con respecto a la vivienda (14), se ha encontrado que la localidad cuenta con 188.496 unidades habitacionales de las cuales el 55 % están tomadas en arriendo. Se encuentra además que gran parte de los hogares viven en apartamento, seguido de casa; en cuanto a tenencia, alrededor del 20 % de las familias viven en casa propia que se encuentra en proceso de pago y cerca de un 8 % viven en vivienda propia ya paga. Esta información permite inferir que uno de los gastos frecuentes en las familias de la localidad es el pago de canon de arrendamiento.

En relación a las condiciones de las viviendas (14), en términos generales se observa que las viviendas de la localidad, cuentan con problemas de tipo constructivo, grietas en paredes y pisos, fallas en tuberías, cañerías o desagües y, hundimiento de la estructura. Factores relacionados con humedad en paredes, pisos y techos fue el de mayor proporción en Bogotá. En cuanto a servicios públicos se tiene que, la localidad se tiene cubierto el 99.9 % de los servicios de acueducto, el 99.8 % para el alcantarillado, el 99.6 % para la recolección de basura, el 99.9 % de servicio de energía, y el 96.5 % para gas natural(15).

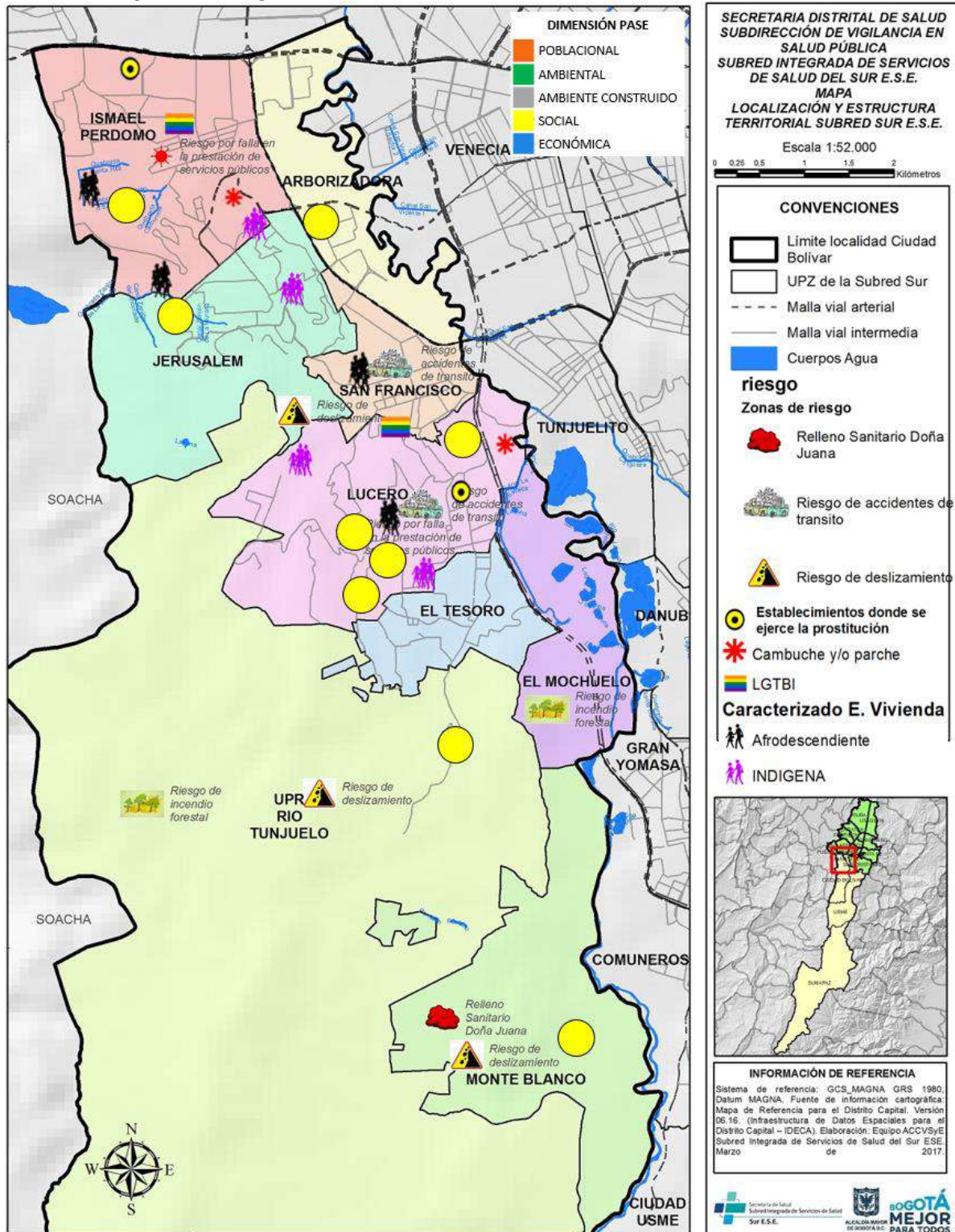
En la localidad predomina el estrato 1 con el 49,6 % de las viviendas (n=89,283), seguido del estrato 2 con el 7,6 % (n=52.552) y el estrato 3 con el 1 % (n=2,825). Las UPZ El Tesoro, Lucero y Jerusalén son su mayoría estrato 1, la UPZ San Francisco es su mayor medida estrato 2, la UPZ Arborizadora concentra la mayor cantidad de viviendas en estrato 3.

La zona rural de la localidad cuenta con acueductos comunitarios; los resultados de la vigilancia de la calidad del agua muestran que estos presentan problemas con los niveles de cloro y la presencia de microorganismos en el agua. Se han desarrollado medidas correctivas como la desinfección con hipoclorito con la asesoría de la EAAB.

Finalmente, en seguridad se encuentra con información que refiere que, la percepción de inseguridad en la localidad ha ido disminuyendo en los últimos años (16), pasando del 84.5 % en 2011 a 79.1 % en 2014, lo que indica que la población ha encontrado alternativas para sentirse seguros en sus contextos. La localidad cuenta con 12 CAI de Policía y una Estación los cuales brindan seguridad a la comunidad.

El mapa 5, muestra los puntos considerados de mayor inseguridad en la localidad. La UPZ Ismael Perdomo y Lucero, son las que presentan los mayores índices de robos y hurtos a personas (8).

Mapa 5. Riesgos dimensión social, localidad de Ciudad Bolívar



2.4 Dimensión económica

Esta dimensión tiene en cuenta la información relacionado con los aspectos que permiten el desarrollo económico de la localidad. Como se ha mencionado, la población estimada de la localidad para el 2016 era de 719.700, de los cuales se ha calculado que cerca del 29,3 % se consideran en condición de pobreza.

La localidad presenta un porcentaje del 35,8 % de hogares con inseguridad alimentaria, siendo menor que el porcentaje para el Distrito; esto se encuentra estrechamente relacionado, con los ingresos mensuales recibidos por las familias, de acuerdo al tipo de empleo que desempeñen, ya sea formal o informal. La tasa de ocupación en la localidad es del 54, 7% (menor con respecto a Bogotá), y a la tasa de desempleo de 15.4 %, (mayor que Bogotá).

El 33.7 % de los jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, en el año 2011 respecto del año 2007, debido al mejoramiento de los ingresos y los cambios que se realizaron en los alimentos que consume. El 12.1 % de los jefes de hogar reportaron que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, por el aumento de los precios de los bienes y servicios que consume el hogar." Es así que el acceso a la canasta en la localidad se puede configurar como un determinante negativo, por el porcentaje en el que se encuentra la inseguridad alimentaria.

Por otro lado, el Índice de dependencia indica que en la localidad por cada 100 personas en edad de trabajar hay 50 personas dependientes en edades inactivas (menores de 15 años y mayores de 60 años). En este sentido, la tasa global de participación de la localidad es del 59,9 %, es decir que más de la mitad de la población de la localidad trabajan o buscan trabajo, así mismo indica que 40,1 % de la población en edad económicamente activa no labora o se encuentra ejerciendo un trabajo informal. En relación a la TGP por sexo se observa que es mayor para los hombres (74,4%) que para las mujeres (52,4 %), (para Bogotá, la TGP es del 64,2 %, siendo 73,5 % para los hombres y 55,0 % en las mujeres) (8).

En cuanto a la medición de calidad del empleo, el indicador utilizado es la tasa de informalidad (número de personas que según las características de su trabajo y su posición

ocupacional, son consideran informales, sobre el total de ocupadas). En la localidad esta tasa es del 48,4 % y en relación a las mujeres, la tasa fue de 51,2 % (valor distrital para mujeres del 40,4 %) lo que significa que el grado de informalidad del trabajo de las mujeres en la localidad, es 10,8 puntos porcentuales mayor con respecto al total de la ciudad (15).

En cuanto a la oferta económica en la localidad, se encuentra que la mayor proporción de empresas se localiza en la parte norte de la localidad, cerca de las avenidas principales, específicamente en la UPZ Ismael Perdomo, seguido de las UPZ Lucero, San Francisco, Arborizadora, Jerusalén, El Tesoro, El Mochuelo y Monteblanco.

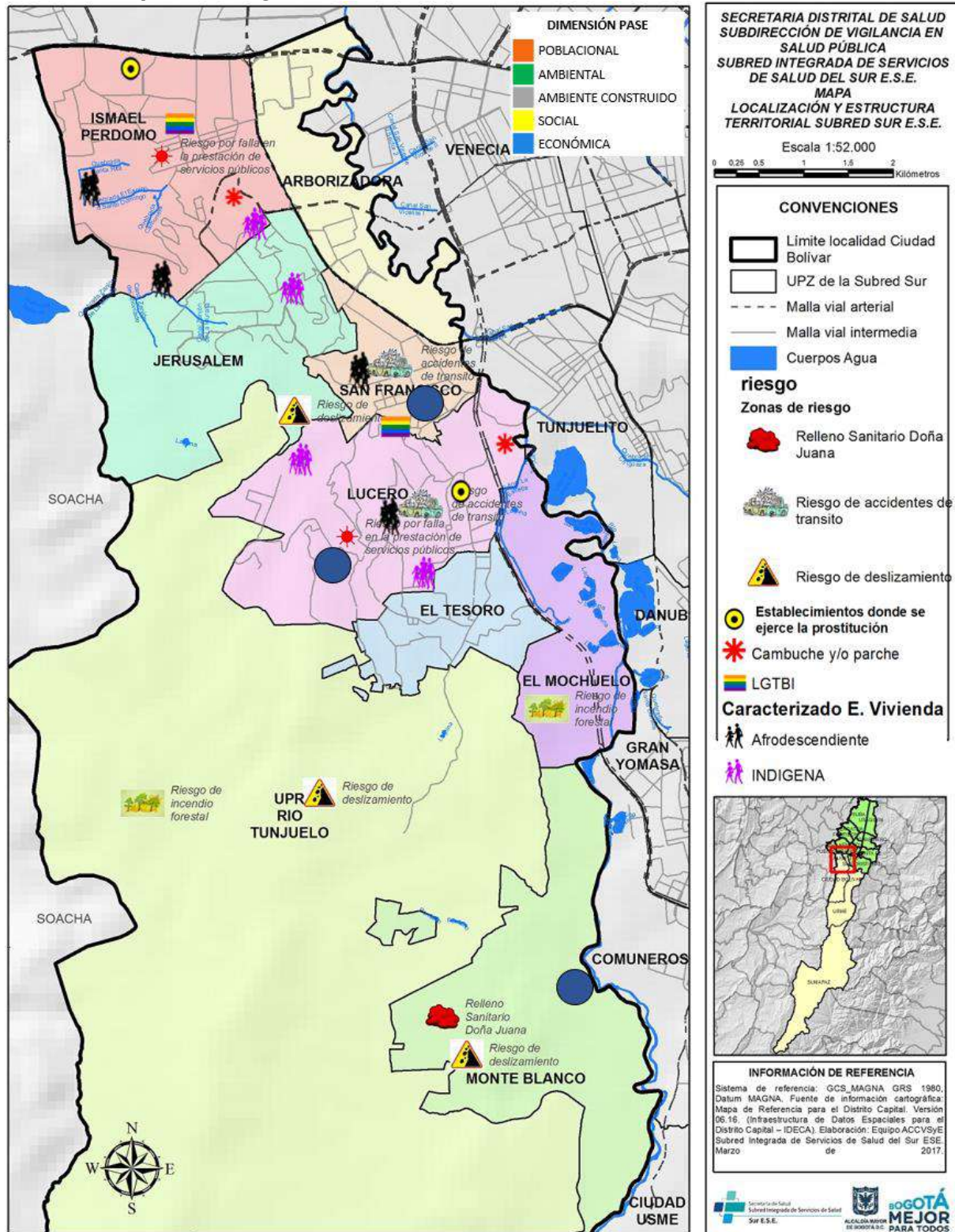
La industria de fabricación de prendas de vestir, excepto prendas de piel (ropa exterior e interior para hombre, niño, mujer y niña, corsetería, camisería, vestidos de baño, ropa sobre medidas, servicios satélites) se ubica principalmente en el sector de los barrios La Estancia, Las Acacias, Madelena y Candelaria La Nueva; la industria de elaboración de productos de panadería, macarrones, fideos, alcuzcuz y productos farináceos y similares se concentra en los barrios Las Acacias e Ismael Perdomo (17) (18).

Las empresas dedicadas a las telecomunicaciones (instalaciones telefónicas, servicios telefónicos, telefonía celular) se ubican en los barrios Candelaria La Nueva I Sector, Ismael Perdomo, La Estancia, San Francisco y Lucero del Sur; y las empresas dedicadas a las actividades de transporte de carga por carretera (municipal, intermunicipal, internacional) se concentran en los barrios México y Guadalupe.

Las empresas dedicadas al expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimiento se ubican en los barrios Las Acacias, Candelaria La Nueva I Sector, San Rafael y Las Brisas; las empresas dedicadas al expendio a la mesa de comidas preparadas, en restaurantes se concentran en los barrios San Francisco, Candelaria La Nueva, Las Acacias, Lucero del Sur, Ismael Perdomo y las Brisas; y las empresas dedicadas al expendio a la mesa de comidas preparadas, en cafeterías se concentran en los barrios Candelaria La Nueva e Ismael Perdomo.

El mapa 6, muestra los lugares de la localidad que presentan mayor vulnerabilidad económica; siendo las UPZ El Lucero e Ismael Perdomo, la que presentan un mayor número de personas con condiciones de bajos recursos.

Mapa 6. Riesgos dimensión social, localidad de Ciudad Bolívar



2.5. Espacios de participación comunitaria

Los procesos de desarrollo social y de organización comunitaria son construidos desde la cotidianidad y el saber de los sujetos, con el fin de promover la transformación del territorio y mejorar las condiciones de vida de los habitantes; dichos procesos de organización comunitaria se han desarrollado en la localidad, debido a la necesidad de restituir los derechos de los habitantes, de fomentar el encuentro y reconocimiento de los sujetos como actores activos de cambio, de conseguir y optimizar recursos desde y para la comunidad.

Se cuenta con espacios de participación comunitaria con 222 Juntas de Acción Comunal creadas desde 1958 y 17 consejos comunales, 1 Consejo Local de Planeación, Consejos Locales de Juventud, Mesa Local de Mujeres Jóvenes de Ciudad Bolívar, Consejo Local De Política Social (CLOPS); Consejo Local De Gobierno, Unidad técnica de apoyo (UAT), Comisión Local Intersectorial De Participación (CLIP), Consejo de Planeación Local (CPL), Consejo Educativo Local de Política Educativa y el foro educativo local (3).

De igual forma se identifican otras formas de organización social y comunitaria como: Red de Mujeres Productoras de Ciudad Bolívar, Organización para el desarrollo Integral Comunitario ASODIC siglo XXI, Fundación el Cielo en la Tierra, SaltinBreaking, ORMUAFRO, Red de Organizaciones de Mujeres de Ciudad Bolívar, Asociación Biblioteca comunitaria Juan Pablo II, Semillas Creativas, Corporación Cultural y educativa Ríos de Pavimento, Corporación Comunitaria Cuyeca, Asociación Teatro Guglar, Fundación teatral Lázaro Silva FUTELASIL, Fundación Ayudemos al Bienestar del Abuelo, Asociación Juventud Infancia y Vejez, Federación de asociaciones y Organizaciones de Adultos y Mayores de Ciudad Bolívar, Instituto Cerros del Sur, Corporación Casa Juvenil y Cultural de Arabia, entre otros. Desde el sector salud se cuenta con espacios de participación como Asociación de Usuarios de las USS, COPACOS, en la Subred sur se identifican seis (6) Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía en Salud, Veintitrés (23) puntos de Atención al Usuario.

Las dinámicas comunitarias en la localidad se caracterizan por la territorialidad, los intereses personales y el continuismo de los “caciques”; procesos utilizados por políticos clientelistas que han contribuido a la generación de vicios en la participación comunitaria y que también han influido en el escepticismo de algunos sectores frente a las instituciones y la política.

Existen debilidades en la capacidad de control social y comunicación tanto interna como externa. Las debilidades en torno a la participación están relacionadas con la no realización de encuentros ciudadanos, trabajo comunitario, manifestaciones políticas, creación o participación en grupos, movilización social, fiestas y eventos y apoyo a intervenciones y/o programas de entidades Distritales. Se presentan dificultades de comunicación relacionadas con el uso de mecanismos inadecuados para la resolución de conflictos (peleas e insultos), que deterioran progresivamente las recién formadas organizaciones comunitarias y las relaciones entre participantes. Se presentan organizaciones que no permiten conocer sus y socializar sus procesos organizativos y las distintas acciones sociales que realizan en el territorio, también hay falta de continuidad en los programas; muchas organizaciones trabajan sobre supuestos, no se adelantan estudios de factibilidad y no hay proyección local de las distintas propuestas.

3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

Entre 2012 y 2014 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se registraron en promedio 3.889 defunciones anuales, con una desviación estándar de 188,36. En general, la tendencia en la subred incrementó. Durante este periodo la tasa de mortalidad aumentó en un 5 %, pasando de 298,81 a 314,26 muertes por cada 100.000 habitantes. Del total de las defunciones ocurridas en la Subred Sur (4.106) para el año 2014; el 52,2 % (2.142) se presentaron en la localidad de Ciudad Bolívar.

Durante el periodo 2012 al 2014 se observa un promedio anual de 2.051 muertes en la localidad con una desviación estándar de 103,1; la tendencia de mortalidad en Ciudad Bolívar es constante para el periodo analizado, la tasa cruda de mortalidad para el 2012 fue de 318 y para el 2014 de 317,1 muertes por cada 100.000 habitantes.

3.1.1 Mortalidad por grandes causas

En Ciudad Bolívar entre el periodo 2012 a 2014 ocurrieron 6.153 muertes, en el año 2014 se da la mayor proporción con 34,8 % (2.142) del total de las defunciones. Para el mismo año, por grupos quinquenales se observa que el grupo más afectado corresponde al de 80 y más años con el 21,9 % (469), seguido del grupo de 75 a 79 años con el 11,3 % (242), en tercer lugar, el grupo de 70 a 74 años con el 9,6 % (205), en cuarto lugar, el grupo de 60 a 64 años con el 8,0 % (172) y en quinto lugar el grupo de 65 a 69 años con el 7,0 % (151).

Se observa que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte; para el año 2014 aportaron un 29,6 % (635) de la mortalidad en la localidad, con una tendencia decreciente del 1,7 % pasando de una tasa ajustada por edad de 176,6 en el año 2012 a 173,5 en el 2014. Los grupos de edad por quinquenios afectados son de 80 y más años (33 %), seguido de 75 a 79 años (18,5 %) y de 70 a 74 años (12,1 %).

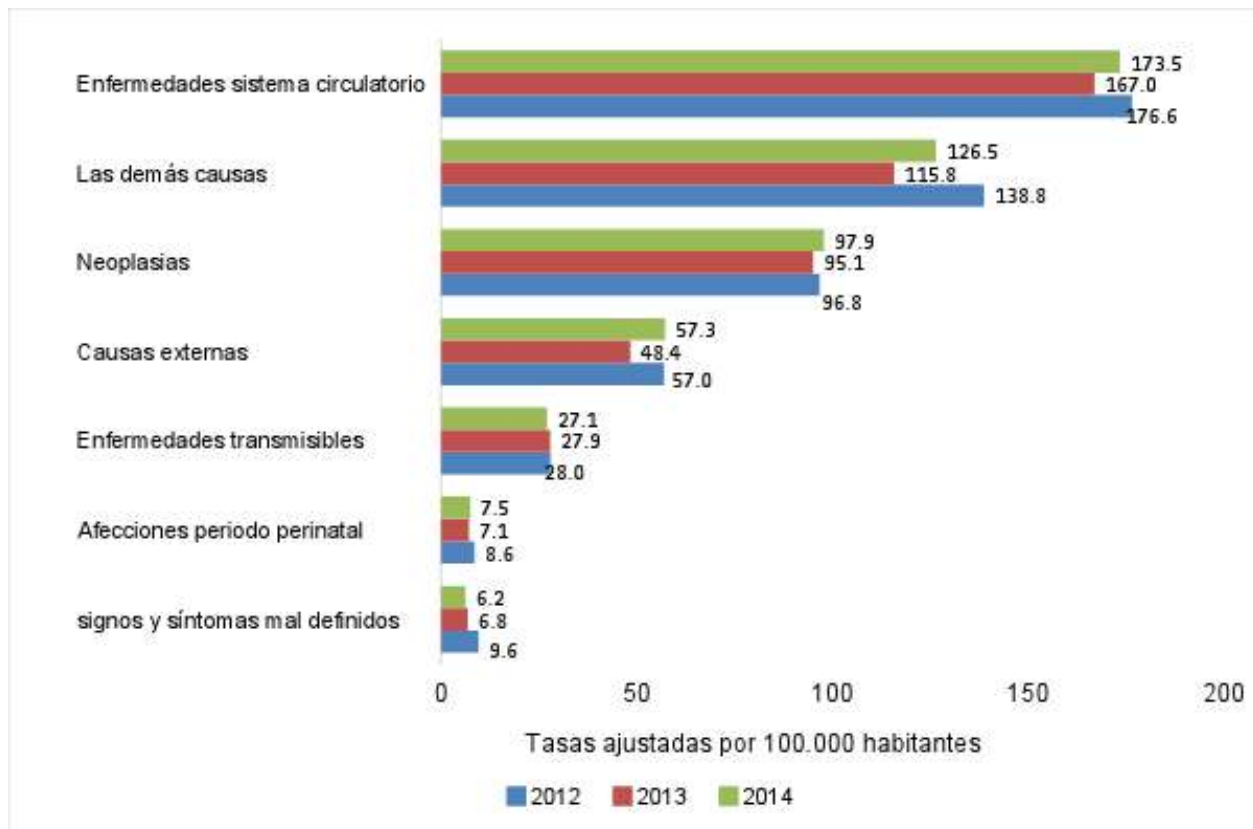
Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (322) y la enfermedad cerebrovascular o ictus (148), que en conjunto producen el 74 % de toda la mortalidad cardiovascular y se concentran en la población mayor de 70 años. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la

presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros (18).

La segunda causa de muerte en la población de Ciudad Bolívar fueron las enfermedades que integran el grupo de las demás causas, para el año 2014 contribuyeron en un 23,1 % (495) de las defunciones. Este grupo presenta una tendencia decreciente del 8,9 % en la tasa ajustada pasando de 138,8 a 126,5 por 100.000 habitantes. En el año 2014 afectó a los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (32,1 %). Seguido de 75a 79 años (11,7 %) y de 70 a 74 años (10,7 %)

Las tres principales causas son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (115), diabetes mellitus (62) y enfermedades del sistema urinario (55), las cuales aportan al 46,9 % del total de las enfermedades que agrupa.

Gráfica 7. Mortalidad por grandes Causas, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014



Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Las neoplasias ocuparon la tercera causa en las defunciones para los periodos 2012–2014, frente a la tendencia se observa un leve aumento del 1,1 % en la tasa ajustada para la edad, pasando de 96,8 a 97,9 por 100.000 habitantes. Para el 2014 las neoplasias aportaron al 20,6 % (442) de las defunciones; las dos principales causas son tumor maligno de estómago y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. Para el año 2014 la edad por quinquenios con mayor afectación fue de 70-74 años (13,1 %), seguido de 60a 64 años y más de 80 con (12,6 %) respectivamente.

El cáncer es una enfermedad multifactorial, las causas del cáncer se clasifican en internas o externas. Las causas internas se conocen como una predisposición genética lo que significa que en algunas familias se hereda un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. Los factores externos es la exposición a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células, transformándoles en cancerosas. Muchos cambios genéticos que conducen al cáncer son el resultado factores de riesgo como: consumo de tabaco, alimentación no saludable, obesidad, consumo de alcohol, exposición solar ultravioleta, exposición a sustancias carcinógenos (sustancias que causan cáncer) en el ambiente laboral, y algunas infecciones, como las causadas por virus como el del papiloma humano (VPH), hepatitis B y C, el de la inmunodeficiencia humana (VIH), el de Epstein Bar y la infección causada por la bacteria *Helicobacter pilory*.(2)

La cuarta causa de mortalidad corresponde a causas externas, presenta una tendencia irregular en los periodos analizados. En el año 2014 se presentaron 362 (16,9 %) fallecimientos. La principal causa son las agresiones (homicidios) 49,4 %, seguido de los accidentes de transporte terrestre 23,5 %; afectando los grupos quinquenales de 20a 24 años con 20,7 %, seguido de 30 a 34 años 10,7 % y de 15a 19 años 10,4 % en el año 2014.

La mortalidad por causas externas es uno de los problemas de salud pública, además, es un indicador de desigualdades e inequidades en salud que tiene gran impacto social y económico en la población. Las causas externas de mortalidad se pueden clasificar en intencionales (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tránsito u otros accidentes) y de intención indeterminada. La OMS estima que todos los días personas son

víctimas de este tipo de causas, las cuales resultan con lesiones, muchas de ellas graves, por lo que requieren cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, acarrea costos sociales y económicos altos (3)

Los factores que inciden en la accidentabilidad está relacionado el mal estado de las vías; asociado a ello, algunas de las avenidas y o calles fueron construidas en pendientes, donde el ancho de calzada es pequeño considerando el flujo constante de camiones y buses que entran a los diferentes barrios, por la topografía del lugar existen tramos de alto riesgo por curvas peligrosas y pendientes altas, falta demarcación longitudinal y señales verticales, en distintos sectores hay vehículos estacionados a lo largo de la vías, lo cual interrumpe el tráfico y permiten adelantamiento peligrosos, en las zonas escolares no existe la demarcación eficiente y en todos los sectores los conductores no respetan los límites de velocidad establecidos, en UPZ como Lucero y Tesoro.

También es común que en todos los corredores viales los senderos peatonales no tengan especificaciones técnicas para la movilidad del peatón (ancho no apropiado para flujo grande de personas, no están nivelados y se encuentran diferentes obstáculos y en algunos tramos no existe andén), lo que se refleja en la invasión de la calzadas para el desplazamiento. En conjunto todas estas problemáticas configuran un alto riesgo en la movilidad en tramos, los cuales se reflejan en los accidentes que se generan en estas vías y los constantes taponamientos o trancones a causa de incidentes en estos. Otro factor incidente es la falta de pasos peatonales seguros (Puentes peatonales, cruces peatonales sanforizados), el exceso de velocidad y mal comportamiento de los diferentes actores de la vía, en las UPZ Lucero y San Francisco, es la invasión del espacio por parte de vendedores ambulantes.

En relación a las enfermedades transmisibles se observa un comportamiento descendente en la tasa ajustada para la edad pasando de 28,0 a 27,1 por 100.000 habitantes. En el 2014 se presentaron 116 defunciones aportando al 5,4 % del total de la mortalidad en la localidad. La principal causa se relaciona con infecciones respiratorias (60,3 %) seguido de enfermedad por VIH (SIDA) (19 %).

En relación a las afecciones del periodo perinatal en el año 2014 se presentaron 57 mortalidades; y la principal causa fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal en un 38,6 %. Para el año 2014 el grupo de edad con mayor afectación corresponde al de 80 y más años con el 27,5 %, seguido del grupo de 0-4 años 17,2 % y de 75 a 79 años 9,4 %.

En Ciudad Bolívar la situación ambiental no es la más óptima, una de las principales problemáticas se relaciona con la contaminación de fuentes hídricas a causa de la disposición de residuos domésticos y escombros que afectan el curso normal de sus aguas lo que representa un riesgo para la población aledaña en épocas de invierno. Otro factor predisponente es el relleno sanitario de Doña Juana siendo una fuente importante de contaminación no solo de las fuentes hídricas, sino de contaminación del aire por los fuertes olores; así como la propagación de vectores como moscas y ratas en los sectores cercanos. De igual forma La práctica de extracción minera en el parque minero, la industria de fabricación de ladrillos y otros productos derivados de la extracción de arcillas y arena y la zona industrial, han contribuido al deterioro de los suelos y a la contaminación de del aire.

Tabla 11. Mortalidad por grandes causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Ciudad Bolívar, 2014

Edad por quinquenios años	transmisibles			Neoplasias			Enfermedades sistema circulatorio			Afecciones periodo perinatal		
	M(%)	H(%)	Total	M(%)	H(%)	Total	M(%)	H(%)	Total	M(%)	H(%)	Total
De 0 a 4	19,0 (8)	16,2 (12)	17,2 (20)	0,4 (1)	0	0,2 (1)	0	0	0	100 (28)	93,1 (27)	96,4 (55)
De 5 a 9	0	0	0	1,2 (3)	1,9 (4)	1,5 (7)	0	0	0	0	0	0
De 10 a 14	0	0	0	0,8 (2)	1,9 (4)	1,3 (6)	0,3 (1)	0,3 (1)	0,3 (2)	0	6,8 (2)	3,5 (2)
De 15 a 19	0	1,3 (1)	0,8 (1)	0,4 (1)	0,9 (2)	0,6 (3)	0,6 (2)	0	0,3 (2)	0	0	0

De 20 a 24	0 (2)	2,7 (2)	1,7 (2)	0,4 (1)	0,9 (2)	0,6 (3)	0,6 (2)	0,3 (1)	0,4 (3)	0	0	0
De 25 a 29	4,7 (2)	2,7 (2)	3,4 (4)	1,6 (4)	1,9 (4)	1,8 (8)	0,3 (1)	1,2 (4)	0,7 (5)	0	0	0
De 30 a 34	2,3 (1)	5,4 (4)	4,3 (5)	1,6 (4)	1,4 (3)	1,5 (7)	0	1,2 (4)	0,6 (4)	0	0	0
De 35 a 39	7,1 (3)	4,0 (3)	5,1 (6)	2,4 (6)	3,9 (8)	3,1 (14)	1,2 (4)	1,2 (4)	1,2 (8)	0	0	0
De 40 a 44	0	6,7 (5)	4,3 (5)	4,5 (11)	2,9 (6)	3,8 (17)	1,5 (5)	2,2 (7)	1,8 (12)	0	0	0
De 45 a 49	0	1,3 (1)	0,8 (1)	9,9 (24)	6,4 (13)	8,3 (37)	0,9 (3)	3,8 (12)	2,3 (15)	0	0	0
De 50 a 54	2,3 (1)	4,0 (3)	3,4 (4)	6,6 (16)	5,9 (12)	6,3 (28)	3,4 (11)	6,0 (19)	4,7 (30)	0	0	0
De 55 a 59	7,1 (3)	4,0 (3)	5,1 (6)	10,7 (26)	13,4 (27)	11,9 (53)	4,0 (13)	6,9 (22)	5,5 (35)	0	0	0
De 60 a 64	2,3 (1)	5,4 (4)	4,3 (5)	13,6 (33)	11,4 (23)	12,6 (56)	8,1 (26)	9,8 (31)	8,9 (57)	0	0	0
De 65 a 69	4,7 (2)	4,0 (3)	4,3 (5)	10,3 (25)	7,9 (16)	9,2 (41)	5,9 (19)	12,0 (38)	8,9 (57)	0	0	0
De 70 a 74	0	12,1 (9)	7,7 (9)	12,0 (29)	14,4 (29)	13,1 (58)	11,8 (38)	12,3 (39)	12,1 (77)	0	0	0
De 75 a 79	14,2 (6)	6,7 (5)	9,4 (11)	9,9 (24)	11,4 (23)	10,6 (47)	22,1 (71)	14,9 (47)	18,5 (118)	0	0	0
De 80 y más	35,7 (15)	22,9 (17)	27,5 (32)	12,8(3 1)	12,4 (25)	12,6 (56)	38,7 (124)	27,3 (86)	33,0 (210)	0	0	0
Total	100 (42)	100 (74)	100 (116)	100 (241)	100 (201)	100 (442)	100 (320)	100 (315)	100 (635)	100 (28)	100 (29)	100 (57)

Edad por quinquenios años	Causas externas			Las demás causas			signos y síntomas mal definidos		
	M (%)	H(%)	Total	M(%)	H(%)	Total	M(%)	H(%)	Total
De 0 a 4	5,7 (3)	1,6 (5)	2,2 (8)	6,1 (16)	8,9 (21)	7,4 (37)	37,5 (3)	3,7 (1)	11,4 (4)
De 5 a 9	1,9 (1)	1,6 (5)	1,6 (6)	1,1 (3)	1,2 (3)	1,2 (6)	0	0	0
De 10 a 14	1,9 (1)	0,9 (3)	1,1 (4)	0	1,2 (3)	0,6 (3)	0	3,7 (1)	2,8 (1)
De 15 a 19	13,4 (7)	10 (31)	10,4 (38)	1,1 (3)	1,2 (3)	1,2 (6)	0	3,7 (1)	2,8 (1)
De 20 a 24	21,1 (11)	20,6 (64)	20,7 (75)	0,3 (1)	0	0,2 (1)	12,5 (1)	7,4 (2)	8,5 (3)
De 25 a 29	3,8 (2)	16,1 (50)	14,3 (52)	1,5 (4)	1,2 (3)	1,4 (7)	12,5 (1)	18,5 (5)	17,1 (6)
De 30 a 34	5,7 (3)	11,6 (36)	10,7 (39)	1,5 (4)	0,8 (2)	1,2 (6)	0	3,7 (1)	2,8 (1)
De 35 a 39	5,7 (3)	8,0 (25)	7,7 (28)	2,6 (7)	1,7 (4)	2,2 (11)	0	11,1 (3)	8,5 (3)
De 40 a 44	7,6 (4)	5,4 (17)	5,8 (21)	3,8 (10)	2,5 (6)	3,2 (16)	0	7,4 (2)	5,7 (2)
De 45 a 49	3,8 (2)	3,8 (12)	3,8 (14)	2,2 (6)	3,4 (8)	2,8 (14)	12,5 (1)	3,7 (1)	5,7 (2)
De 50 a 54	1,9 (1)	4,1 (13)	3,8 (14)	3,8 (10)	3,4 (8)	3,6 (18)	0	7,4 (2)	5,7 (2)
De 55 a 59	3,8 (2)	4,1 (13)	4,1 (15)	4,9 (13)	6,4 (15)	5,6 (28)	0	0	0
De 60 a 64	7,6 (4)	3,2 (10)	3,8 (14)	7,2 (19)	8,1 (19)	7,6 (38)	0	7,4 (2)	5,7 (2)

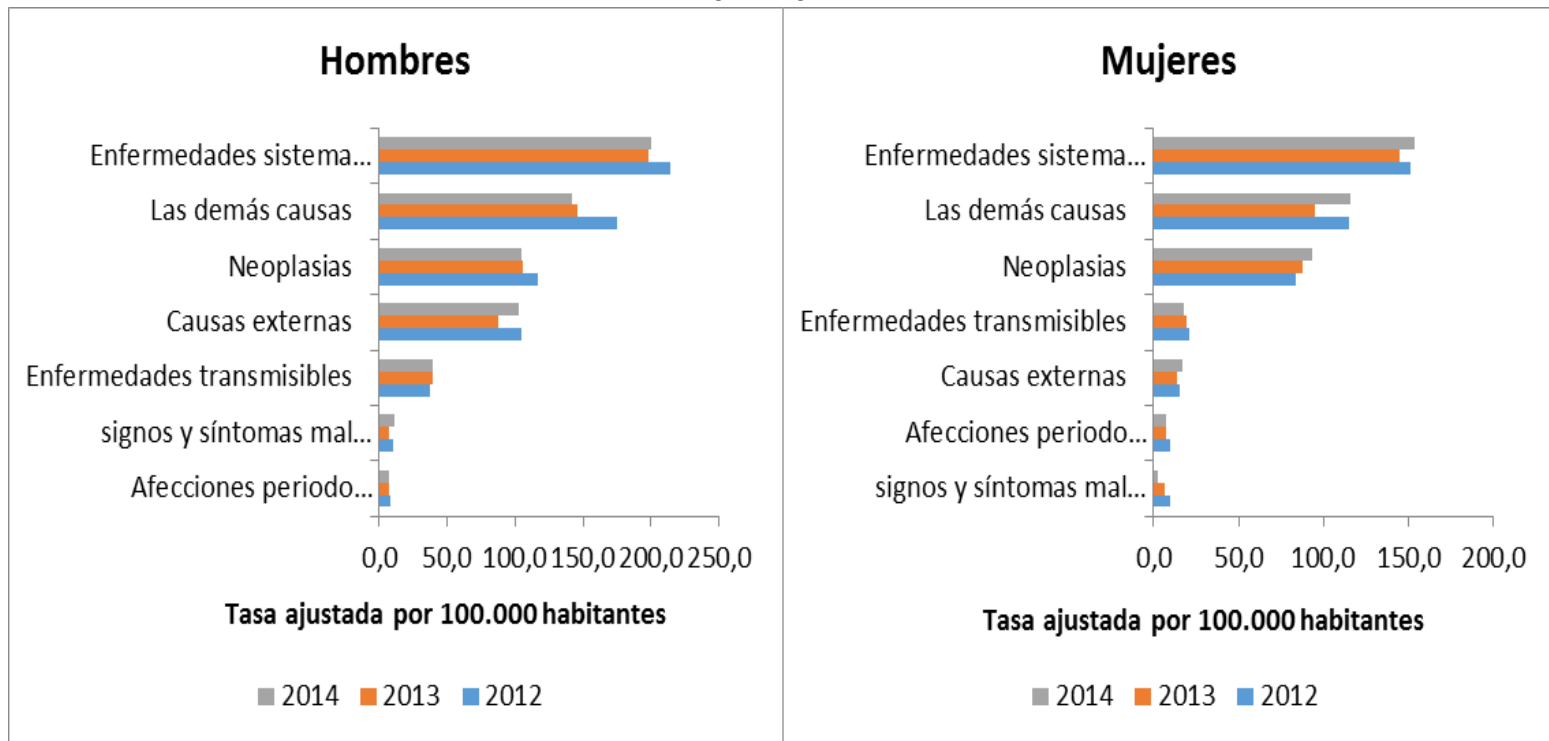
De 65 a 69	1,9 (1)	3,2 (10)	3,0 (11)	7,2 (19)	6,4 (15)	6,8 (34)	0	11,1 (3)	8,5 (3)
De 70 a 74	5,7 (3)	1,2 (4)	1,9 (7)	9,1 (24)	12,3 (29)	10,7 (53)	12,5 (1)	0	2,8 (1)
De 75 a 79	1,9 (1)	1,6 (5)	1,6 (6)	10,3 (27)	13,2 (31)	11,7 (58)	12,5 (1)	3,7 (1)	5,7 (2)
De 80 y más	5,7 (3)	2,2 (7)	2,7 (10)	36,3 (95)	27,3 (64)	32,1 (159)	0	7,4 (2)	5,7 (2)
Total	100 (52)	100 (310)	100 (362)	100 (261)	100 (234)	100 (495)	100 (8)	100 (27)	100 (35)

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Entre el periodo 2012-2014 en Ciudad Bolívar ocurrieron 6.153 defunciones; de acuerdo al sexo el 56,3 (n=6153) fueron hombres y 43,7 % (n=2690) mujeres. De las defunciones presentadas en el año 2014 y su relación con el curso de vida se observa que el 57,8 % de las defunciones ocurrieron en la vejez (mayor de 60 años); seguido de adultez con 25 %, juventud 8,4 % adolescencia 1,8 %, primera infancia 6,1 % e infancia 0,7 %. Respecto a las tasas ajustadas por edad, en el gráfico se observa que las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias son las tres primeras causas de muerte para ambos sexos.

Por grupos quinquenales, en el sexo hombre, en el primer lugar se encuentra el grupo de 80 y más años, el cual representa el 16,9 % (201), seguido del grupo de 75 a 79 años, con el 9,4 % (112), en tercer lugar se ubica el grupo de 70 a 74 años con el 9,2 % (110), en el cuarto lugar el grupo de 60 a 64 años, con el 7,5 % (89) y en el quinto lugar, el grupo de 65 a 69 años, con el 7,1 % (85).

En el sexo mujer, en el primer lugar se encuentra el grupo de 80 y más años, el cual representa el 28,2 % (268), seguido del grupo de 75 a 79 años, con el 13,7 % (130), en tercer lugar se ubica el grupo de 70 a 74 años con el 10 % (95), en el cuarto lugar el grupo de 60 a 64 años, con el 8,7 % (83) y en el quinto lugar, el grupo de 65 a 69 años, con el 6,9 % (66).

Gráfica 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Respecto al comportamiento de la mortalidad según las tasa crudas se observa que en mujeres es decreciente en los grupos de enfermedades transmisibles, signos y síntomas mal definidos y afecciones perinatales; mientras que en los grupos de las demás causas, enfermedades del sistema circulatorio y causas externas la tendencia es irregular presentando las mayores tasas en el 2014. Respecto a las neoplasias se evidencia un comportamiento creciente y sostenido entre los años analizados.

Con relación a los hombres las enfermedades transmisibles mantiene un comportamiento de descenso en la mortalidad; mientras que para los demás causas presentan un comportamiento irregular.

Tabla 12. Tendencia en la mortalidad con datos de tasas crudas según sexo y total, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grandes Causas	Mujeres					Hombres					Total				
	2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia	
Enfermedades transmisibles	14,4	13,6	12,2	↘	↘	12,5	12,0	11,5	↘	↘	19,2	18,4	17,2	↘	↘
Neoplasias	60,4	64,4	69,9	↗	↗	32,5	30,6	31,3	↘	↗	61,7	62,0	65,4	↗	↗
Enfermedades sistema circulatorio	88,1	85,0	92,8	↘	↗	47,6	46,6	49,0	↘	↗	90,1	87,7	94,0	↘	↗
Afecciones periodo perinatal	10,2	8,3	8,1	↘	↘	4,9	4,1	4,5	↘	↗	9,8	8,1	8,4	↘	↗
Causas externas	13,5	12,7	15,1	↘	↗	46,5	40,9	48,2	↘	↗	51,0	45,4	53,6	↘	↗
Las demás causas	74,6	59,7	75,7	↘	↗	43,2	36,3	36,4	↘	↗	79,0	65,0	73,3	↘	↗
signos y síntomas mal definidos	7,2	5,9	2,3	↘	↘	3,7	2,9	4,2	↘	↗	7,2	5,7	5,2	↘	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

En cuanto a la magnitud según comportamiento en las tasa crudas, las mujeres tienen mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. Los factores de riesgo cardiovascular presente en las mujeres están relacionados con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y la preeclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio (4).

En los hombres la causa directa son las lesiones de causa externa, en el 2014 en Ciudad Bolívar por cada mujer que falleció con este diagnóstico, hubo seis hombres que murieron por la misma causa. Los homicidios son más comunes en los hombres que en las mujeres, particularmente entre los jóvenes entre 15 y 44 años, tal como lo sugiere la literatura sobre violencia y actividades criminales, lo cual incide negativamente en la estructura demográfica poblacional y en los procesos económicos del país y de las familias.

Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas mortalidad general, Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades año, 2014

Grandes causas	Ciudad Bolívar	Tunjuelito	Usme	Subred sur
Enfermedades transmisibles	27,1	21,8	20,7	24,0
Neoplasias	97,9	103,0	79,9	93,3
Enfermedades sistema circulatorio	173,5	122,9	146,0	151,8
Afecciones periodo perinatal	7,5	9,2	7,5	7,9
Causas externas	57,3	36,4	35,7	47,1
Las demás causas	126,5	133,4	115,1	124,6
Signos y síntomas mal definidos	6,2	11,0	5,7	7,2

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Frente a las brechas de mortalidad general, en la Subred Sur se identifica que la localidad de Tunjuelito tiene 24,14 % más de probabilidad de ocurrencia de casos con respecto a la localidad de Ciudad Bolívar. Este comportamiento está relacionado con que en la localidad de Tunjuelito se presentan altas tasas en varios grupos de causas de mortalidad con respecto a la subred, además tiene una influencia la estructura de la población de cada localidad dado el comportamiento diferencial entre grupos de edad y grupos de causas.

3.1.2 Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67

3.1.2.1 Mortalidad enfermedades del sistema circulatorio localidad de Ciudad Bolívar 2012-2014

En Ciudad Bolívar en el periodo 2012-2014, fallecieron 1.804 personas por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio; la mayor proporción se encuentra en hombres (50,1 %) y el 49,9 % en mujeres.

En el año 2014 ocurrieron 635 defunciones, el subgrupo de enfermedades isquémicas del corazón originaron el 50,7 % (322) del total de las defunciones, con una tendencia

decreciente en la tasa ajustada para la edad pasando de 92,2 a 88,9. El mayor número de casos se da en hombres (174) respecto a las mujeres.

La segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares, tanto para hombres como en mujeres, presenta una tendencia decreciente en la tasa ajustada para la edad pasando de 42,7 a 38,9 por cada 100.000 habitantes. Para el año 2014 este subgrupo aportó con 23,3 % (148) al total de la mortalidad; respecto a la edad, las frecuencias absolutas se concentran en la población mayor de 65 años para ambos sexos.

La tercera causa se asociada a enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, en un 9 % (57), afecta a hombres y mujeres en igual proporción; de acuerdo a la edad de fallecimiento se concentra en la población mayor de 60 años para ambos sexos. Con relación a la mortalidad por enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardiaca, se identificó que por cada hombre hay dos mujeres que fallecen por este diagnóstico respectivamente; mientras que en las demás enfermedades del sistema circulatorio por cada mujer hay tres hombres que mueren por la misma causa.

En cuanto a las implicaciones de la mortalidad por sexo y edad se observa que en la mayoría de los grupos específicos, la mujer tiene mayor de riesgo de morir por alguna causa cardiovascular, afectando de manera negativa los procesos demográficos de la localidad asociado a la reducción en la natalidad, afectaciones a la familia y a los procesos de producción.

Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio según sexo y total, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos Específicos	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades isquémicas del corazón	115,5	114,2	111,5	↓	75,3	70,1	72,4	↓	92,2	88,2	88,9	↓

Enfermedades cerebrovasculares	50,7	38,6	35,5	↘	↘	38,7	42,1	40,3	↗	↘	42,7	41	38,9	↘	↘
Enfermedades hipertensivas	14	16,5	11,6	↗	↘	13,7	12,1	17,2	↘	↗	13,9	13,9	15	↗	↗
Enfermedad cardiopulmonar	14,8	10,6	14,1	↘	↗	12,7	12	12,7	↘	↗	13,8	11,8	13,5	↘	↗
Demás enfermedades del Sistema circulatorio	10,5	12,1	21	↗	↗	5	5	5,4	↘	↗	7	7,8	11,5	↗	↗
Insuficiencia cardíaca	7,4	6	6,4	↘	↗	5,1	2,7	5,6	↘	↗	6,1	3,9	5,8	↘	↗
Fiebre reumática aguda	1,2	0	0	↘	-	0,5	0,6	0	↗	↘	0,8	0,3	0	↘	↘
Paro cardíaco	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Aterosclerosis	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

En la localidad de Ciudad Bolívar el comportamiento es creciente y se mantiene en el tiempo para las enfermedades hipertensivas y demás enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en la Subred Sur estos eventos muestran una tendencia decreciente e irregular respectivamente entre el 2012 al 2014. Con relación a las enfermedades isquémicas del corazón, las cardiopulmonares y las insuficiencias cardiacas se observa un comportamiento irregular, el cual es semejante para enfermedades de insuficiencia cardiaca en la Subred; con relación a los otros dos eventos la tendencia es decreciente en los periodos analizados. Las enfermedades cerebrovasculares y fiebre reumática aguda presentan una tendencia decreciente y constante a través del tiempo en la localidad de Ciudad Bolívar y la Subred Sur.

Un factor predisponente en las enfermedades cardiovasculares se relaciona con estilos de vida saludables y la no actividad física; sumado a ello la localidad de ciudad bolívar cuenta con solo tres parques metropolitanos lo cuales son insuficientes para las necesidades de la comunidad.

Tabla 15. Tendencia de la mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio (tasas ajustadas) por grupos específicos, comparativo Subred Integrada de Servicio de Salud Sur y localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasas Ciudad Bolívar			Tendencia Ciudad Bolívar	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	85,1	80,0	78,7	↘	↘	92,2	88,2	88,9	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	40,0	36,9	34,2	↘	↘	42,7	41	38,9	↘	↘
Enfermedades hipertensivas	15,1	15,0	14,8	-	↘	13,9	13,9	15	↗	↗
Enfermedad cardiopulmonar	13,2	10,8	10,8	↘	↘	13,8	11,8	13,5	↘	↗
Demás enfermedades del Sistema circulatorio	6,9	6,2	9,6	↘	↗	7	7,8	11,5	↗	↗
Insuficiencia cardíaca	4,8	2,6	3,5	↘	↗	6,1	3,9	5,8	↘	↗
Fiebre reumática aguda	0,4	0,3	0,1	↘	↘	0,8	0,3	0	↘	↘
Paro cardíaco	0,0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Aterosclerosis	0,1	0	0,08	-	↘	0	0	0	-	-

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias son la segunda causa de muerte en la localidad de Ciudad Bolívar, para el periodo 2012- 2014 se presentaron 1.239 defunciones por esta causa; la mayor proporción de mortalidad se da en mujeres con 53,3 %; seguido del 46,7 % en hombres. Para el año 2014 ocurrieron 442 defunciones; respecto al comportamiento en los grupos específicos los tumores malignos de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, causaron el 14,7 % (65) del total de muertes por neoplasias, con tendencia decreciente en la tasa ajustada para la edad pasando de 17,1 a 15,2 por cada 100.000 habitantes.

La segunda causa está asociada a tumor maligno del estómago la cual causó el 14,9 % (66) de las muertes, su comportamiento fue decreciente del 3,6 %, pasando de una tasa ajustada de 15,2 a 14,7 por 100.000 habitantes. Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas causaron el 12,2 % (54) de la mortalidad, con tasas ajustadas para la edad decreciente pasando de 12,9 a 11,3 muertes por cada 100.000 habitantes.

Con relación al comportamiento por sexo, en los hombres las tres primeras causas de muerte están relacionadas con tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, tumor maligno del estómago y tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificada). El tumor maligno de próstata es la cuarta causa en la mortalidad, el 93,8 % de los casos se presentan en la vejez (mayor de 60 años) y el 6,3 % en adultos (27-59 años).

En los servicios de salud se cuenta un programa de detección temprana de las alteraciones del adulto, a pesar de tener la opción de acceder a la consulta y realizarse las pruebas diagnósticas en la detección oportuna del cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). Los hombres buscan el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud. Los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud (19)

En las mujeres de Ciudad Bolívar la principal causa de mortalidad se relaciona con tumor maligno de la mama, en el 2014 se presentaron 33 defunciones, la mayor proporción de mortalidad se da en la adultez (27-59 años) con 57,6 %; seguido de la población mayor de 60 años (vejez) con 42 %.

La segunda causa de muerte fue el tumor maligno del estómago para el 2014 contribuyó al 11,2 % del total de la mortalidad de neoplasias, presenta una tendencia creciente y permanente en los periodos analizados; esta misma tendencia se presenta en los grupos específicos de tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea, tumor maligno del cuerpo del útero y tumor maligno del útero, parte no especificada.

Tabla 16. Tendencia de la mortalidad por neoplásicas (tasas ajustadas) según sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos Específicos	Tasa Hombres			Tendencia		Tasa Mujeres			Tendencia		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	27,5	21,0	17,8	↘	↘	6,4	11,7	11,8	↗	↗	15,2	15,7	14,7	↗	↘
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	8,7	7,0	6,2	↘	↘	1,9	4,5	6,8	↗	↗	4,7	5,5	6,7	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,6	17,2	21,2	↗	↗	17,7	15,6	10,8	↘	↘	17,1	16,5	15,2	↘	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	10,3	14,3	10,3	↗	↘	7,2	4,9	7,1	↘	↗	8,8	8,4	8,4	↘	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,8	1,0	2,0	↗	↗	1,5	0,7	0,0	↘	↘	1,2	0,8	0,9	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	-	-	10,7	9,5	12,0	↘	↗	5,9	5,5	6,7	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	8,7	6,6	6,6	↘	↗	4,8	3,6	3,7	↘	↗
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	1,1	1,5	2,0	↗	↗	0,6	0,8	1,1	↗	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0		-	-	1,1	1,7	2,1	↗	↗	0,6	0,9	1,2	↗	↗
Tumor maligno de la próstata	14,7	0,7	12,2	↘	↗				-	-	6,0	0,3	4,8	↘	↗

Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	2,8	0,7	5,4	↘	↗	4,7	6,8	9,2	↗	↗	3,9	4,2	7,4	↗	↗
Leucemia	4,1	2,2	3,9	↘	↗	3,8	1,6	2,7	↘	↗	3,9	1,9	3,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6,1	4,5	7,5	↘	↗	3,2	5,4	3,8	↗	↘	4,6	5,0	5,3	↗	↗
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	18,2	13,0	13,6	↘	↗	9,1	11,5	9,7	↗	↘	12,9	12,1	11,3	↘	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	8,3	11,0	4,8	↗	↘	6,3	6,0	9,2	↘	↗	7,2	8,0	7,4	↗	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

El comportamiento de la mortalidad por neoplasia en Ciudad Bolívar y en la Subred Sur es creciente y constante en el tiempo para los grupos específicos de tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea y tumor maligno de otros órganos genitourinarios. En la subred los eventos de tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido mantiene un comportamiento decreciente entre 2012 y 2014, sin embargo en Ciudad Bolívar los tumores malignos de otras localizaciones tiene un comportamiento similar; mientras que tumor maligno del tejido linfático va incrementando a lo largo de los años y el otro evento presenta una tendencia irregular.

Tabla 17. Tendencia de la mortalidad por neoplasias por grupos específicos (tasas ajustadas), comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur y la localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Priorización Subred Sur		Tasa Ciudad Bolívar			Priorización Ciudad Bolívar	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	17,6	14,9	15,3	↘	↗	15,2	15,7	14,7	↗	↘
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,9	5,3	6,6	↗	↗	4,7	5,5	6,7	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,2	15,6	13,7	↗	↘	17,1	16,5	15,2	↘	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,2	7,5	7,5	↗	-	8,8	8,4	8,4	↘	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	0,7	1,2	↘	↗	1,2	0,8	0,9	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	6,7	5,6	5,9	↘	↗	5,9	5,5	6,7	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	3,8	4,1	3,4	↗	↘	4,8	3,6	3,7	↘	↗
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,5	0,4	0,7	↘	↗	0,6	0,8	1,1	↗	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,7	0,8	0,8	↗	↘	0,5	0,9	1,2	↗	↗
Tumor maligno de la próstata	5,7	2,7	5,0	↘	↗	5,9	0,3	4,8	↘	↗
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,8	4,9	6,3	↗	↗	3,9	4,2	7,3	↗	↗
Leucemia	3,8	3,3	4,0	↘	↗	3,9	1,9	3,2	↘	↗

Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,1	4,6	4,2	↘	↘	4,6	5,0	5,3	↗	↗
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	13,2	12,8	↘	↘	12,9	12,0	11,3	↘	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,6	6,9	5,8	↘	↘	7,2	8,04	7,4	↗	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

3.1.2.3 Mortalidad por causa externa

La mortalidad por causa externa fue la cuarta causa de muerte en Ciudad Bolívar en el 2014, la principal causa fueron las agresiones con una tasa de mortalidad 26,4 por 100.000 habitantes, dato que se encuentra por encima del indicador de la Subred (tasa 11,2 por 100.000 habitantes) para el mismo año. La segunda causa se relaciona con accidentes de tránsito, donde la tendencia es acreciente en un 29,9 % en la tasa ajustada para la edad.

La mortalidad por causas externas en los hombres está determinada por las agresiones (homicidios) y accidentes de transporte, donde la tasa ajustada para la edad aumento de 49,8 a 21,6 por cada 100.000 hombres respectivamente. Para las mujeres la mortalidad está determinada principalmente por los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 6,4 por cada 100.000 mujeres; como segunda causa se encuentra las agresiones.

Tabla 18. Tendencia de la mortalidad por causa externa (tasas ajustadas) por grupos específicos, comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur y la Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Ciudad Bolívar			Tendencia Ciudad Bolívar	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	10,2	8,5	11,2	↘	↗	10,5	8,2	13,6	↘	↗

Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,1	0,0	0,1	↘	↗	0,0	0,0	0,3	-	↗
Caídas	3,6	4,0	4,0	↗	↘	5,1	3,4	6,0	↘	↗
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,7	0,4	0,2	↘	↘	0,7	0,4	0,1	↘	↘
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,6	0,8	↗	↗	0,3	0,5	0,3	↗	↘
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,1	0,5	↘	↗	0,5	0,1	0,3	↘	↗
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,1	0,1	↗	↗	0,0	0,0	0,0	-	-
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,5	0,2	0,2	↘	↗	0,9	0,0	0,4	↘	↗
Los demás accidentes	0,5	1,1	1,2	↗	↗	0,3	1,3	0,9	↗	↘
Lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios)	2,6	3,6	3,7	↗	↗	2,8	3,4	4,8	↗	↗
Agresiones (homicidios)	18,8	18,5	20,0	↘	↗	26,5	24,4	26,4	↘	↗
Eventos de intención no determinada	5,9	5,7	4,6	↘	↘	8,0	6,1	4,1	↘	↘
Las demás causas externas	0,9	0,3	0,6	↘	↗	1,5	0,5	0,3	↘	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013.Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Al evaluar la magnitud de la mortalidad por causa externa y grupos específicos en comparación de la Subred Sur y la localidad de Ciudad Bolívar, se observa que las agresiones (homicidios) presentan comportamiento predominante en la localidad de Ciudad Bolívar; se observa que por una mujer hay once hombres que fallecen por esta causa. Respecto a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y los eventos de intención no determinada la relación hombre mujer es de 1:4 respectivamente; al evaluar las tasas por edad ajustada se encuentran por encima de los valores de la Subred sur lo que permite inferir que Ciudad Bolívar es una localidad con altos índices de violencia que afecta principalmente a los hombres.

Las lesiones por violencia y por accidentes de tránsito constituyen un problema importante en la salud pública, relacionado por las discapacidades y el elevado costo de los eventos, adherido a ello, los elevados costos económicos y sociales, asociados a la muerte por causas externas, tienen implicancias negativas para los sistemas de salud, de igual forma se afectaría el soporte económico de la población dependiente económicamente.

3.2. Mortalidad infantil y en la niñez

3.2.1. Mortalidad en menor de un año

En Ciudad Bolívar entre el año 2014, se presentaron 109 defunciones en niños- niñas menores de 1 año. La principal causa de muerte fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla 19. Distribución de la mortalidad en población menor de 1 año según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar, año 2014

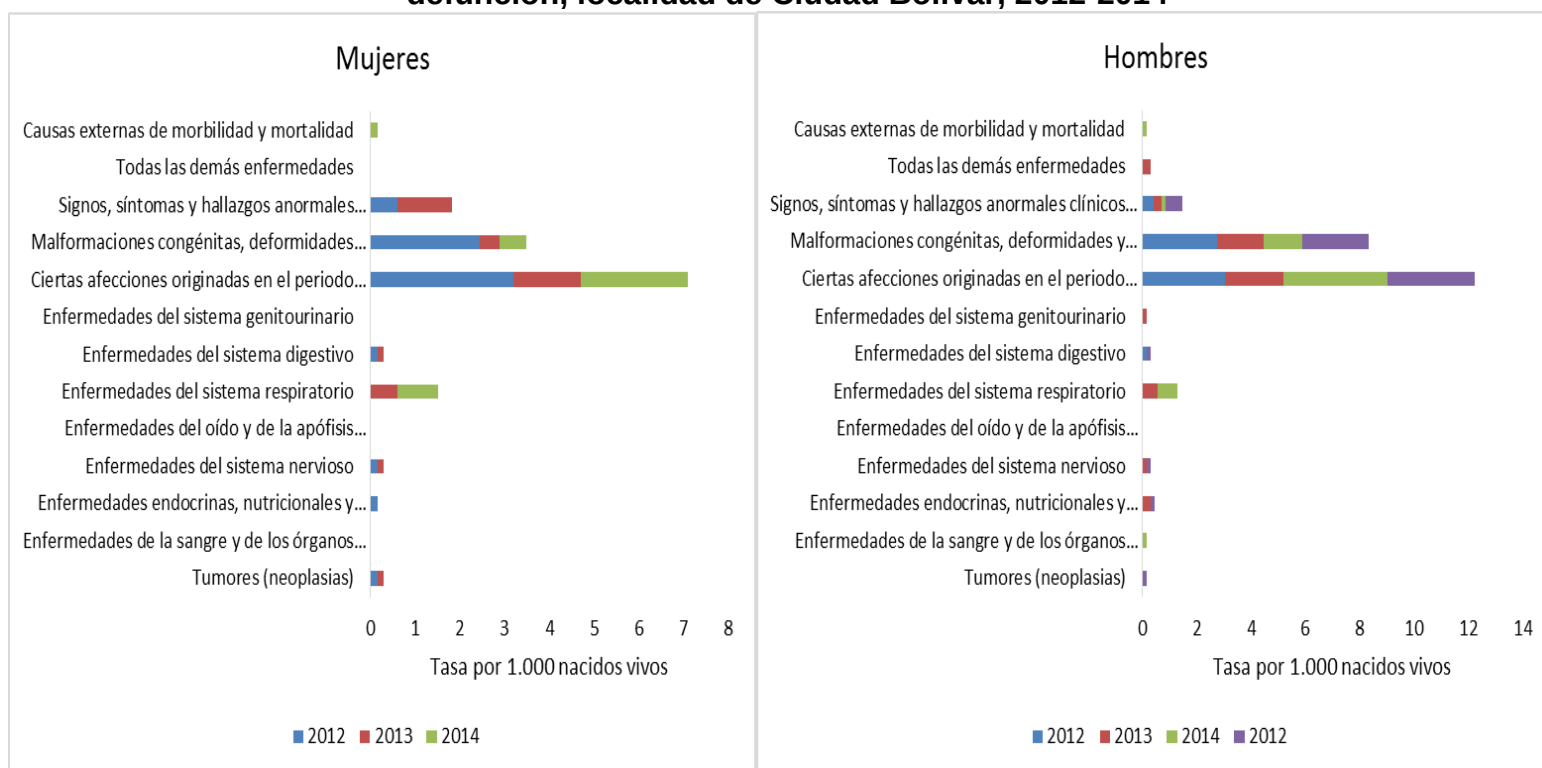
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	%	%
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	21	19.3
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	14	12.8
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	14	12.8
1-062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	11	10.1
1-084 Infecciones específicas del período perinatal	10	9.2
1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	8	7.3
1-059 Neumonía	6	5.5
1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	5	4.6
1-086 Todas las demás afecciones originadas en el período perinatal	5	4.6

1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	3	2.8
Resto de enfermedades	12	11,0
Total	109	100

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

En Ciudad Bolívar en el año 2014, la principal causa de mortalidad en niños y niñas menores de un año fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 3,14 por 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 59,7 % de total de las defunciones en este grupo de edad. Se observa además aumento respecto con el año anterior. De acuerdo al sexo se identificó que por cada mujer, hay dos hombres que fallecen por la misma causa.

Gráfica 9. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según causas de defunción, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014



Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS - Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

La segunda causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y se observa un comportamiento decreciente para esta causa pasando de una tasa de 20,6 a 1,0 por 1.000 nacidos vivos; son los hombres quienes presentan una tasa más elevada en relación a las mujeres (1,42 por 1000 NV y 0,6 por 1000 NV respectivamente).

Tabla 20. Tasa de mortalidad en población menor de 1 año comparativa Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,07	0,15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,07	0,15	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,59	0,80	0,3	0,3	0,0	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,15	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,07	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,12	1,84	3,14	3,7	1,6	3,9	3,2	1,5	2,3	0,0	0,0	0,0

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,60	1,10	1,02	1,9	0,6	1,3	2,1	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,52	0,74	0,07	0,9	1,0	0,6	0,9	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	0,15	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Para la Subred Sur durante el año 2014, la principal causa de mortalidad en niños menores de un año fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en tres localidades (Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito), la segunda causa se dio por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas para las mismas localidades, con relación a la localidad de Sumapaz no se han registrado durante este periodo muertes en menores de 1 año.

3.2.2. Mortalidad en menores de 1 a 4 años

Entre el año 2014, se presentaron 16 defunciones en niños- niñas de 1-4 años; el 44 % de las defunciones ocurrió en niños y el 56 % en niñas. La principal causa de muerte son las causas externas de morbilidad y mortalidad, seguido de signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y malformaciones congénitas

Tabla 21. Distribución mortalidad en población de 1-4 años según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar. Año 2014

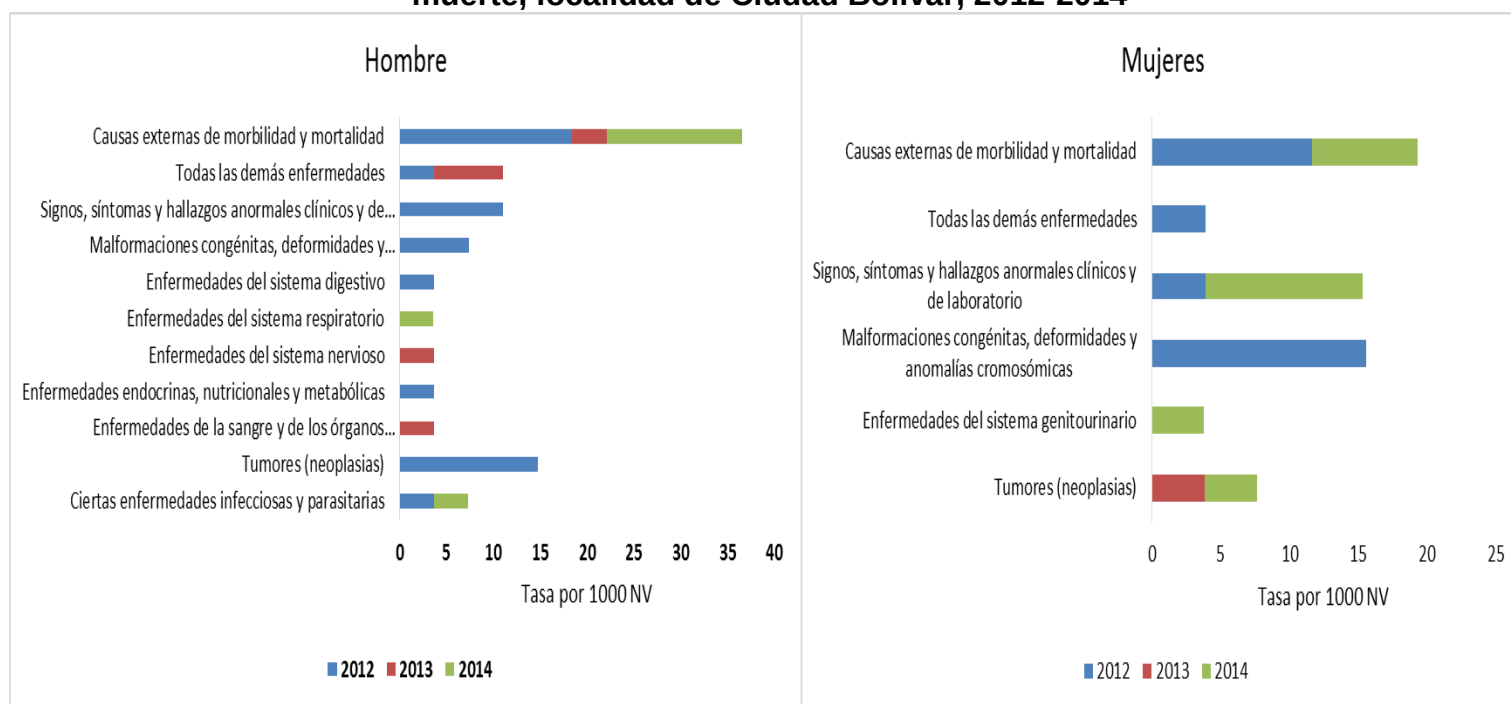
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	N	%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6	37.5
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3	18.75

Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	18.75
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	6.25
Tumores (neoplasias)	1	6.25
Enfermedades del sistema respiratorio	1	6.25
Enfermedades del sistema genitourinario	1	6.25
Total	13	100

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

En los niños de 1 a 4 años para el año 2014 la principal causa de mortalidad fue causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa 11,5 por 1.000 nacidos vivos. De acuerdo al sexo se observa una tasa más alta hombres en relación a las mujeres (14,5 por 1.000 NV y 7,6 por 1.000 NV respectivamente). La segunda causa se relaciona con Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con una tasa de 5,6 por 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 10. Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según causas de muerte, localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014



Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Respecto a las causas de mortalidad en población de 1 a 4 años para el 2014 se observa un comportamiento diverso en la causa principal en cada una de las localidades, en Ciudad Bolívar, Sumapaz está relacionado con signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; mientras que en Usme las dos principales causas son signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para Tunjuelito la principal causa de mortalidad se relaciona con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Tabla 22. Tasa de mortalidad en población de 1-4 años comparativa Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	7,6	1,9	1,9	0,0	0,0	8,1	9,5	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	1,9	0,0	7,9	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Enfermedades del sistema digestivo	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,4	0,0	0,0	7,9	0,0	8,1	3,2	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,6	0,0	5,6	7,9	0,0	8,1	3,2	6,1	0,0	0,0	0,0	217,4
Todas las demás enfermedades	3,8	3,7	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

3.2.3. Mortalidad materno- infantil y en la niñez

Este apartado incluye el análisis de mortalidad materna, mortalidad perinatal, la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de cinco años, mortalidad por neumonía en menores de cinco años, mortalidad IRA en menores de cinco años, mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, mortalidad por EDA en menores de cinco años.

Mortalidad Materno– Perinatal

En la Subred Sur la mortalidad materna presenta un comportamiento irregular entre 2010-2016. En el último año se presentaron 3 casos con una razón de mortalidad materna en la Subred de 16,1 por 100.000 nacidos vivos, la cual se encuentra por debajo de la meta distrital (razón de 31 por mil nacidos vivos) y la línea base del 2014. En la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2016 se presentó un (1) caso lo que representa una razón de 10,2 por 100.000 nacidos vivos. El caso corresponde a una mujer de 21 años de edad, que residía

en el barrio Brisas del Volador, afiliada a régimen subsidiado, la causa básica de defunción fue falla multiorgánica, con antecedente de pielonefritis aguda severa.

La mortalidad perinatal, en la Subred Sur presenta un comportamiento decreciente, en el año 2013 presenta la menor tasa de mortalidad, 12,06 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales, lo que corresponde al 20 % de las defunciones perinatales en Bogotá durante el mismo período. Durante el año 2016 ocurrieron 275 defunciones, con una tasa de 14,8 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos más fetales ubicándose por encima de la meta distrital y la línea base para el año 2014.

Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil, localidad de Ciudad Bolívar, 2010 -2016

Causa de muerte	Referencia Bogotá. 2016	Referencia Ciudad Bolívar 2016							
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	35,2	10,2	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,4	16,1	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,1	11,4	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,5	18,7	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,0	7,0	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	0,0	↗	↘	-	-	-	-	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,7	2,8	-	↘	↘	-	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años	8,9	18,2	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗

Fuente: 2010-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-Finales. 2015-2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (Año 2015 ajustado marzo 2016 y 2016 ajustado enero 23 2017).

3.2.4. Mortalidad Infantil

En la Subred Sur, la mortalidad en menores de un año presenta un comportamiento decreciente en los últimos años, presentando la tasa más baja en el año 2015. Para el periodo 2016 se presentaron 196 defunciones, con una tasa de 10,5 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos, que corresponde al 22 % de las defunciones de menores de un año en Bogotá durante el mismo período.

La localidad de Ciudad Bolívar aporta con el mayor número de defunciones (111 casos), con una tasa de mortalidad infantil de 11,4 por cada 1000 nacidos vivos, ubicándose por encima del comportamiento de la Subred y del Distrito. Entre los factores de riesgo identificados, según la OMS, se encuentran bajo peso al nacer, malnutrición, niños que no reciben leche materna, hacinamiento, agua y alimentos insalubres, así como las relacionadas con la mortalidad fetal. El comportamiento a escala de UPZ permite identificar que las San Francisco, Jerusalén, Lucero, El Tesoro, Arborizadora y Monteblanco se encuentran por encima de la meta distrital.

3.2.5. Mortalidad Menor de 5 años

La mortalidad en menores de cinco años para la Subred Sur presenta una tendencia decreciente en los últimos años, la tasa más baja se presentó en el 2015. Para el año 2016, ocurrieron 232 defunciones en la Subred con una tasa de 13,4 por 100.000 menores de cinco años. La localidad de Ciudad Bolívar contribuyó con el mayor número de casos (133), tasa de 18,7 por 100.000 menores de cinco años, dato que supera el indicador de la Subred y el Distrito.

Durante el período 2010 – 2015, en la Subred Sur, la mortalidad en menores de cinco años por IRA tiene un comportamiento irregular, presentando la tasa más baja en el 2013 cuando se presentan 5 defunciones y una tasa para el 2016 de 4,0 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Ciudad Bolívar la tasa fue de 7,0 por 100.000 menores de cinco años en el 2016; con un comportamiento superior a la meta distrital (tasa de 5 por 100.000 menores de cinco años). Las UPZ donde se presentaron los eventos fue El Tesoro San Francisco e Ismael Perdomo.

El indicador de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años en la Subred Sur, es decreciente en los últimos años. La tasa más baja se observa en 2010, entre el 2015 y 2016 no se han presentado ningún caso para las localidades que integran la Subred Sur.

La mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, en la Subred ha mostrado un comportamiento variable, presentando la tasa más baja en el año 2013 y en el 2016 de 0,7 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Ciudad Bolívar, la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años aumentó, con una tasa de 2,8 por 100.000 menores de cinco años en el año 2016; de acuerdo al lugar de residencia se ubican en la UPZ 67 Lucero, barrios el Mirador y Paraíso, los dos casos eran mayores de un año, ocurrieron en el mes de abril; pertenecían a régimen subsidiado (Capital Salud); la causa básica de muerte desnutrición proteico-calórica severa (1) y kwashiorkor (1).

La mortalidad en menores de cinco años por neumonía durante el período 2010 – 2014, en la Subred Sur, tiene un comportamiento variable, presentando la tasa más baja en el año 2014 cuando se presentan 9 defunciones, aunque en número es igual en el año 2013; mientras en el año 2016 se registran 23 casos, para una tasa de 8,9 defunciones por 100.000 menores de cinco años.

En Ciudad Bolívar, para el año 2016 se presentaron 13 casos de mortalidad por neumonía, con una tasa de 18,2 defunciones por 100.000 menores de cinco años; dato que supera el comportamiento del indicador Distrital.

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.

Otros factores asociados, que afectan o predisponen a la ocurrencia de eventos como la inasistencia a la consulta preconcepcional, bajo peso al nacer, prematurez, embarazo no

planeados o deseados, no uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar, consumo de SPA, malos hábitos alimenticios y/o malnutrición, situaciones que incrementan el riesgo en especial en los menores de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad, en las UPZ Lucero, San Francisco, Jerusalén y UPR Río Tunjuelo.

Factores sociales o ambientales como la baja oferta instituciones, tanto en salud como en otras asistencias sociales, dificultad en vías de acceso, zona montañosa, la ubicación de relleno sanitario, así como ladrilleras, cementeras 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, pertenece 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.

3.3. Análisis estructura de morbilidad

3.3.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad de Ciudad Bolívar, años 2015 y 2016

Consulta externa

En la localidad de Ciudad Bolívar en el servicio de consulta externa, la primera causa de consulta para los años 2015 y 2016, fue caries de la dentina con el 59.5 % y el 20.2 %, respectivamente, la segunda causa de consulta en el año 2016 fue la hipertensión esencial primaria, con el 34.4 %, la tercera causa de consulta en el año 2016 fue la rinofaringitis

aguda, con el 28.7 %, la cuarta causa de consulta en el año 2016 fue la gingivitis crónica con el 34.2 % y la quinta causa de consulta en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 36.7 %.

Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur
Caries de la Dentina	29.411	59,5	49.457	5.375	20,2	26.604
Hipertensión Esencial (primaria)	14.524	46,4	31.321	5.144	34,4	14.948
Rinofaringitis Aguda	5.941	47	12.652	2.285	28,7	7.970
Gingivitis Crónica	17.628	79,2	22.261	19.59	34,2	5.725
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	3.938	51,6	7.625	1.691	36,7	4.610
Dolor en Articulación	4.084	54,7	7.470	1.245	29,9	4.164
Lumbago no especificado	3.881	47,7	8.138	1.150	24,1	4.765
Hipotiroidismo; no especificado	2.924	46	6.360	1.041	25,9	4.018
Gastritis; no especificada	*	*	*	799	27,6	2.891
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	*	*	*	592	34,1	1.737

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Hospitalización

En la localidad de Ciudad Bolívar en el servicio de hospitalización, las tres primeras causas para los años 2015 y 2016, son las mismas, la primera fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 71.7 % y 55.8 %, respectivamente, la segunda fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 68.1 % y 44.3 %, respectivamente

y la tercera causa fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 67.2 % y 47.6 %, respectivamente.

Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
Causas	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur
Parto Único Espontáneo; presentación cefálica de vértice	738	71,1	1038	339	55,8	608
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	371	68,1	545	176	44,3	397
Bronquiolitis Aguda; no especificada	322	67,2	479	131	47,6	275
Neumonía Bacteriana; no especificada	91	60,7	150	66	60,6	109
Parto por Cesárea de Emergencia	166	50,9	326	55	40,1	137
Parto por Cesárea Electiva	68	74,7	91	55	87,3	63
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	*	*	*	45	64,3	70
Neumonía; no especificada	66	28,7	230	31	23,5	132
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; no especificada	88	59,5	148	31	33,3	93
Parto por Cesárea; sin otra especificación	*	*	*	28	42,4	66

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En la localidad de Ciudad Bolívar en el servicio de urgencias, la primera causa para los años 2015 y 2016, fue la misma, rinofaringitis aguda, con el 70.6 % y 59.7 %, respectivamente, la segunda causa en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 41.8 %, en comparación con el año 2015, donde fue la amigdalitis aguda, no especificada, con el 59.4 %, la tercera causa en el año 2016 fue la amigdalitis aguda, no especificada, con

el 45.6 %, comparado con el año 2015, donde fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 61 %, la cuarta causa en urgencias en el año 2016 fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 57 %, en comparación con el año 2015, donde fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 51 % y la quinta causa en urgencias para el año 2016 fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 49.1 %, comparado con el año 2015, donde fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 66.9 %.

Tabla 26. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Ciudad Bolívar, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur
Rinofaringitis Aguda	1.944	70,6	2.755	1.137	59,7	1.905
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	1.298	51	2.543	787	41,8	1.884
Amigdalitis Aguda; no especificada	1.490	59,4	2.508	678	45,6	1.487
Bronquiolitis Aguda; no especificada	1.070	66,9	1.600	572	57	1.003
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	1.420	61	2.326	443	49,1	903
Gastritis; no especificada	*	*	*	253	39,3	643
Otitis Media; no especificada	*	*	*	248	51,7	480
Hipertensión Esencial (primaria)	668	59,6	1.121	242	61,6	393
Lumbago no especificado	407	40	1.017	241	35,4	681
Infección intestinal viral; sin otra especificación	376	86,4	435	228	78,9	289

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general, en consulta externa, urgencias y hospitalización, según momento de curso de vida

Respecto a las diez primeras causas de morbilidad, según momento del curso de vida, en el año 2016, se observa que en menores de un año, la rinofaringitis aguda, es la causa más frecuente con 38,8 % seguido de bronquiolitis aguda no especificada (25,5 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (7,4%), ictericia neonatal no especificada (5,9 %), infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (5,9%), laringitis obstructiva aguda - CRUP (4,6 %), otros recién nacidos pretérmino (3,9 %), bronquitis aguda no especificada (2,9 %), enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis (2,8 %) y por último enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4 %). De acuerdo a lo anterior se puede observar que son las enfermedades respiratorias (80,1 %) las que afectan con mayor frecuencia a los menores de 1 año, en segundo lugar se identifican las enfermedades del sistema gastrointestinal. Al comparar con las primeras diez primeras causas del año 2015 y la Subred Sur 2016, se observó que rinofaringitis y bronquiolitis aguda, fueron las patologías que más afectaron a esta población.

Para el momento de curso de vida infancia, se identificó que las causas de morbilidad más frecuentes son: rinofaringitis aguda con 34,3 %, caries de la dentina (18,3 %), bronquiolitis aguda no especificada (9,8 %), amigdalitis aguda no especificada (8,5 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (5,9 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (5,9 %), gingivitis crónica 4,5 %), dermatitis atópica no especificada (3,6 %), otitis media no especificada (5,1%) y por último infección de vías urinarias sitio no especificado (4,1 %). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (63,7 %), sin embargo en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación a la subred se observan las mismas causas (en orden diferente).

En el momento de curso de vida infancia escolar, se observa que la caries de la dentina, fue la causa más frecuente con 35,4 %, seguido de: rinofaringitis aguda (17,8 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (12,6 %), gingivitis crónica (9,1 %), amigdalitis aguda no

especificada (5,6 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,5 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,5 %), bronquiolitis aguda no especificada (3,3 %), dermatitis atópica no especificada (3,2 %) y por último rinitis alérgica; no especificada (3,1 %). Por lo anterior se puede inferir que el 44,5 %, es decir casi la mitad de los niños del curso en mención identificados dentro de las primeras diez causas, presentaron patologías relacionadas con la cavidad bucal (caries y gingivitis), siendo estas enfermedades las que más afectan a este curso de vida, seguido están las enfermedades respiratorias (29,7 %) y las enfermedades gastrointestinales (17,1 %). En el análisis comparativo entre la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar.

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se observa que la caries de la dentina es la causa más frecuente con 32,4 %, seguido se ubican: parasitosis intestinal sin otra especificación (14,9 %), gingivitis crónica (13,2 %), rinofaringitis aguda (8,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (8,6 %), dolor en articulación (5,1 %), migraña no especificada (4,9 %), amigdalitis aguda no especificada (4,4%), gingivitis aguda (3,9 %) y finalmente dermatitis atópica no especificada (3,9 %). De acuerdo a lo anterior se observa que los problemas de la cavidad bucal afectan la mayoría la población de este curso de vida (45,6), seguido de las enfermedades respiratorias (21,8 %). Al comparar con la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar, es importante mencionar que existen coincidencias, siendo las afecciones de la cavidad oral las que más afectan este curso de vida.

Con relación al momento de curso de vida juventud, se identificaron se observa como primera causa la caries de la dentina (30,5 %), seguido se ubican: infección de vías urinarias sitio no especificado (15,7 %), gingivitis crónica (12,3 %), vaginitis aguda (8,3 %), rinofaringitis aguda (7,1 %), gastritis no especificada (6,2 %), lumbago no especificado (5,7 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,9 %), migraña; no especificada (4,7 %) y amigdalitis aguda no especificada (4,6 %). En el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se observa que es la caries la patología más frecuente y en segundo lugar las infecciones de vías urinarias.

Para el momento de curso de vida adultez, se observa como primeras causas de consulta la hipertensión esencial primaria (21,5 %), caries de la dentina (18,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,7 %), lumbago no especificado (9,4 %), dolor en articulación (8,0 %), hipotiroidismo; no especificado (7,4 %), gingivitis crónica (7,4 %), gastritis no especificada (6,4 %), rinofaringitis aguda (5,6 %) y por último hiperlipidemia mixta (4,8 %). Al comparar el año 2016 con el año 2015 en la localidad existen coincidencias en la ocurrencia de las diez primeras causas, aunque en orden diferente de las patologías; respecto al comportamiento de la Subred Sur, se observó diferencias debido a que no se identificaron registros de rinofaringitis aguda en la Subred y se presentó la causa de pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local.

Respecto al momento de curso de vida vejez, se identifican como primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (54 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,6 %), caries de la dentina (6,6 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (5,9 %), hipotiroidismo no especificado (5,3 %), dolor en articulación (5,1 %), lumbago no especificado (4,9%), diabetes mellitus no insulínica sin mención de complicación (4,0 %), hiperlipidemia mixta (3,3 %) y diabetes mellitus insulínica sin mención de complicación (3,2 %). Al comparar con el año 2015, 2016 en la localidad y Subred 2016, se observó que dentro de las diez primeras causas coincidencias en los diagnósticos mencionados para el año 2016, en este curso de vida, a excepción de hiperplasia de la próstata y enfermedad renal crónica que se presentó en la Subred Sur en el año 2016.

3.4. Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67

Consultas

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Ciudad Bolívar, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son síntomas, signos y afecciones mal definidas y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 27. Distribución grandes causas de morbilidad, por servicio de consulta según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Consultas	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	513	27,3	1.882	510	37,9	1.346	848	47,1	1.802	233	32	728	153	31,3	489
Cáncer	2579	42,1	6.121	908	27,1	.351	3.341	42,9	7.794	1.670	40,4	4.136	414	17,2	2.411
Causas externas	99	35,6	278	19	8,4	226	197	29,8	660	193	42	459	36	20,3	177
Enfermedades Cardiovascular es	23.020	50,4	45.704	9.076	36	25.188	25.097	47,8	52.502	17.801	46,1	38.646	6.342	31,9	19.851
Enfermedades transmisibles	28.762	46,0	62.573	8.218	29,6	27.754	31.753	47,8	66.480	19.931	46,2	43.187	7.376	30,6	24.126
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	96.622	51,6	187.360	38.392	35,8	107.331	130.190	54,4	239.233	85.058	49,9	170.616	28.440	26,7	106.613
Todas las demás enfermedades	139.763	46,7	299.156	50.210	31,8	157902	174.039	46,9	371.284	123.728	47,3	261.405	38.436	24,1	159.711

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Hospitalizaciones

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de hospitalizaciones, en la localidad de Ciudad Bolívar, son todas las demás enfermedades, seguido de las enfermedades transmisibles y la tercera causa en el año 2012, se observa las enfermedades cardiovasculares, para los años 2013, 2015 y 2016, se observan los síntomas, signos y

afecciones mal definidas, observándose un comportamiento cronológico, que se presenta a continuación.

Tabla 28. Distribución grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Hospitalizaciones	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	522	47,3	1.104	358	55,1	650	484	61,3	790	176	51,5	342	106	49,5	214
Cáncer	209	32,2	650	120	31,3	384	166	26,1	635	56	38,1	147	27	38,6	70
Causas externas	25	51,0	49	27	69,2	39	16	69,6	23	14	60,9	23	11	55	20
Enfermedades Cardiovasculares	1.031	57,2	1.804	364	41,4	880	639	43,1	1.482	280	55,1	508	87	40,3	216
Enfermedades transmisibles	2.495	62,6	3.984	1.441	58,7	2.456	1.948	58,5	3.332	1.029	62	1.661	489	51	959
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	393	38,9	1.011	462	40,6	1.138	2.129	71,7	2.968	564	53	1.064	351	54,9	639
Todas las demás enfermedades	11.331	52,5	21.576	6.837	51,9	13.177	9.687	54,2	1.7877	5.493	64,8	8.475	2.510	51,2	4.904

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de urgencias, en la localidad de Ciudad Bolívar, son todas las demás enfermedades, seguido de las enfermedades transmisibles y los síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Tabla 29. Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

Urgencias	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	249	18,4	1.356	187	24,5	764	167	22,7	737	103	49,8	207	49	55,1	89
Cáncer	109	29,4	371	90	38,8	232	131	40,8	321	57	28,8	198	37	27,4	135
Causas externas	86	31,7	271	71	36	197	114	34,9	327	225	62,3	361	113	49,1	230
Enfermedades Cardiovasculares	1819	51,1	3.563	919	47,7	1.928	1549	44,3	3.496	997	54,1	1.843	410	47,7	859
Enfermedades transmisibles	13.357	55,9	23.911	8.586	51,4	16.694	13145	57,1	23.040	8.613	60,6	14.224	4.603	50,3	9151
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	14.484	43,6	33.185	8.092	34	23.811	11650	37,5	31.097	6.905	45,4	15.200	4.111	36,3	11.312
Todas las demás enfermedades	31.269	45,8	68.255	18.828	41,9	44.953	32011	47,8	66.942	21.865	53,8	40.617	11.203	40,7	27.523

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

3.4.1. Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, localidad de Ciudad Bolívar

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sexo hombre, son todas las demás enfermedades, seguido de los síntomas, signos y afecciones mal definidas y las enfermedades transmisibles.

Tabla 30. Distribución grandes causas de morbilidad, sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Hombre	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	469	32,2	1.458	471	44,8	1.051	614	49	1252	207	42,9	483	117	38,6	303
Cáncer	642	40	1.605	248	23,3	1.063	912	41,1	2.219	479	40,5	1.184	141	20,3	695
Causas externas	90	35,9	251	46	23	200	149	38,5	387	183	52,7	347	70	39,3	178
Enfermedades Cardiovasculares	7.658	48,6	15.742	3.032	33,2	9.121	8.790	46,6	18.853	6.127	46,2	13.276	2247	31	7259
Enfermedades transmisibles	17.799	47,9	37.166	7.383	36,9	19.986	19.120	49,4	38.694	12.037	49,9	24.136	5012	35,5	14.104
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	34.250	47,7	71.825	12.935	29,8	43.477	46.818	50,5	92.741	29.839	47,8	62.470	10385	26,6	39.035
Todas las demás enfermedades	62.020	47,1	13.1804	24.797	32,9	75.452	78.491	47	166.852	54.521	47,5	114.755	17915	25,6	69.944

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sexo mujer, son todas las demás enfermedades, seguido de los síntomas, signos y afecciones mal definidas y las enfermedades transmisibles.

Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, localidad de Ciudad Bolívar

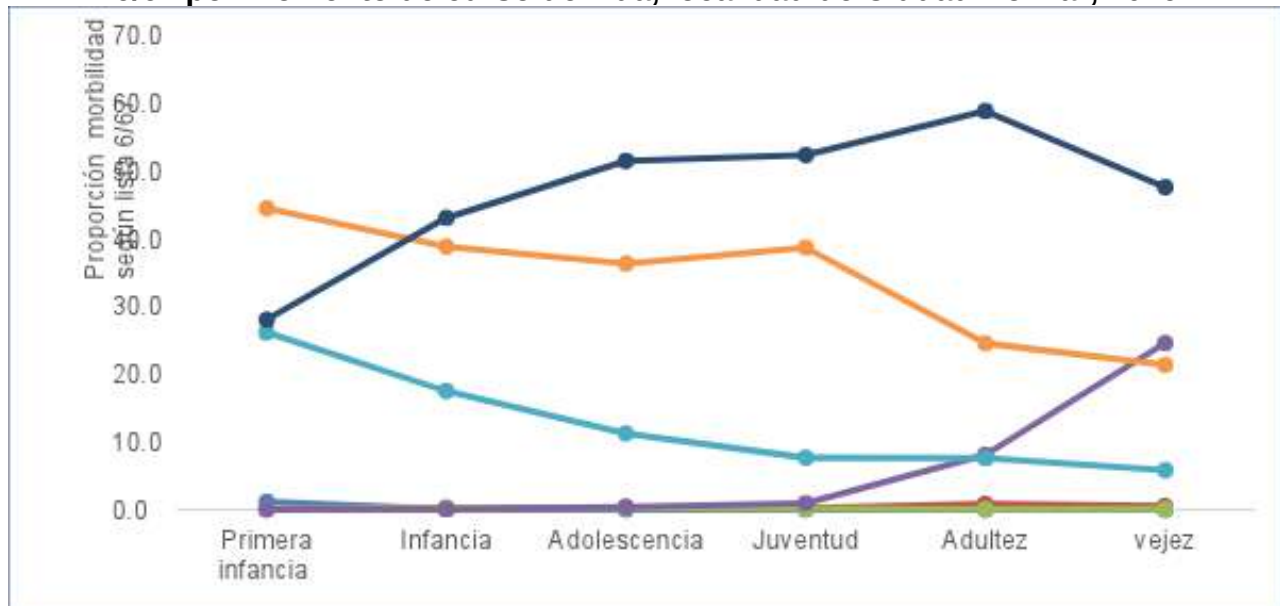
Respecto a los momentos de curso de vida, se observó que el 28,5 % de las personas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad pertenecían al curso adultez (29 a 59 años); 15,0 % primera infancia (0 a 5 años) 14,5 % juventud (18 a 28 años); 8,9 % infancia (6 a 11 años); 9,9 % vejez (60 y más años) y 8,9 % eran adolescentes (12 a 17 años).

Tabla 31 Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, localidad de Ciudad Bolívar

Mujer	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur	Ciudad Bolívar		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	395	24,9842	1581	326	33,0629	986	593	44,7	1.327	159	35,7	446	87	32,5	268
Cáncer	2116	42,6527	4.961	786	29,3832	2.675	2599	42,6	6.101	1.254	40,8	3.077	307	17	1809
Causas externas	85	31,7164	268	35	17,3267	202	147	25,7	571	221	51,4	430	72	34,1	211
Enfermedades Cardiovasculares	16.477	51,0377	32.284	6.654	37,6507	17.673	17280	47,8	36.176	12.353	47	26.281	4.507	33,7	13.388
Enfermedades transmisibles	21.960	48,5057	45.273	8.336	36,3351	22.942	23868	49,7	48.005	15.443	49,5	31.169	6.582	36	18.303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	71.151	52,3439	135.930	30.676	38,6991	79.268	91115	54,7	166.550	59.791	50,4	118.703	21.289	27,8	76.446
Todas las demás enfermedades	98.770	47,1676	209.402	39.867	34,599	115.226	115772	46,9	247.029	83.424	48,3	172.622	29.758	26,8	111199

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Gráfica 11. Distribución grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2016



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En la gráfica se observa que las enfermedades transmisibles están presentes en todos los momentos de curso de vida, afectando con mayor frecuencia la primera infancia, se evidencia que con el aumento de la edad este evento va disminuyendo; en relación al grupo de enfermedades cardiovasculares la mayor proporción ocurrió en la vejez y en segundo lugar en adultez. Para el grupo de causas externas se identificó que las mayores proporciones están en la infancia y adolescencia; respecto a las neoplasias (cáncer) se observa una mayor afectación en adultez y vejez; en el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal los cursos de vida afectados fueron primera infancia e infancia.

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad de la población atendida en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad, según la agrupación de la lista 6/67, los momentos de curso de vida, comparado con la Subred Sur, en el periodo 2012 a 2016.

Tabla 32. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Causas según agrupación 6/67		Ciudad Bolívar					Subred Sur				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	5,5	7,8	7,6	3,7	9,4	8,5	8,6	7,8	4,4	11,5
	Cáncer	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	Enfermedades transmisibles	32,5	29,8	24,8	28,8	37,9	30,4	28,4	24,2	24,1	33,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	37,2	33,3	47,6	49,1	31,0	34,7	37,1	47,3	52,0	30,6
	Todas las demás enfermedades	24,5	28,6	19,7	18,1	21,7	26,0	25,5	20,4	19,2	24,0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
	Cáncer	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	24,2	25,9	21,4	20,2	24,7	24,8	24,4	21,8	19,5	21,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	42,6	38,9	45,5	47,0	46,1	40,9	41,7	44,2	47,2	45,2
	Todas las demás enfermedades	32,7	34,7	32,6	32,3	28,8	33,5	33,0	33,3	32,9	32,6
De 0 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	1,3	2,5	1,6	0,7	1,2	2,2	2,5	1,8	0,9	1,1
	Cáncer	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	26,0	27,0	22,1	21,6	26,1	26,1	25,4	22,3	20,3	22,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	41,4	37,2	45,9	47,4	44,5	39,5	40,6	44,8	48,0	44,3
	Todas las demás enfermedades	30,9	32,9	30,0	30,0	28,0	31,8	31,1	30,7	30,4	32,1

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el momento de curso de vida primera infancia, en el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban síntomas, signos y afecciones mal definidas, seguido de todas las demás enfermedades y las enfermedades transmisibles. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 33. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Cáncer	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Enfermedades transmisibles	16,2	16,1	14,1	12,4	17,5	17,0	15,6	14,3	12,3	13,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	35,3	34,3	37,7	36,1	38,8	35,7	36,8	36,5	36,5	38,0
Todas las demás enfermedades	47,9	49,0	47,6	50,9	43,1	46,5	46,9	48,5	50,6	47,3

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el momento de curso de vida infancia, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas y enfermedades transmisibles. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 34. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,8	0,6	0,6	0,5	0,4	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4
Enfermedades transmisibles	11,3	10,1	9,5	9,1	11,3	11,4	9,6	9,4	8,6	8,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	34,6	36,3	38,3	35,9	36,3	34,0	36,5	36,1	36,5	37,4
Todas las demás enfermedades	52,8	52,6	51,1	53,9	51,4	53,1	52,6	53,2	53,9	53,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto al momento de curso de vida primera adolescencia, se identificó como primera casusa las enfermedades relacionadas con todas las demás enfermedades, seguido del grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas y de las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 35. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4

Causa externas	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	1,6	1,1	0,9	0,8	0,9	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	7,5	5,7	7,2	6,7	7,7	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	38,4	42,2	39,9	38,8	38,6	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	51,9	50,5	51,3	53,1	52,3	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Con relación al momento de curso de vida juventud, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas y de las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 36. Distribución Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	1,6	1,5	1,6	1,2	0,8	1,8	1,7	1,8	1,4	1,2
Causa externas	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	10,2	9,1	7,8	7,9	8,1	9,3	8,4	8,1	8,2	7,1
Enfermedades transmisibles	7,3	5,7	7,8	7,1	7,6	7,6	6,5	7,5	7,2	6,0
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	25,5	28,2	28,3	25,9	24,5	24,6	26,1	25,4	25,0	27,2
Todas las demás enfermedades	55,3	55,4	54,5	57,8	58,8	56,7	57,0	57,1	58,0	58,2

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el momento de curso de vida adultez, se observa que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas, y de las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 37. Distribución grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Ciudad Bolívar, 2012 - 2016

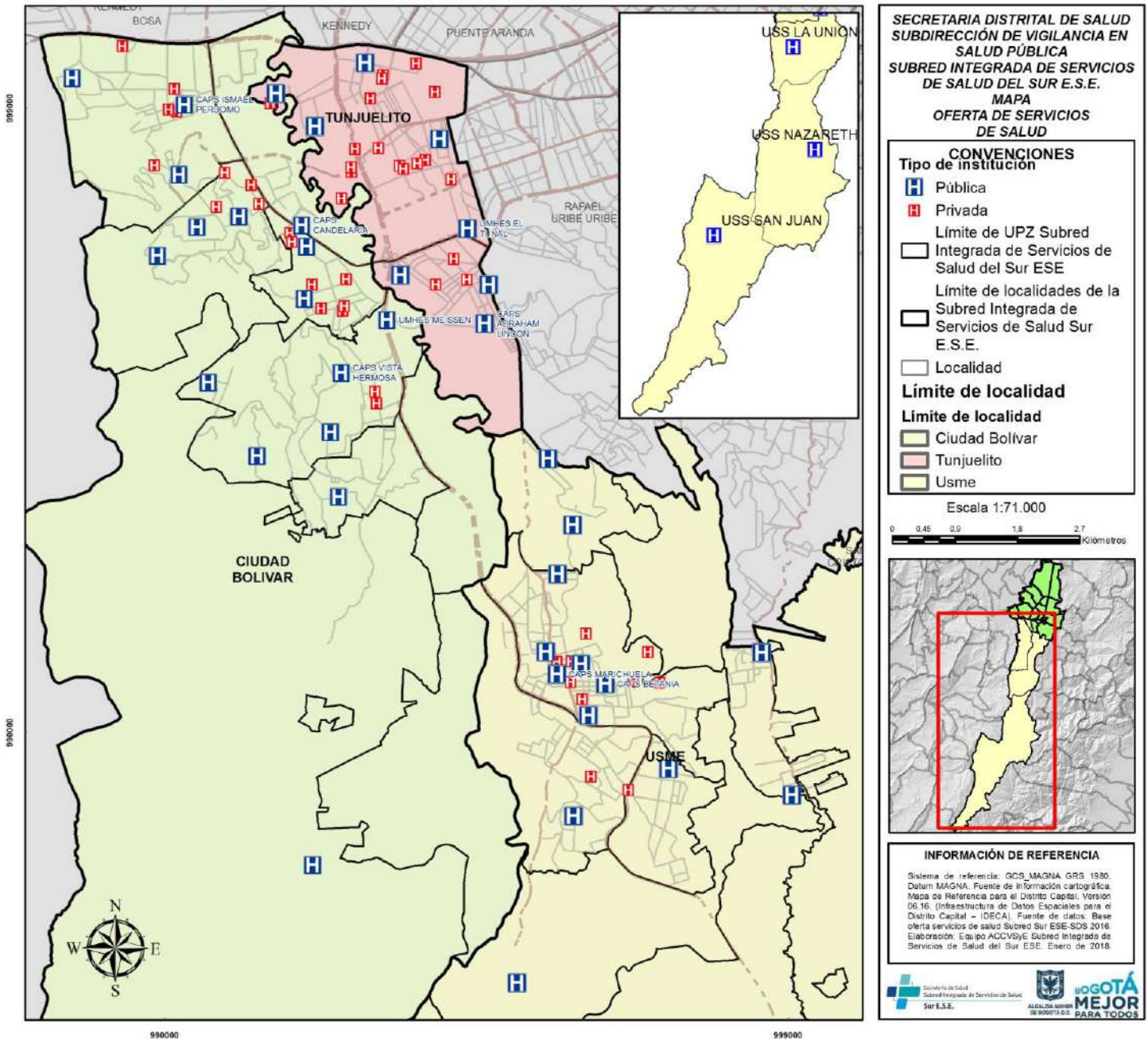
Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	1,0	1,3	1,1	0,8	0,5	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8
Causa externas	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	31,9	31,5	30,8	32,3	24,6	29,2	29,7	29,5	32,7	20,8
Enfermedades transmisibles	5,9	4,5	5,5	5,6	5,8	5,1	3,9	4,7	4,9	4,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	17,0	15,0	18,3	16,2	21,3	17,3	18,0	17,1	16,1	22,8
Todas las demás enfermedades	44,2	47,7	44,3	45,0	47,6	47,0	46,7	47,2	45,4	51,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto al momento de curso de vida vejez, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas, y de las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

3.5. Descripción de la oferta

Mapa 7. Oferta de servicios de salud. Subred Integrada de servicios de salud del Sur ESE, localidad de Ciudad Bolívar, 2016



Fuente: Directorio UGPD-SIVIGILA Ciudad Bolívar 2016.

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 37 centros de atención en salud (mapa 3), de los cuales el 54,1 % (n=20) son de tipo privado y el 45,9 % (n=17) corresponde a Unidades de

Servicios de Salud de la red pública. Del total de centros de atención en salud de la localidad de Ciudad Bolívar el 29,7 % (n=11) se concentra en la UPZ San Francisco, el 21,6 % (n=8) en la UPZ Ismael Perdomo, el 18,9 % (n=7) en las UPZ Jerusalem y Lucero, respectivamente, y el 10,8 % (n=4) en el resto de las UPZ, incluido dos Unidades de Servicios de Salud en la Unidad de Planeación Rural (UPR) Rio Tunjuelo: USS Mochuelo y USS Pasquilla.

Los centros de atención en salud de la red pública del Distrito cubren cada UPZ del territorio de la localidad, concentrando en la UPZ Lucero el 29,4 % (n=5) de las USS; las instituciones de tipo privadas se concentran geográficamente en las UPZ San Francisco, Ismael Perdomo y Jerusalem. La población de la localidad de Ciudad Bolívar dispone de la UMHES Meissen para la atención en salud de alta complejidad, junto con la UMHES El Tunal de la localidad de Tunjuelito y perteneciente a la Subred Sur ESE, lo que garantiza el acceso y la atención en salud; adicional, en la localidad de Ciudad Bolívar no hacen presencia las EAPB del régimen contributivo, por lo que la población perteneciente a este régimen debe desplazarse fuera de la localidad para el acceso a los servicios de salud, utilizando para la movilidad la Avenida Villavicencio, la Autopista Sur y la Avenida Boyacá.

3.6 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

3.6.1 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA

Para el año 2016 el componente de Vigilancia Epidemiológica en Salud Publica, a través del aplicativo SIVIGILA, herramienta alimentada por las diferentes UPGD adscritas al distrito capital en la totalidad de las localidades, realizó un registro de 110.674 casos de diferentes subsistemas (Transmisibles, Salud Sexual y Reproductiva, Crónicos, SISVAN, SISVECOS, SISVESO y SIVELCE), registrando información en 60 eventos de interés en residentes del distrito capital.

Dicha información se encuentra a continuación en una tabla resumen, tomando como base las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	65.001	58,7	10.282	54,4	5.523	51,0	3.276	60,0	1.465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12.056	10,9	1.855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19.147	17,3	4.756	25,2	3.342	30,8	1.021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7.901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	5.011	4,5	1.027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1.558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
Total	110.674	100	18.901	100	10.840	100	5.463	100	2.561	100	37	100

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 50 eventos de interés en salud pública, para un total de 18.901 casos registrados, lo que representa un 17,1 % de la notificación del Distrito. Al observar el comportamiento puntual de la localidad de Ciudad Bolívar, se cuenta con 10.840 registros, distribuido en 48 eventos, lo que representa un 9,8 % de la notificación del distrito y un 57,3 % de la Subred Sur.

La principal diferencia evidenciada entre el comportamiento de la localidad de Ciudad Bolívar y el Distrito se observa en la dimensión Convivencia Social y Salud Mental (Consumo de SPA, intento suicida, lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y

violencia de género) con un peso porcentual por encima del dato Distrital, hecho que contrasta con la dimensión de Salud Ambiental (intoxicación por sustancias químicas y ETA), con un peso porcentual muy por debajo del dato Distrital. Este hecho se puede relacionar con las condiciones socioeconómicas propias de la localidad, así como la gran densidad población con la que cuenta, factores que propician la ocurrencia de eventos de violencia, consumo e ideación suicida que afectan la salud mental de la población que reside en ella; caso contrario ocurre con las ETA, relacionado a un posible subregistro de eventos asociado a la no asistencia a servicios de salud al tratarse de sintomatología leve o al ser considerada de manejo en casa.

Al realizar la comparación con la Subred Sur se puede evidenciar que la principal diferencia se observa en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (consumo de SPA, intento suicida, lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y violencia de género), relacionado con la situación mencionada previamente, sumado a la oferta institucional en cuanto a centros de educación y centros de atención médica, donde se realiza gran parte de la detección y notificación de casos.

Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021					
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Convivencia social y salud mental	Salud ambiental	Seguridad alimentaria y nutricional	Vida saludable y condiciones no transmisibles
Frente al distrito	8,5	7,8	17,4	4,0	11,8	8,2
UPZ Arborizadora frente a la localidad	10,2	7,8	0,0	12,7	8,4	9,4
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0,2	0,1	0,0	0,9	0,2	0,0
UPZ Tesoro frente a la localidad	9,5	7,9	0,0	9,2	12,3	0,8

UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	23,0	20,7	0,0	21,8	18,0	6,2
UPZ Jerusalén frente a la localidad	19,6	18,8	0,0	16,8	17,4	5,5
UPZ Lucero frente a la localidad	25,1	28,2	0,0	24,4	31,2	12,5
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0,7	0,4	0,0	1,6	0,8	0,8
UPZ San Francisco frente a la localidad	10,3	14,5	0,0	12,0	9,6	3,1
UPR Rural frente a la localidad	1,3	1,6	0,0	0,6	1,5	0,0
Casos sin UPZ frente a la localidad	0,0	0,0	99,9	0,0	0,0	61,7

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

A continuación se presenta de manera resumida el comportamiento de la localidad de Ciudad Bolívar en los diferentes eventos incluidos en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, de forma comparativa con la subred y el Distrito.

3.6.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

En esta dimensión se incluyen desde el nivel central 49 eventos de interés, para los cuales a nivel Distrital no se registran casos en 12; por su parte de localidad de Ciudad Bolívar aporta información en 27 de ellos, donde se destacan eventos trasmisibles como: sarampión, rubeola, tuberculosis, hepatitis a, meningitis, varicela, parotiditis; eventos respiratorios como: tos ferina, ESI-IRAG, IRAG inusitado; eventos zoonóticos como: vigilancia integrada de rabia humana y leptospirosis, otros transmitidos por vectores como: dengue, malaria, chagas, leishmaniasis, zika, chikungunya; así como mortalidades relacionadas con IRA y EDA; como algunos de los eventos más destacados.

La localidad de Ciudad Bolívar aporta al Distrito con relación a esta dimensión un 8,5 %, así como el 53,7 % a la Subred Sur. En cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuanto la población residente en sus diferentes UPZ, las diferencias más marcada se encuentra en las UPZ Ismael Perdomo y Jerusalem, el primero con un menor peso porcentual al esperado, caso contrario de lo visto en la segundo UPZ.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 8,5 % son: IRAG inusitado, tos ferina enfermedad diarreica aguda, parálisis flácida aguda y lepra, con datos entre el 13 % y 16 % e incluso la mortalidad por IRA aporta alrededor del 30 %. Los primeros eventos pueden estar relacionados con factores ambientales como la cercanía al paramo, zonas montañosas; factores socioculturales como condiciones higiénico sanitarias deficientes, hábitos y acceso a alimentos, ubicación de zonas de invasión, nivel educativo, además de difíciles condiciones económicas. En cuanto a la PFA y la lepra no se identifica un factor relacionado con la mayor notificación de casos en esta localidad.

Eventos como leishmaniasis, dengue, malaria en la gran mayoría se trata de casos que cuenta como lugar de ocurrencia ciudades diferentes a la capital del país, pero en el aplicativo SIVIGILA son registradas para Bogotá y sus localidades, generando un registros de casos mayor al presentado en la comunidad que reside en Bogotá.

3.6.3. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

En esta dimensión se observan 9 eventos, los cuales se pueden agrupar entre transmisibles (hepatitis B, C y coinfección B – D, sífilis gestacional y congénita, VIH/SIDA y muerte por SIDA, síndrome de rubeola congénita) y no trasmisibles (morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal y defectos congénitos).

La agrupación de dichos eventos en la localidad de Ciudad Bolívar frente al distrito, aporta el 7,8 % y frente a la Subred Sur el 50,6 %. En cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuanto la población residente en sus diferentes

UPZ, la diferencia más marcada se encuentra en la UPZ Ismael Perdomo con menos casos de los esperados, según las proyecciones poblacionales.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en relación a la frecuencia de casos general del 7,8 % son: La sífilis congénita con 17 de los 125 del Distrito (13,6 %), la mortalidad materna con 5 de los 36 eventos registrado (14 %), sífilis gestacional con 80 de las 648 eventos (12,3 %).

Con relación al sífilis gestacional y congénita, se pueden observar según las investigaciones epidemiológicas de campo y análisis realizados, que existen factores relacionados como el inicio tardío de controles prenatales, problemas de aseguramiento, traslados, tratamiento inadecuado por falta de adherencia, reinfección por el no tratamiento a parejas (asociado al temor de su reacción y machismo), violencia intrafamiliar, entre otros. En cuanto a la distribución de casos por UPZ, se observa que se presenta una mayor proporción en la UPZ El Lucero con el 58,8 % y 41, 2 % respectivamente, este sector se ubica en el segundo lugar en cuanto densidad poblacional con un del 26 % aproximadamente, dicho sector presenta una de las condiciones socioeconómicas más difíciles de la localidad, dificultades de acceso y movilidad, baja oferta institucional, presencia de asentamientos no legalizados, factores que combinados pueden relacionarse con la ocurrencia de casos en este sector.

Los 5 casos registrados por mortalidad materna requieren unidades de análisis Distritales con fin de determinan la condición del caso, como consecuencia se definió, posterior a dicho ejercicio, 4 casos cumplían la definición de mortalidad materna temprana. Dichos casos se relacionan con algunos factores ya descritos, sumado a barreras de acceso, baja oferta institucional en salud, en especial en el régimen contributivo y de servicios especializados cercanas a la localidad, dificultades de acceso, largos traslados, así como las características propias de los residentes de estos sectores como el bajo nivel educativo, las dificultades económicas, practicas relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, proyecto de vida y factores familiares. En cuanto la distribución geográfica los 5 casos se distribuyeron en 5 UPZ diferentes dentro de la localidad.

3.6.4. Convivencia social y salud mental

En esta dimensión se observan 5 eventos relacionados con salud mental, donde se incluyen: consumo de sustancias psicoactivas inyectadas, intento de suicidio, lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) y vigilancia en salud pública de las violencias de género. Es importante mencionar que tanto el tema de violencias como de lesiones de causa externa, se cuenta con otros procesos que tocan eventos similares como lo son los subsistemas de SIVIM y SIVELCE respectivamente.

En la localidad la agrupación de estos 5 eventos aporta el 17,4 % de los eventos registrados en el distrito y el 70,3 % de la Subred Sur, este último dato, por encima de lo esperado, según el cálculo porcentual de la población de la localidad. Con relación a los eventos incluidos en esta dimensión, sobresalen los 437 casos de intento suicida, lo que representa el 13,7 % de los 3175 casos del distrito. La vigilancia en salud pública de las violencias de género en la localidad de Ciudad Bolívar registra 2904 casos de los 15724 del Distrito, lo que representa el 18,5 %.

Lo anterior evidencia nuevamente factores socioculturales y económicos relacionados con estos eventos como la violencia intrafamiliar, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, desempleo, débiles estrategias de afrontamiento y/o resolución de conflictos, así como las características propias de la localidad en cuanto violencias, inseguridad, contaminación, insuficiente oferta institucional, transporte público y alternativas de manejo del tiempo libre, así como la contaminación, entre otros, que inciden en los niveles de estrés de la población afectado de una u otra manera la ocurrencia de casos.

Los eventos de lesiones por causa externa y por artefactos explosivos son eventos que a pesar de registrar como ciudad de residencia Bogotá, cuentan con lugar de procedencia y ocurrencia ciudades diferentes a la capital del país, a excepción de 1 caso de las 17 lesiones por artefacto explosivo que cuenta con dirección de la localidad.

3.6.5. Salud ambiental

La salud ambiental incluye 2 eventos para registrar, intoxicaciones y enfermedad transmitidas por alimentos, las cuales cuentan con 7901 casos en el Distrito, 316 (4 %) de ellos, se presentaron en la localidad de Ciudad Bolívar; al compararse con la Subred aporta, el 43,8 % dato levemente por debajo de lo esperado. En cuanto la distribución por UPZ según datos porcentuales aproximados Arborizadora y Tesoro aporta más datos de lo esperado, en contraste con Ismael Perdomo que registra una menor proporción de casos.

Dichos eventos presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos, las intoxicaciones en la localidad de Ciudad Bolívar representan tan solo el 4,7 % (261 eventos) de los 5.555 casos registrados en la ciudad, Por su parte las ETA aportan aún menos registros, teniendo en cuenta que de los 2346 eventos presentados en 2016, tan solo se registran 55 casos (3,3 %) en residentes de la localidad, dato posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

3.6.6 Seguridad alimentaria y nutricional

Los eventos relacionados con esta dimensión incluyen bajo peso al nacer, desnutrición aguda en menores de 5 años y mortalidad por y asociada a desnutrición, dichos eventos registrados en la localidad, aportan el 11,8 % del dato distrital (5011) con 593 casos, siendo la segunda dimensión con mayor peso de eventos de la localidad de Ciudad Bolívar, hecho relacionado posiblemente a los factores económicos de la zona, más los hábitos alimentarios y condiciones socioculturales.

La distribución del evento al interior de las UPZ de la localidad presenta un comportamiento diferente al esperado según las proyecciones poblacionales, al menos en las zonas urbanas, evidenciando a Ismael Perdomo muy por debajo del dato esperado, caso contrario ocurre en Lucero, dichos porcentajes no pueden ser considerados como definitivos, al estar muy relacionados con la consulta, sumado a posibles subregistro del evento desnutrición aguda en menores de 5 años, además de posibles fallas en las proyecciones poblacionales.

El bajo peso al nacer en el distrito cuenta con 4.258 menores y la localidad aporta el 373 casos, lo que representa un 8,8 %, caso diferente ocurre con la desnutrición aguda en menores de 5 años donde la localidad aporta una mayor proporción al registra 218 menores (29,1 %) de los 748 casos en el distrito, este hecho se encuentra posiblemente relacionado a los motivos mencionados previamente, sumado a que se trata de un evento relativamente reciente en cuanto su notificación.

Por último, de los 5 casos de mortalidad por o asociada a desnutrición, la localidad aporta 2 de ellos (40 %), los cuales requieren unidades de análisis para confirmar o descartar el evento. Dichos eventos, se relacionan, además de los factores descritos con violencia intrafamiliar, no asistencia a controles médicos por factores personales (negligencia) o dificultades relacionadas con el traslado o acceso a los servicios de salud.

3.6.7. Vida saludable y condiciones no transmisibles

Los eventos incluidos en esta dimensión son cáncer de la mama y cuello uterino, cáncer en menores de 18 años, enfermedades huérfanas - raras y exposición a flúor, dichos eventos aportan 1.558 casos en el Distrito, de los cuales 128 residen en la localidad de Ciudad Bolívar, lo que representa un 8,2 %.

El cáncer en menores de 18 años presenta 356 eventos en el distrito, de los cuales 26 casos (7,3 %) se presentaron en residentes de la localidad, de estos casos 2 menores fue notificado al detectar la enfermedad y posteriormente al fallecer, dato que se suma a otros 10 casos que fallecen según la base de datos SIVIGILA.

Por otra parte los casos de cáncer de la mama y cuello uterino y enfermedades huérfanas – raras, a pesar de presentar un comportamiento diferente, proporcionan un dato similar en cuanto el porcentaje de casos, es decir, de los 819 casos distritales de cáncer de la mama la localidad aporta 20 casos, y en enfermedades huérfanas de los 86 casos la localidad aporta solamente 3 casos, para un porcentaje 2,4 % y 3,5 % respectivamente; de dichos casos se cuenta con información de 6 fallecimientos, 4 por cáncer y 2 por enfermedades huérfanas.

Es importante mencionar que un factor diferenciador en cuanto la efectividad del tratamiento del cáncer es de la detección temprana, hecho que se puede relacionar con la ausencia de instituciones especializadas en el sector, donde se cuente con personal entrenado y sensibilizado en el tema, sumado a la baja oferta de servicios de salud para el régimen contributivo asociado a largos desplazamientos, hechos que pueden desmotivar el acceso a consultas rutinarias o por sintomatología leve

Por ultimo en cuanto a la exposición a flúor, la localidad aporta cerca de una cuarta parte de la notificación del Distrito con un 26,6 % (79 casos), de los 297 eventos registrados en la base distrital.

3.6.8. Eventos colectivos de interés en Salud Publica (brotes y morbilidad)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de algunos de los eventos colectivos de más interés relaciona con los registros realizados en el Distrito, incluyendo brotes de ETA y varicela, así como las morbilidad por IRA y EDA, para lo cual se tomó como fuente la información oficial de urgencias y emergencias del año 2016 con relación a los brotes y las salidas de SIVIGILA para las morbilidades.

Tabla 40. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (brotes de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Salud ambiental	153	9,5	13	3,0	7	2,9	2	1,6	3	5,4	1	100
Vida saludable y condiciones no transmisibles	1.460	90,5	414	97,0	236	97,1	125	98,4	53	94,6	0	0
Total	1.613	100	427	100	243	100	127	100	56	100	1	100

Fuente: Bases oficiales Urgencias y Emergencias SDS. Años 2012-2016.

Con relación a los brotes registrados en la Subred Sur, se cuenta con información de 4 eventos de interés en salud pública (brotes de varicela y ETA y morbilidad por IRA y EDA), para un total de 427 casos registrados, lo que representa un 26,5 % de la notificación del Distrito. Al observar el comportamiento específico de la localidad de Ciudad Bolívar, se cuenta con 243 registros, lo que representa un 15,1 % de la notificación del Distrito y un 56,9 % de la Subred Sur

Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (brotes de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021	
	Salud Ambiental (ETA)	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles (Varicela Morbilidad EDA Y IRA)
Frente al distrito	4,6	16,2
UPZ Arborizadora frente a la localidad	0	8,1
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0	0
UPZ Tesoro frente a la localidad	14,3	15,3
UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	14,3	20,8
UPZ Jerusalén frente a la localidad	0	23,7
UPZ Lucero frente a la localidad	28,6	19,9
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0	0
UPZ San Francisco frente a la localidad	42,9	9,3
UPR Rural frente a la localidad	0	2,5
Casos sin UPZ frente a la localidad	0	0,4

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

Teniendo en cuenta las dimensiones del PDSP, con relación a Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, se incluye únicamente los brotes de enfermedad transmitida por alimentos (ETA), la localidad de Ciudad Bolívar aporta tan solo 7 brotes, 3 ubicados en San

Francisco, 2 en Lucero 1 en Tesoro y Perdomo, para un 4,6 % de los 153 casos del Distrito, hecho relacionado posiblemente al manejo de estos eventos en casa dependiendo de la gravedad de la sintomatología, el desplazamiento a las instituciones de salud, en especial en la población del régimen contributivo que no cuenta con poca oferta de atención en la localidad y dificultades en la configuración de brotes, relacionado con un posible subregistro.

3.6.9. Salud ambiental

La dimensión de salud ambiental incluye los brotes de varicela, IRA (infección respiratoria aguda) y EDA (enfermedad diarreica aguda), registrados de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 236 (16,1 %) de los 1.460 eventos del distrito.

El brote que se presenta con mayor frecuencia es la varicela, de los 1300 casos distritales, 225 pertenecen a la localidad, lo que aporta un 17,3 % del total de casos, los cuales se distribuyen en mayor porcentaje en las UPZ Jerusalén, Perdomo y Lucero, debido no solo a la cantidad de población, sino a la dinámica del territorio en cuanto una mayor oferta de instituciones educativas, públicas y privadas, así como jardines infantiles de diferentes tipos.

En cuanto los brotes de EDA e IRA en el Distrito se presentaron 76 y 84 casos, de los cuales Ciudad Bolívar aporta 11 casos en EDA para un 14,5 % y ningún evento en IRA. Dichos eventos, al igual que varicela, se dan en su mayoría en instituciones educativas, relacionados con debilidad en factores de prevención por parte de padres de familia, hábitos higiénico-sanitarios, además de continuar llevando los menores a las instituciones educativas a pesar del inicio de síntomas y recomendaciones de docentes y otros funcionarios, lo que dificulta romper la cadena de contagio.

3.6.10. Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de los procesos de vigilancia en salud pública que ingresan la información en herramientas diferentes al SIVIGILA, desde las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Convivencia Social y Salud Mental y Vida saludable y Condiciones No Transmisibles, con el fin de conocer su comportamiento al interior de las localidades, así como su representación a nivel distrital y en la Subred Sur.

Dichas herramientas de captura de información, son diversas según el subsistema, hecho que dificulta la consolidación de la misma y requiere un manejo diferencial, en consecuencia, el subsistema SISVAN utiliza la herramienta EPI-INFO, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE y VESPA, procesos relacionados con la salud mental, utiliza el SIVIGILA DC vía web, por su parte el proceso de discapacidad utiliza el aplicativo en línea para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), para finalizar, SISVESO y SIVISTRA manejan ACCES, pero adicionalmente este último subsistema utiliza el aplicativo de Excel.

Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Seguridad alimentaria y nutricional	89.304	36,1	11.655	25,1	4.992	22,3	3.411	23,7	3.208	37,1	44	4,1
Convivencia social y salud mental	89.288	36,1	19.761	42,5	10.802	48,2	6.851	47,6	1.865	21,6	243	23,0
Vida saludable y condiciones no transmisibles	68.525	27,8	15.070	32,4	6.618	29,5	4.122	28,7	3.559	41,3	771	72,9
Total	247.117	100	46.486	100	22.412	100	14.384	100	8.632	100	1.058	100

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18,8 % (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur; la localidad de Ciudad Bolívar aporta 22.412 casos, lo que corresponde al 9,1 % del distrito y al 48,2 % de la Subred Sur.

Tabla 43. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos subsistemas SIVIGILA DC, agrupados por dimensión del PDSP 2012 - 2021		
	Seguridad Alimentaria y Nutricional SISVAN	Convivencia Social y Salud Mental SIVIM SISVECOS SIVELCE VESPA	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles Discapacidad SISVESO SIVISTRA
Frente al distrito	5,6	12,1	9,6
UPZ Arborizadora frente a la localidad	3,7	6,1	6,5
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0,0	0,2	0,1
UPZ Tesoro frente a la localidad	10,4	8,1	9,9
UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	13,8	19,5	19,1
UPZ Jerusalén frente a la localidad	14,5	17,9	16,0
UPZ Lucero frente a la localidad	28,4	25,1	23,2
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0,7	0,8	1,7
UPZ San Francisco frente a la localidad	12,2	10,4	11,4
UPR Rural frente a la localidad	0,1	0,0	3,7
Casos sin UPZ frente a la localidad	16,1	11,8	8,3

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud, 2016

3.6.11. Seguridad alimentaria y nutricional

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los eventos relacionados con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares

de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 5,6 % del dato Distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 6,5 % y 5,0 %, en cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Ciudad Bolívar aporta el 8,8 % (373 menores) de los 4258 casos registrados. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

Con relación a la distribución de los eventos por las diferentes UPZ, se observa un comportamiento irregular a lo esperado según los datos proyectados para la población de la localidad, UPZ como Tesoro y Lucero aportan mayor registro de casos, en contraste con Arborizadora e Ismael Perdomo, donde su aporte es menor al esperado, relacionado posiblemente a las dinámicas de la consulta y a las proyecciones poblacionales.

3.6.12. Convivencia social y salud mental

En esta dimensión se incluyen eventos de interés relacionados con violencia, conducta suicida, lesiones de causa externa y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), donde se cuenta con 89.288 registros a nivel distrital de los cuales la localidad aporta 10802 lo que representa 12,1 %, con relación a la Subred Sur, Ciudad Bolívar aporta el 54,7 % de los 19761 casos registrados.

El subsistema SIVIM (sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) registra información de violencia sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar. En primera instancia se puede observar que de los 5.041 casos registrados por violencia sexual, la localidad de Ciudad Bolívar aporta 834 (16,5 %), en cuanto a la Subred Sur (1.237 Casos), el peso porcentual es de 67,4 %.

La violencia intrafamiliar registra 11123 y el maltrato infantil 14627 casos en el Distrito, de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 1556 (14 %) y 2135 (14,6 %) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es levemente mayor en la violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que de los 2.588 aporta el 60,1 %, mientras que de los 3.840 casos el maltrato infantil el peso es de 55,6 %. Dichos eventos de violencia, como se mencionó previamente evidencian mayores dificultades sociales en la UPZ Jerusalén, que

a pesar de su baja densidad poblacional en comparación con Ismael Perdomo, cuenta con un número similar de eventos.

Lo anterior refleja, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Ciudad Bolívar, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad que pueden incidir en los niveles de estrés, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutive.

La conducta suicida, la cual es abordada por el subsistema SISVECOS (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida), registra en la ciudad 11.665 casos de ideación, amenaza e intento suicida, así como el suicidio consumado, la localidad de Ciudad Bolívar aporta 1.566 casos, lo que representa un 13,4 %, así como el 54,7 % de la Subred Sur.

Según los datos registrados por SISVECOS en la localidad, se registraron 7 (7,7 %) de los 91 suicidios consumados de la ciudad, además de un importante peso de la ideación suicida e intento suicida con 14,8 % y 11,2 % respectivamente. Lo anterior refleja las dificultades en cuanto la salud mental en la localidad, además de compartir problemáticas mencionadas anteriormente, se incluyen factores como la falta de oportunidades y el proyecto de vida relacionadas con este evento.

SIVELCE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones de Causa Externa), registra las lesiones de causa externa intencionales y no intencionales o accidentales en la ciudad, durante el año 2016 se registraron 44.353 casos de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 4545 casos (10,2 %), así como el 50,8 % en la Subred, es importante mencionar que estos eventos se registran en los servicios de urgencias cuando el evento representa un riesgo y requiere algún tipo de asistencia médica.

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28,4 % (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, lo que evidencia los peligros que enfrenta la localidad relacionado con factores como intolerancia, necesidades básicas insatisfechas, ausencia de proyecto de vida entre otros factores, hecho que preocupa aún más si se tiene en cuenta que la localidad de Ciudad Bolívar registra 1.266 casos, el 12,9 % del dato distrital y el 50,6 % de la Subred Sur.

Las lesiones accidentales reflejan deficiencias en las acciones de prevención en la comunidad en general, en especial con relación a los más pequeños, además del riesgo inherente a la salud de los individuos, trae como consecuencia un alto costo económico en cuanto la atención de urgencias requeridas, así como la inversión de talento humano en la atención de casos que en la mayoría de ocasiones podrían ser evitadas.

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica al Consumo de Sustancias Psicoactivas), registra 2479 casos en el distrito, de los cuales 166 (6,7 %) residen en la localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

3.6.13. Vida saludable y condiciones no transmisibles

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Ciudad Bolívar aporta 6.618 lo que representa el 9,7 % frente al distrito y el 44 % en la subred

Con relación al registro de personas con discapacidad, la capital hizo dicho proceso con 17.369 personas, de estas, 1.757 (10,1 %) residen en la localidad, porcentaje similar al visto con relación a la salud oral y salud laboral donde de los 46.747 y 4.409 casos registrados, la localidad aporta el 9,7 % (4.550 casos) y el 7,3 % (321 casos) respectivamente. Al comparar con la Subred se puede observar que para discapacidad el peso es de 51,1 %, en salud oral del 42,2 % y en salud laboral el 36,2 %.

El proceso de registro de personas con discapacidad se realiza en las diferentes localidades a demanda, aunque se cuenta con una meta fija dependiendo la dinámica de la localidad, dicho proceso se realiza mediante la socialización en diferentes espacios de la importancia del registro para conocer la situación actual de esta población, así como los beneficios a los que se puede acceder.

Por su parte la salud oral registra información mediante el formato de captura SISVESO (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral), el cual parte de una meta establecida para las diferentes centros de atención que se ubican en la localidad, con el cual se toma una muestra donde se registren los 6 eventos de interés incluidos en la ficha (Gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café y fluorosis) con el fin de conocer el comportamiento al interior de las localidades y a nivel distrital,

Para finalizar, SIVISTRA (Sistema De Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores de la Economía Informal), registra los casos de accidentes o enfermedades posiblemente relacionados con la ocupación, con el fin de contar con un perfil epidemiológico y su asociación con las condiciones de trabajo en el que se desempeña la población trabajadora del sector informal de la economía en el distrito capital, mediante análisis de información y visitas domiciliarias.

3.6.14. Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP)

Dentro del proceso de la vigilancia se encuentran procesos transversales como el proceso de análisis demográfico y estadísticas vitales (EEVV) y vigilancia comunitaria en la salud pública (VCSP).

El proceso de EEVV se encarga del registro de información de los hechos vitales que se presenten en las diferentes localidades, a través de un certificado de nacimiento y uno de defunción se registra la información sociodemográfica, así como de salud, la cual permite conocer datos relacionados con la persona y el evento, así como proporcionar una fuente de información útil y confiable relacionada con cuantos nacimientos se dan, así como los

fallecimiento y sus principales factores asociados, contando con la posibilidad de hacer distribuciones por motivo de fallecimiento, edad, sexo, lugar de ocurrencia, lugar de residencia, nivel educativo, entre otros, en tiempo real, mediante la herramienta de Registro Único de Afiliación (RUAF).

Por su parte el proceso de VCSP se asume desde un enfoque epidemiológico crítico comunitario y social, cuyo propósito es identificar situaciones socioculturales, ambientales y económicas en la comunidad, que afectan la salud y que pueden relacionarse con la causa que promueve la aparición de eventos patológicos de interés en salud pública. A través del reconocimiento de las problemáticas acumuladas y la lectura de las necesidades comunales, se contribuye en la mejora de la respuesta social e institucional a las situaciones que afecten la salud en las localidades, mediante la herramienta de registro Excel e informes de donde se consolida el análisis de los eventos.

3.7. Eventos precursores

Como eventos precursores se entienden aquellos que tienen una relación predisponente y pueden asociarse a otras complicaciones en la salud, por ejemplo, la diabetes mellitus se considera como una de los principales precursores de la enfermedad renal crónica junto a la hipertensión arterial, hecho que genera una alta carga en la morbimortalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizara un breve análisis de la diabetes mellitus, entendida como una enfermedad crónica donde el cuerpo no puede regular el azúcar en la sangre, mediante la producción de insulina por el páncreas. Se realiza una revisión de los 50 diagnósticos relacionados con la diabetes mellitus según los códigos CIE 10 asociados (E100-E109 diabetes mellitus insulín dependiente y E110 a E149 diabetes mellitus no insulín dependiente), por diferentes variables de interés teniendo en cuenta la localidad de ubicación del centro de atención, en consecuencia la información registrada se ve afectada en localidades como Usme, donde la oferta institucional en salud es reducida, siendo además en su mayoría para el régimen subsidiado, factor que no permite conocer la situación real de la población residente en la localidad.

Es importante mencionar que los individuos no pueden sumarse teniendo en cuenta que un individuo puede ser atendido en diferentes redes, prestadores, localidades o por diagnósticos diversos en un mismo periodo, teniendo en cuenta lo anterior, los individuos serán tomados únicamente como un dato de referencia, a diferencia de las atenciones que si pueden ser sujeto de suma.

Tabla 44. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016

Diabetes Mellitus	año	Atenciones	Individuos
No insulino dependiente	2012	222.517	78.642
	2013	189.815	71.030
	2014	219.154	83.388
	2015	138.330	60.513
	2016	124.732	58.173
Total no insulino dependiente		894.548	
Insulino dependiente	2012	120.070	30.866
	2013	113.854	32.122
	2014	152.744	39.212
	2015	97.573	32.231
	2016	97.860	31.802
Total Insulino dependiente		582.101	
Total atenciones		1.476.649	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Tomando los datos mencionados se puede observar una importante disminución de las consultas relacionadas con este evento, pasando de 342.587 consultas en 2012 a 222.592 en 2016, lo que representa una reducción del 35 % en estas consultas en los últimos 5 años.

En cuanto las personas atendidas, teniendo en cuenta la salvedad realizada, se observa una disminución año a año, exceptuando el 2014, donde se presentaron los datos más altos del periodo revisado, iniciando en el 2012 con 109.508 pacientes dato mucho mayor al visto en 2016 con 89.975, según los datos observados.

Dichos datos pueden estar relacionado a procesos de prevención primaria antes de la ocurrencia del evento, con acciones como mejoramiento de hábitos alimentarios, dieta, ejercicio para afectar el sobrepeso y/o sedentarismo, en resumen, hábitos de vida saludable, sumado a una prevención secundaria una vez se ha detectado la enfermedad, relacionado nuevamente a hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, para su control, retardar su progreso y prevenir posibles complicaciones agudas o crónicas.

Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016

año	Hombre			Mujer			Total atenciones
	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	152.608	44,5	41.073	189.979	55,5	51.786	342.587
2013	139.818	46,0	40.413	163.851	54,0	48.022	303.669
2014	169.778	45,7	46.967	202.120	54,3	57.442	371.898
2015	111.900	47,4	37.841	124.003	52,6	43.934	235.903
2016	91.798	41,2	33.081	130.794	58,8	49.060	222.592
Total	665.902	45,1		810.747	54,9		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

En el Distrito se puede observar, aunque de manera irregular, una relación mayor en cuanto las atenciones por sexo en mujeres, lo cual se podría relacionar con una mayor cultura de prevención, adherencia a tratamientos y en general, asistencia a controles médicos en la mujer.

Tabla 46. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016

Momento curso de vida (años)	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	%
Menores de 1	76	57	57	33	18	12	23	11	1	1	175	0,0
De 1 a 5	557	185	358	140	431	140	250	78	210	85	1.806	0,1
De 6 a 11	1.212	394	1.037	250	1.328	318	991	275	686	209	5.254	0,4
De 12 a 17	2.636	658	2.053	486	2.593	559	1.710	458	1.043	326	10.035	0,7
De 18 a 28	6.287	1.606	5.679	1.449	6.951	1.860	5.251	1.497	3.844	1.301	28.012	1,9
De 29 a 59	134.791	36.353	115.895	33.761	138.623	39.749	95.222	32.441	77.526	28.293	562.057	38,1
De 60 y más	197.028	54.370	178.590	52.809	221.954	62.471	132.456	47.573	139.282	49.363	869.310	58,9
Totales	342.587		303.669		371.898		235.903		222.592		1.476.649	100

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Teniendo en cuenta las características del evento, en el Distrito la mayoría de atenciones se dan en adultos mayores de 60 años, seguido por los adultos entre 28 y 59 años, entre ambos grupos de edad aportan el 96,9 %, cabe resaltar el 2 % de atenciones que se dan en jóvenes de 18 a 28 años lo que evidencia una posible la necesidad, de un seguimiento permanente, por gran parte de la vida para esta población, situación similar a la presentada en los menores de edad, a pesar de tener el menor peso porcentual de atenciones.

Tabla 47. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016

año	Consultas			Hospitalizaciones			Urgencias			Total Atenciones
	Atencione s	%	Individuo s	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	324.016	94,6	90.196	5.237	1,5	3.602	13.334	3,9	7.152	342.587
2013	285.736	94,1	85.496	4.246	1,4	2.982	13.687	4,5	7.255	303.669
2014	348.098	93,6	100.676	6.566	1,8	4.689	17.234	4,6	10.038	371.898
2015	220.937	93,7	79.620	3.536	1,5	2.709	11.430	4,8	6.569	235.903
2016	213.286	95,8	76.949	1.973	0,9	1.670	7.333	3,3	4.703	222.592
Total	1.392.073	94,3		21.558	1,5		63.018	4,3		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

En los servicios de consulta externa se da la mayoría de atenciones de este evento, hecho muy relacionado a seguimientos de prevención y controles, pero es importante mencionar un importante porcentaje de atenciones por urgencias, que pueden relacionarse a mala adherencia a los tratamientos, deficiencia en los controles o en malos hábitos, de los cuales un porcentaje termina en hospitalizaciones, datos que por fortuna tienden a la disminución en los últimos años.

Al analizar el comportamiento de las atenciones realizadas en los centros de atención en salud ubicados en la localidad de Ciudad Bolívar, se puede observar comportamientos similares a los datos distritales en cuanto su distribución, pero es de aclarar que los datos se pueden ver afectados, teniendo en cuenta que la localidad cuenta con una de las ofertas institucionales en salud más amplias en el sur de la ciudad (tanto pública como privada) sumado a que cerca del 63 % de la población residente en la localidad se encuentra adscrita al régimen contributivo, reflejando una baja proporción de atenciones y casos registrados para Ciudad Bolívar del evento de diabetes mellitus, en contraste con otras localidades del sur de la ciudad, en especial teniendo en cuenta la densidad poblacional.

En consecuencia, de 1.476.649 atenciones registradas entre 2012 a 2016, la localidad cuenta con 36.202 atenciones lo cual aporta tan solo el 2,5 %, de las atenciones del Distrito;

los usuarios registrados variaron en los últimos años, iniciando con 3.844, 1.658, 5.013, 3.144 y 3.144 para el año 2016, representando un comportamiento con tendencia a la disminución en los dos últimos años, relacionado posiblemente a cambios en la oferta de servicios.

En cuanto la distribución por sexo, la localidad de Ciudad Bolívar muestra una relación similar al dato Distrital con dato mayor de atención en mujeres (60,2 %) que en hombres (39,8 %). Igualmente la distribución por momento de curso de vida, refleja que los adultos entre 29 y 59 años con un 50,9 % y los mayores de 60 con un 46,1 % aportan en conjunto el 97,0 % dato muy similar al visto en el distrito aunque difiere en un mayor peso en adultez, lo que reflejaría posiblemente una mayor prevalencia de este evento en este grupo de edad en los residentes de la localidad de Tunjuelito.

Para finalizar, las atenciones por los diferentes servicios muestran una diferencia a las vistas en el distrito con un 88,8 % de atención por consulta externa, un 7,4 % en urgencias y el restante 3,8 % en hospitalización; datos relacionados posiblemente con la oferta de centros de atención de urgencias ubicadas en la localidad.

Los anteriores datos reflejan un comportamiento similar al observado en el Distrito con una disminución de atenciones año a año, relacionado posiblemente a los factores ya mencionados, en cuanto estilo de vida saludable, ejercicio, hábitos alimentarios, así como variaciones en la oferta de servicios, entre otros, con el fin de prevenir el evento, controlarlo si ya se presenta y reducir el riesgo de otras complicaciones.

3.8. Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?

Las principales causas de morbilidad general en la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2016 fueron caries de la dentina, hipertensión esencial primaria, rinofaringitis aguda, gingivitis crónica, infección de vías urinarias, dolor en articulación, lumbago no especificado, hipotiroidismo no especificado, gastritis, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

¿Cuáles son los principales factores condicionantes o factores de riesgo de los principales problemas de salud antes mencionados?

Dentro de las primeras causas de morbilidad se encuentra la caries, primordialmente en el momento de curso de vida infancia, evento que está principalmente asociado a inadecuados hábitos de higiene en salud oral generados por no adherencia al tratamiento odontológico, morfología dental, nivel educativo, nivel socioeconómico, medio ambiente, servicios sanitarios, enfermedades sistémicas y medios de comunicación que incitan el consumo de alimentos no saludables. Las barreras de accesibilidad a los servicios de salud, la no adherencia a la ruta completa de promoción y detección con una mirada integral del servicio, la negligencia, la violencia y abandono en la infancia, predisponen a la aparición del evento.

Respecto a las enfermedades del sistema respiratorio, y como principales factores de riesgo para la morbilidad, se encuentran los relacionados como el desconocimiento de derechos y deberes en salud y dentro del aseguramiento, la no identificación de signos de alarma, la falta de adherencia al control de crecimiento y desarrollo y las condiciones socioeconómicas de las familias con un ingreso alrededor de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV).

Para el caso de enfermedades crónicas, siendo la hipertensión una de las mayores causas de morbilidad y consulta, se presentan factores como los inadecuados hábitos de vida, un nivel educativo bajo, situación económica de las familias, patrones generacionales, acceso a alimentos, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, que conllevan a patologías como accidentes cerebro vascular, discapacidad, enfermedades isquémicas, afectando la calidad de vida y el envejecimiento activo.

Así mismo como factores de riesgo generales en la localidad de Ciudad Bolívar se encuentran la cercanía a vías que presentan tráfico pesado y escasa infraestructura, situación de desplazamiento de algunas familias, cambios climáticos y la contaminación ambiental del sector, producto de la presencia del relleno sanitario Doña Juana, del parque minero industrial y de las industrias de los demás sectores.

¿Cuáles son las discapacidades de mayor prevalencia en la población?

Teniendo en cuenta el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2004-2015, se encuentra que en la localidad de Ciudad Bolívar, se observa en

mayor proporción la alteración en movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como la principal con el 58,4 % (n=8.217) de los registros, seguido de las alteraciones del sistema nervioso con 51,5 % (n=7253), visual con 44,3 % (n=6.228), voz y habla con el 24,5 % (n=3442). Respecto al sexo, se encuentra que las alteraciones de movimiento del cuerpo, alteraciones del sistema nervioso y visual, son más prevalentes en mujeres que en hombres.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la localidad de Ciudad Bolívar se caracteriza por ser zona montañosa con lugares escarpados, encontrándose que hay barrios cuyo acceso es escaleras, vías sin pavimentar o en mantenimiento, lo cual dificulta la movilidad a las personas que tienen discapacidad que implica el movimiento.

¿Cómo es la oferta y demanda de servicios de salud en la Subred?

Se estima que el 62,9 % (452.454 personas) de la población estimada de Ciudad Bolívar se encuentra afiliado por este régimen. El 26,1 % (187.553) accede a los servicios de salud por medio del régimen subsidiado (diferencia marcada con respecto al resto del Distrito en casi el doble de la media (14,6 %). Asimismo, 1,2 % (8.636) accede por medio del régimen de excepción. Por encuestados de SISBEN No Afiliados el 0,7 % son potenciales beneficiarios (5.218) y 0,1 % (531) no son afiliables al régimen subsidiado.

Para la población contributiva de la localidad, la Subred Sur proporciona servicios de baja, media y alta complejidad, en los que se realizan acciones de promoción y prevención de enfermedades para todas las etapas del ciclo vital; cuenta con una USS especializada (Meissen) en la que se atienden gran variedad de especialidades que mitigan las necesidades en salud de la población con más bajos ingresos de la localidad.

Las condiciones del territorio dificultan el acceso a los servicios, teniendo en cuenta que el espacio, por su disposición de alta montaña y con largas distancias de desplazamiento incide en la movilización tanto hacia las USS y CAPS como hacia las redes de las EPS contributivas. Las dificultades de acceso a empleo y la proliferación de la informalidad laboral podrían explicar la diferenciación de la localidad frente a la afiliación al régimen subsidiado con respecto al resto del Distrito Capital.

4. DOCUMENTO POBLACIONES DIFERENCIALES

4.1. Población étnica

En Colombia, la Constitución de 1991 reconoce cinco grupos étnicos: indígenas, negros, afrocolombianos, palanqueros, raizales y el pueblo Rom, todos enfrentados a difíciles situaciones de supervivencia en el marco del conflicto armado del país y todas las consecuencias que este conlleva. Para el presente análisis se tendrá en cuenta solamente la comunidad indígena y afrocolombianos puesto que no se identifica presencia de personas de los otros grupos étnicos residentes en la localidad.

Relación territorio poblaciones étnicas (Indígena y Afrodescendiente)

El mapa de ubicación de población indígena y afrodescendiente, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con la referente de etnias de Gobernanza – Componente 1. La cartografía participativa se desarrolló a través de la ubicación en mapas impresos en los cuales se ubican puntos relacionados con el territorio. Las convenciones de color lila representan las comunidades indígenas y las de color rojo a la población afrodescendiente.

La UPZ 67 El Lucero, es la que cuenta con mayor presencia de población indígena, destacándose el pueblo Wounaan el cual se ha establecido en los barrios Vista Hermosa, Tesoro y Arabia; también se han identificado familias de pueblo Uitoto, Yanacona, Inga y Camëntsa los cuales se establecen en los barrios Alpes y Paraíso.

La UPZ el Lucero es de clasificación residencial incompleta, es decir, se encuentran unidades tipo 1 que corresponde a sectores periféricos no consolidados; en esta UPZ se percibe bajo control en el desarrollo urbano, pues la construcción de algunas viviendas se da de modo progresivo, en esta medida algunos pueblos indígenas adecuan sus viviendas a sus necesidades y requerimientos, algunas viviendas se han edificado especies de malocas que sirven para sus reuniones comunitarias. En la UPZ 69 Ismael Perdomo, también se ha identificado población indígena de los pueblos Siona, Ingas, Camëntsa y Ambiká de la etnia Pijao. Esta UPZ se caracteriza por ser zona con potencial de expansión urbana que limita al noroccidente con el municipio de Soacha.

La parte alta de la UPZ se ha desarrollado a partir de barrios ilegales que se han ido conformando desde los años 80 y por la organización comunitaria se ha transformado las condiciones de vida de los habitantes. No obstante, aún se encuentran las viviendas están construidas en materiales no convencionales, madera, tejas, etc. En esta UPZ se ha identificado baja oferta institucional, al identificarse baja cobertura de Unidades de atención en salud o presencia de instituciones gubernamentales de restitución de derechos. En contraposición, las fundaciones y ONG son las encargadas de apoyar a la comunidad en general.

Por último se encuentra que la UPZ El Tesoro, también alberga población indígena. Esta UPZ se encuentra en la parte sur de la localidad y colinda con la UPR Rio Blanco. Se ha identificado comunidades Nacuy Abechuco, Wounaan, Tubú; esta UPZ es zona potencial de expansión urbana, se encuentra un gran número de asentamientos ilegales que no cuentan con las condiciones para la habitabilidad pues algunos no cuentan con servicios públicos. En cuanto a los tipos de vivienda que habitan las comunidades indígenas en la localidad son tomadas en arriendo y según información de las intervenciones realizadas a estas comunidades, se ha encontrado que en apartamentos se hallan conviviendo hasta tres familias, por lo que se encuentran en hacinamiento.

En el mapa también muestra la ubicación de la población afrodescendiente. La UPZ 66 San Francisco, alberga la mayor población afro en Ciudad Bolívar con un 23,3 %, seguida de la UPZ 69 Ismael Perdomo con un 21 %; la UPZ 68 El Tesoro un 18 % y el 12 % en la UPZ Arborizadora, Lucero y Jerusalén, las cuales ya fueron descritas. La UPZ San Francisco se ubica en una de las zonas más bajas y de más fácil acceso de la localidad (tomando como punto de referencia el centro de la ciudad). El sector comienza a consolidarse entre las décadas de los setenta y los ochenta con origen ilegal lo que dio lugar a un crecimiento “desordenado”, lo que ha generado que la UPZ no cuente con una red de vías adecuadas para la movilidad. Así mismo, se ha encontrado que la UPZ tiene déficit en equipamientos de salud, educación y recreación.

Contexto demográfico

La población con pertenencia étnica en Ciudad Bolívar para el año 2005 fue de 6.598 personas, de las cuales el grupo étnico con mayor peso relativo fue el negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, con 85,4 %. Los indígenas participaron porcentualmente con el 13,5 %. Dentro de los grupos con menor peso poblacional se ubica la población raizal (San Andrés y Providencia), con 0,6 %.

Tabla 48. Distribución poblacional grupos étnicos, localidad de Ciudad Bolívar, 2005

Grupos Étnicos	Bogotá		Ciudad Bolívar	
	personas	%	personas	%
Indígena	15.032	13,3	889	13,5
Rom	523	0,5	0	0
Raizal de San Andrés y Providencia	1.355	1,2	38	0,6
Palenquero	7	0,0	0	0,0
Negro (a), mulato, afrocolombiano	96.523	85,1	5.633	85,4
Total	113.440	100	6.598	100

Fuente Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

De las 889 personas con pertenencia étnica indígena residentes en Ciudad Bolívar en el año 2005, de acuerdo al sexo el 51,6 % son hombres y el 48,4 % mujeres. Respecto a la

distribución poblacional por pueblo indígena para el año 2005 se observa que el pueblo Coyaima Natagaima¹ representa el 37,3 % del total de la población Indígena, seguido de los pueblos Muisca y Yanacona con 14,6 %.

Tabla 49. Distribución de Población étnica indígena por pueblo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005

Código censo 2005	Pueblo indígena	Hombre		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
200	Coyaima natagaima	158	17,8	174	19,6	332	37,3
	Otros grupos	142	16,0	117	13,2	259	29,1
470	Muisca	40	4,5	37	4,2	77	8,7
750	Yanacona	31	3,5	22	2,5	53	6,0
340	Inga	28	3,1	21	2,4	49	5,5
500	Nasa	25	2,8	19	2,1	44	4,9
350	Camëntsá	15	1,7	12	1,3	27	3,0
560	Pastos	10	1,1	7	0,8	17	1,9
730	Uitoto	2	0,2	6	0,7	8	0,9
281	Embera katio	4	0,4	4	0,4	8	0,9
900	Indigenas ecuador	5	0,6	3	0,3	8	0,9
590	Siona	4	0,4	3	0,3	7	0,8
	Total	464	52,2	425	47,8	889	100

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

Con relación a población afrodescendiente, para el año 2005, el censo general DANE procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, identifica en la localidad de ciudad Bolívar 5.633 personas pertenecientes a este grupo étnico, de acuerdo al sexo predominan los hombres con 50,5 %, frente a las mujeres con 49,5 %.

¹ Indígenas de Ecuador es una categoría que engloba a las personas con pertenencia étnica que provienen de la república del Ecuador.

Momentos del curso de vida población étnica

La distribución poblacional por momentos del curso de vida en los grupos étnicos, refleja que el 60,3 % se concentra en juventud y adultez, seguido del 24,2 % infancia y adolescencia, el 12,3 % en primera infancia y el 3,2 % en Vejez. Para el grupo étnico indígena de acuerdo al momento del curso de vida la población se concentra con 67,5 % entre juventud y adultez, seguido de infancia 10,5 %, adolescencia 9,4 %, primera infancia 8,5 % y el 4 % en vejez. De acuerdo al sexo y el momento del curso de vida el mayor peso porcentual es en hombres en los cursos de primera infancia, infancia y adultez; mientras que en mujeres se concentran en adolescencia, juventud y vejez.

Tabla 50. Distribución de la población Étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2005

Momentos del Curso de Vida	Indígena		Afrocolombiano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5 años)	76	8,5	725	12,9	801	12,3
Infancia (6-11 años)	93	10,5	754	13,4	847	13,0
Adolescencia (12-17 años)	84	9,4	650	11,5	734	11,3
Juventud (18-28 años)	210	23,6	1.286	22,8	1.496	22,9
Adultez (29-59 años)	390	43,9	2.048	36,4	2.438	37,4
Vejez (60 años y más)	36	4,0	170	3,0	206	3,2
Total	889	100	5.633	100	6.522	100

Fuente Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

En población afrodescendiente, el mayor peso proporcional se ubica entre juventud y adultez con 59,2 %, seguido de adolescencia e infancia con 24,9 %. En menor proporción se encuentra primera infancia 12,9 % y vejez 3 %. De acuerdo al sexo y el momento de curso de vida, la distribución es equitativa entre hombres y mujeres en los cursos de primera infancia, infancia, juventud y vejez; en adolescencia el mayor peso porcentual es en mujeres, mientras que en los hombres se ubica en adultez.

Nacimientos en poblaciones étnicas

Para el análisis de nacimientos en población étnica, se consultó las bases de nacidos vivos del DANE –RUAF- del sistema de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud del periodo 2013 -2016; las variables de elección fueron pertenencia étnica y lugar de residencia.

En Ciudad Bolívar entre el periodo 2013-2016, se presentaron 40.475 nacimientos, donde el 0,6 % (n=253) refirió ser población afrodescendiente, el mayor número de nacimientos se dio en el año 2013. Se observa una reducción de 0,2 % en la tasa bruta entre los periodos.

Para el año 2016 ocurrieron 9.730 nacimientos, donde el 0,6% de las madres se auto reconocen como afrodescendiente. De acuerdo a la edad de la madre, la mayor proporción se ubica en el grupo de 20 a 34 años con 67,8 %, seguido de jóvenes (15 a 19 años) 23,7 % y el 8,5 % son mayores de 35 años.

Según el nivel educativo de la madre, el 78 % cursaba básica secundaria, el 8,5 % culminó básica primaria y el 6,8% técnica profesional. Frente al aseguramiento el mayor número de nacimientos se observa en madres afiliadas al régimen contributivo con 54,2 %, seguido del subsidiado 33,9 %, población pobre no asegurada 8,5 % y régimen especial 3,4 %.

Tabla 51. Nacidos vivos con pertenencia étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2013 – 2016

Año	Indígena		Tasa bruta de natalidad Indígena	Afrodescendiente		Tasa bruta de natalidad Afro.	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	# nacimientos	% del total de nacimientos en la localidad		# nacimientos	% nacimientos			
2013	5	0,1	0,01	68	0,7	0,1	9.993	15,1
2014	14	0,1	0,02	62	0,6	0,09	10.514	15,6
2015	24	0,2	0,03	64	0,6	0,09	10.265	14,9
2016	15	0,2	0,02	59	0,6	0,08	9.703	13,5

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. Fecha de extracción mayo 2017.

Con relación a la población con pertenencia indígena en el año 2016 la proporción de nacimientos fue de 0,2 % (15); la distribución de los nacimientos por pueblo se identifica en Wounaan (5), Ambiká Pijao (3), Inga (3), Emberá Katio (1), Wayuu (1) y Páez (2). La edad de la madre fue de 53,3 % en el grupo de 20 a 34 años, seguido del grupo de 15 a 19 años con 26,7 %, población mayor de 35 años con 13,3 % y el 6,7 % población menor de 14 años.

Respecto a la seguridad social en salud de la madre, el 60 % pertenecen al régimen subsidiado, contributivo respectivamente y el 20 % es población pobre no asegurada. De acuerdo a la escolaridad ² de la madre el 40 % cursaba algún grado de secundaria, el 33 % culminó básica primaria, el 20 % culminó básica secundaria y el 6,7 % cursaba alguna carrera técnica.

Mortalidad evitable

En el apartado de mortalidad evitable a partir del sistema de estadísticas vitales entregadas por Secretaría Distrital de Salud, se observa el comportamiento de las mortalidades materna, perinatal, infantil, menores de cinco años, neumonía en menores de cinco años, infección respiratoria aguda en menores de cinco años, desnutrición en menores de cinco años, mortalidad por EDA en menores de cinco años de los periodos 2013-2016. Las variables de análisis de los eventos fueron etnicidad y residencia.

Entre el periodo 2013-2016 en Ciudad Bolívar del total de defunciones en mortalidad evitable se identificaron 36 fallecimientos con pertenencia étnica, el 72,2 % (26) en población Afrodescendiente y un 27,8 % (10) en población indígena.

Tabla 52. Distribución de casos de mortalidad evitable en población étnica, localidad de Ciudad Bolívar, periodo 2013 – 2016

Mortalidad Evitable	2013			2014			2015			2016		
	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total	Afro	casos Indígena	total	Afro	casos Indígena	total
Materna	0	0	2	0	0	3	0	0	4	0	1	1

² Se debe tener en cuenta que la información sobre nivel educativo la arroja las fuentes oficiales del Distrito. Sin embargo, esta cifra puede ser contrastada con los hallazgos empíricos, que indican que las madres indígenas tienen como máximo nivel de escolaridad primaria, primordialmente en el pueblo Wounnan.

Perinatal	2	0	126	2	0	152	2	0	161	0	0	159
Neumonía	1	0	7	0	0	6	0	1	8	0	1	13
SIDA	0	1	31	2	0	22	2	0	22	0	0	4
IRA	0	0	4	0	0	8	0	0	6	0	1	5
Infantil	5	1	108	5	0	0	3	2	96	2	2	111

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. 2013-2016
Fecha de extracción mayo 2017.

Frente a la mortalidad materna en el mismo periodo de tiempo se identificó un caso (1) en población indígena de 20 a 24 años de edad, del régimen subsidiado (Capital Salud) y la causa básica de muerte es otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

Respecto a la mortalidad perinatal, se presentaron seis (6) defunciones en población afrodescendiente; respecto a la edad de la madre el 66,7 % es mayor de 30 años y un 33,3 % de 20 a 29 años. El 50 % de la población pertenece al régimen subsidiado (capital salud, CAPRESOCA y EMSSANAR) y el 50 % restante al régimen contributivo (Salud Total), la causa básica de muerte fue malformación congénita del corazón, no especificada, hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal, feto y recién nacido afectados por parto precipitado y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

En mortalidad de población menor de 5 años, ocurrieron 34 fallecimientos por neumonía, de los cuales tres (3) se presentaron en población étnica (1 caso Afro y 2 caso Indígenas) el 66,7 % son hombres y el 33,3 % mujeres. La causa básica de muerte fue bronconeumonía, no especificada, neumonía debida a virus sincitial respiratorio y no especificada.

Así mismo en mortalidad por infección respiratoria agua (IRA) se identificó un (1) caso en población indígena en el año 2016, de sexo femenino, menor de 1 año, sin aseguramiento en salud, la causa básica de muerte fue Bronquiolitis aguda, no especificada.

Entre el periodo 2013 y 2016, ocurrieron 315 defunciones en población Infantil, de las cuales el 6,3 % se presentó en población étnica (15 casos Afro y 5 casos Indígenas) el 60 % son

mujeres y 40 % hombres; la causa básica de muerte es Infecciones respiratorias agudas; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, malformación congénita del corazón, no especificada; enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido; entre otras.

Condiciones de vida y relación con determinantes sociales de salud

Según la OMS, la salud no solo es la ausencia de afección o enfermedades sino que también se relaciona con el bienestar físico, mental y social. El tema del cuidado de la salud no solo se refiere a los servicios hospitalarios o extramurales que prestan el Estado o particulares; sino que también se debe contemplar las condiciones de vida de las personas.

En este sentido, se debe tener en cuenta que no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de empleo, salario y vivienda que posibilita que haya una adecuada calidad de vida, es por ello que en todos los contextos se encuentran desigualdades sociales en relación a la oportunidad o no de adquirir o desarrollar la vida de la manera más adecuada.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los resultados en salud como la consecuencia de la interacción entre las condiciones en las cuales crecen, viven, trabajan y envejecen (determinantes sociales de la salud), siendo estas expresiones de factores sociales, económicos y políticos.

Se ha encontrado que la población indígena y afrodescendiente que llega a la ciudad no cuenta con las condiciones para el desarrollo adecuado de sus potencialidades y por lo tanto de una vida con calidad. Uno de los elementos que determina estos resultados tiene relación con la preparación académica y laboral que permita el desarrollo de actividades que generen una remuneración salarial apropiada.

De las 889 personas indígenas que habitan en la localidad, censadas en el año 2005, el 96,2 % (855) refirió su nivel educativo, se observa en el 46,7% cuenta con educación básica primaria, el 20,4% básica secundaria y 12,7 % media académica. En menor proporción se observa la educación superior y postgrado con el 4,9 %, media técnica 3,3 %, preescolar 3 % y normalista 0,1 %.

Tabla 53. Distribución de la población indígena de acuerdo al pueblo indígena y el nivel educativo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005

Pueblo indígena	Preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	Media académica o clásica	Media técnica	Normalista	Superior y postgrado	Ninguno	No informa	Total
Coyaima Natagaima	8	153	63	44	12	0	10	20	0	310
Otros grupos	4	132	49	24	7	0	14	36	0	266
Muisca	3	20	13	16	3	1	10	2	1	69
Yanacona	2	26	14	3	1	0	1	2	0	49
Inga	7	21	3	7	0	0	1	5	0	44
Nasa	1	19	13	4	1	0	2	4	0	44
Camëntsá	0	9	11	2	2	0		2	0	26
Pastos	1	6	3	3	1	0	2	1	0	17
Uitoto	0	1	2	2	1	0	2		0	8
Embera katio	0	3	0	3	0	0	0	2	0	8
Indigennas Ecuador	0	6	2	0	0	0	0	0	0	8
Siona	0	3	1	1	0	0	0	1	0	6
Total	26	399	174	109	28	1	42	75	1	855
%	3,0	46,7	20,4	12,7	3,3	0,1	4,9	8,8	0,1	100

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007.
Fecha de extracción junio 2017

Al revisar la información sobre nivel académico de los pueblos indígenas, se encuentra que un porcentaje alto solo logra culminar básica primaria y básica secundaria y en menor medida logran ingresar a educación superior. Lo anterior se relaciona con los tipos de empleo que estas comunidades consiguen.

La información más reciente, referida a desempleo en esta población es del año 2012, muestras que la tasa de desempleo en población indígena es del 35,5 % (tasa nacional que fue de 10,2 %). Una de las principal fuentes de empleo de las personas ocupadas es el

sector informal no asalariada, es decir, en las actividades de rebusque y otras actividades que no generan un contrato laboral con sus respectivas prestaciones sociales, como en construcción, ventas informales y, en el caso de las mujeres, como empleadas de servicio, lo anterior agudiza las condiciones precarias y la pobreza en la que se encuentran estas comunidades.

De otro lado, el nivel de ingreso determina la situación de vivienda de la población, teniendo en cuenta que por ser los ingresos de las familias menores, se debe optar por compartir el techo, lo que genera hacinamiento y diferentes problemáticas relacionadas con esta situación.

En relación al acceso a los servicios de salud se observa que las comunidades indígenas y afrodescendiente que llegan a Bogotá, no siempre realizan desvinculación de la EAPB de su ciudad de origen, por lo cual al intentar el cambio de ente, se presentan dificultades y barreras administrativas para acceder a los servicios, por lo que es frecuente que esta población imponga acciones populares como tutelas y derechos de petición para lograr la atención en salud.

No obstante, cuando se logra la vinculación a una EAPB en Bogotá, se identifican otro tipo de barreras, acceso a citas con medicina general, medicina especializada, cirugías y, en general, con cualquier servicio de salud de media o alta complejidad, por lo cual el uso de acciones populares es una constante entre la población.

Por otro lado, también se encuentran barreras culturales y se ha encontrado que el idioma es un factor primordial. Algunas de las personas que llegan a Bogotá no saben español, por lo que encuentran dificultad en las consultas pues no pueden exponer con facilidad sus molestias y de la misma forma no entienden las recomendaciones del profesional de la salud, esto ha generado renuencia por parte de las personas, quienes prefieren continuar con sus creencias respecto al cuidado de la salud, relacionadas con las prácticas culturales y tradicionales, con el uso de medicina ancestral y consultando a las personas que saben del tema y que hacen parte de sus pueblos.

En la localidad de Ciudad Bolívar se observa que solo el 28,7 % de la población indígena conoce y practica la lengua de su pueblo; sin embargo llama la atención la proporción de la

población con pérdida del dialecto indígena. Como se muestra en la tabla, solo el 28 % de la población con pertenencia étnica de la localidad hablan su lengua nativa o materna.

Tabla 54. Población indígena que habla la lengua de su pueblo, localidad de Ciudad Bolívar, 2005

Categoría	Bogotá		Ciudad Bolívar	
	N	%	N	%
SI	3397	22,6	255	28,7
NO	11620	77,3	634	71,3
No Informa	15	0,1	0	0,0
Total	15.032	100	889	100

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción Junio 2017

Las poblaciones indígenas y afrodescendiente al dejar sus tierras se genera pérdida de tradiciones y arraigo, algunas comunidades indígenas han establecido una íntima relación con la tierra, la cual posibilita el auto subsistencia por medio de la reproducción de tradiciones y el cultivo de la tierra. Al llegar a la ciudad las actividades tradicionales no pueden continuar debido a que las dinámicas ciudadinas son diferentes a las de sus lugares de origen. Lo anterior genera afectación en la salud mental de las comunidades e interrumpe las transmisiones culturales a los jóvenes por lo cual las raíces étnicas van en detrimento.

En estos determinantes, también se encuentran las condiciones de la comunidad. Como se mencionó en el contexto territorial, los territorios en los cuales se ubican las poblaciones indígenas y afrodescendientes en la localidad, cuentan con características propias de desarrollo urbanístico. La UPZ el Tesoro, Jerusalén e Ismael Perdomo no cuenta con una oferta institucional amplia, lo que obliga a que las personas deben trasladarse a otras partes de la localidad o de la ciudad, lo que afecta de alguna forma la economía al tenerse que usar dinero para trámites administrativos.

En la UPZ El Tesoro, se encuentra que en el Colegio Distrital La Arabia; por el número de niños, niñas en edad escolar pertenecientes a poblaciones indígenas, se ha adecuado un

aula para la atención diferencial con el apoyo de un líder nativo quien apoya al profesor titular de la institución educativa, esto ha permitido que estos niños y niñas logren dar continuidad a sus estudios en la ciudad.

Análisis de Situación de Salud de las poblaciones étnicas

A continuación se presenta un análisis del comportamiento los eventos notificados en los diferentes subsistemas de Vigilancia en Salud Pública teniendo en cuenta variables de etnicidad (indígena y afro) correspondiente al periodo 2013-2016.

La notificación de eventos de interés en salud pública en población indígena al SIVIGILA tiene un comportamiento acreciente respecto al número de eventos, en el año 2016 se observa la mayor notificación con 34 casos lo que representa el 0,4 % del total de notificaciones para el mismo año. Dentro de los eventos se observa que la mayor notificación corresponde a varicela con 58,8 %, seguido de otros eventos como bajo peso al nacer, cáncer de mama y cuello uterino, desnutrición aguda en menores de 5 años, exposición a flúor, malaria, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía, mortalidad por IRA, sífilis gestacional, tosferina, tuberculosis y Zika.

Tabla 55. Eventos de notificación subsistemas de vigilancia en salud pública, en población étnica, localidad de Ciudad Bolívar, 2013-2016

Población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
Indígenas	SIVIM	31	1,2	2.584	12	0,4	2.759	21	0,5	4.266	43	0,9	4.583
	SISVECOS	1	0,1	697	1	0,1	884	3	0,2	1.281	3	0,2	1.274
	VESPA	0	0	263	0	0	0	0	0	0	3	2,6	116
	SIVIGILA	13	0,2	7.157	12	0,4	2.974	22	0,3	8.787	34	0,4	8.628
	SIVELCE	0	0	0	0	0	619	4	0,4	1.135	5	0	2.249
Afro	SIVIM	34	1,3	2.584	29	1,1	2.759	43	1	4.266	51	1,1	4.583
	SISVECOS	8	1,1	697	18	2	884	4	0,3	1.281	21	1,6	1.274

VESPA	0	0	263	0	0	0	0	0	0	0	7	6	116
SIVIGILA	48	0,7	7.157	25	0,8	2.974	26	0,3	8.787	51	0,6	8.628	
SIVELCE	0	0	0	0	0	619	13	1,1	1.135	178	7,9	2.249	

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. 2013-2016

Con relación a los casos de conducta suicida se observa aumento en la notificación en los años analizados. Para el 2016 en la localidad se notificaron 1274 casos, de los cuales tres (3) corresponden a población con pertenecía Indígena; con relación al tipo de conducta el 66,7 % (2 casos) fue por ideación suicida, se presentó mujeres en el curso de vida adolescencia (14-17 años) y el 33,3 % se presentó en hombres en la etapa de Infancia (6-13 años).

Frente a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, de los casos notificados a SIVIM el 0,9 % se presentaron en población Indígena. En relación a los tipos de violencia la principal causa es negligencia con 62,8 %, seguido de violencia económica y física con 16,3 % respectivamente, violencia sexual con 9,3 % y abandono con 2,3 %. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100 %. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con 69,8 % son las mayores víctimas de violencia y el 30,2 % se presenta en hombres. El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo al subsistema VESPA, en 2016, el 2,6 % son población Indígena; al comparar el evento de acuerdo al sexo el 66,7 % se presenta en mujeres de 14-17 años y el 33,3 % en hombres de la misma edad.

En el grupo étnico de población afrodescendiente, al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016, el 0,6% de la notificación corresponde este grupo poblacional; dentro de los eventos que afecta a esta población se encontró que el 23,5 % fue por varicela, seguido de intento de suicidio y malaria en 9,8 % respectivamente, sífilis gestacional (7,8 %), otros eventos como intoxicaciones, morbilidad materna, parotiditis, VIH-SIDA, bajo peso al nacer, defectos congénitos, desnutrición aguda en menor de 5 años, mortalidad perinatal y neonatal tardía, dengue, enfermedad diarreica, eventos adversos seguido a la vacunación, mortalidad por IRA y mortalidad por tuberculosis.

En relación a la salud mental, con relación a los casos de conducta suicida (2016), 21 casos corresponden a población afrodescendiente; de acuerdo al tipo de conducta el 61,9 % (13 casos) fue por ideación suicida; el 23,8 % (5) intento y el 14,3 % (3) amenaza; afectando en un 28,6 % a la población en la adultez e infancia (6-13 años) respectivamente; el 23,8 % juventud y el 19 % en adolescencia (14-17 años).

En cuanto a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, el 1,1% de los casos se presentaron en población afro. En relación a los tipos de violencia la principal es negligencia con 52,9%, seguido de abuso sexual 25,5 %, violencia física 19,6 %, abandono 15,7% y violencia económica 5,9%. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100 %. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con el 62,7 % son las mayores víctimas de violencia y el 37,3 % son hombres. El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas en Ciudad Bolívar por sexo, y como fuente de dato VESPA, el 2,7 % se reconocieron como población afrodescendiente; afectando a la población adolescente (14-17 años) con 85,7 % y 14,3 % en juventud (18-26 años) para el año 2016.

4.2. Población con condición y situación

Se reconoce como poblaciones con condiciones y situación a las víctimas del conflicto armado (VCA), personas en ejercicio de prostitución (PEP), ciudadanos habitantes de Calle (CHC), personas con discapacidad y recicladores de oficio.

Relación territorio poblaciones con condición y/o situación

El mapa de ubicación de población con condición y/o situación, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con las diferentes referentes poblacionales de Gobernanza – Componente 1. La cartografía participativa se desarrolló a través de mapas impresos; las profesionales ubican por medio de puntos las poblaciones en el territorio.

Jerusalén (17 %) y en la UPZ San Francisco (11 %), la distribución de esta población es relativamente similar a la población general en la localidad.

La localidad de Ciudad Bolívar se desarrolló en zona de montaña sin planificación, los barrios surgieron de la informalidad, contrayéndose viviendas sin andenes y vías de acceso adecuadas para el tránsito de personas con discapacidad, esto ha generado barreras de acceso para la movilidad para las personas que se movilizan en sillas de ruedas o problemas de movilidad.

La localidad cuenta con tres vías principales la avenida Boyacá, avenida Villavicencio y la autopista sur, parte de las vías son angostas y otras son escaleras, lo que dificulta el acceso de transporte de mayor capacidad, que cuente con las características necesarias para la movilidad de personas en silla de ruedas. Así mismo la localidad tiene baja cobertura de instituciones de salud con servicios de rehabilitación y atención para estas personas por lo que deben trasladarse a otras localidades lo que genera dificultades para los cuidadores al no contarse con los recursos económicos para el traslado.

Para las PEP, se encuentra que la ubicación de esta población se realizó a través de los sitios en los cuales se ejerce esta actividad. La UPZ Ismael Perdomo es la principal zona en la cual se han localizado establecimientos en los cuales se ejerce la prostitución identificándose 3 establecimientos; seguido de la UPZ El Lucero con 1 establecimiento, los cuales funcionan únicamente los fines de semana, en estos lugares trabajan alrededor de 15 a 20 personas por establecimiento

Los establecimientos identificados y en los cuales se ejerce la prostitución en la UPZ Ismael Perdomo, se caracteriza por estar ubicada en zona limítrofe de la ciudad. La ubicación de estos lugares se da en cercanías a parqueaderos y paradas de las personas que se dedican al transporte de carga pesada, “camioneros”, quienes tal vez en sus jornadas de descanso al entrar a Bogotá, hacen uso de dichos lugares. La comunidad cercana a estos lugares, aunque están en desacuerdo con estos establecimientos, indican que han realizado peticiones para el cierre, pero que aún no han logrado dicho proceso.

Se ha encontrado que los CHC se distribuyen a lo largo de la localidad, en especial en zonas baldías como el puente de la avenida Hernán Cortes, el separador de la avenida Boyacá, la

quebrada Trompeta y el parque zonal del barrio La Playa. Estos lugares se caracterizan por ser de fácil acceso a sitios para el aprovisionamiento de alimentos y sustancias psicoactivas.

Ahora bien, el ejercicio del reciclaje se asocia con los CHC. No obstante en la localidad se han encontrado organizaciones que se dedican a esta labor. De acuerdo con la base de datos de la UAESP con corte a mayo de 2016, en Ciudad Bolívar se localizan dos organizaciones de recicladores ORAs en la UPZ Lucero, las cuales son “formas asociativas integradas en orden superior al 90 % por recicladores de oficio, habilitada por la UAESP y autorizada por la Superintendencia de Servicios Públicos para la prestación del servicio de recolección y transporte del material potencialmente reciclable y reutilizable (MPRR)”.

En la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con número importante de personas que se dedican a la labor de reciclaje, en algunos casos se ha encontrado que el ejercicio de esta labor se ha transmitido de generación en generación. El reciclaje o recuperación de material, es una fuente importante del trabajo informal, pues se ha encontrado que hombres, mujeres y niños, se gana la vida recogiendo, separando y vendiendo “desechos o basura” de las viviendas. Se puede encontrar que las personas realizan esta labor en diferentes contextos, recopilando basura de en andenes fuera de casas y fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura.

En cuanto a VCA estas se han ubicado en toda la localidad, sin embargo, se observa en la UPZ Lucero la una mayor concentración; seguido de la UPZ Ismael Perdomo, estas UPZ tienen características particulares que fueron expuestas con anterioridad.

familias que se ubican en la localidad de Ciudad Bolívar víctimas de conflicto armado, son de origen campesino que buscan en la ciudad anonimato, seguridad y mejorar sus condiciones de vida. En algunas zonas de la localidad se adquieren viviendas a precios accesibles para las familias. Sin embargo, estas viviendas no cuentan con adecuadas condiciones estructurales, de servicios y de acceso de transporte lo que incide en las condiciones de vida y salud.

Por otro lado, en la localidad no se encuentra gran oferta de servicios institucionales que garantiza los derechos de las víctimas; obligándolos que la comunidad debe desplazarse a otras localidades de la ciudad lo que implica un gasto económico

Contexto demográfico

Frente a las poblaciones condición y /o situación, en Ciudad Bolívar, se identificaron 49.433 personas. El mayor peso porcentual se concentra en la población víctima del conflicto armado (VCA) (63,2 %) y población con discapacidad (31,9 %). La menor proporción se relación en habitante de calle (0,2 %), personas en ejercicio de la prostitución (0,3 %) y recicladores (4,3 %)

Tabla 56. Distribución poblaciones en condición y/o situación, localidad de Ciudad Bolívar

Poblaciones en condición y/o situación	Hombre	Mujer	Intersexual	Sin dato	Total	%
Víctimas del Conflicto Armado	13.760	17.434	46	4	31.244	63,2
Discapacidad	7.568	8.219	0	0	15.787	31,9
Recicladores	692	1.439			2.131	4,3
Personas en ejercicio de la prostitución	166		0	0	166	0,3
Habitante de calle	86	19	0	0	105	0,2

Fuente: Discapacidad: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Boletín cuantitativo observatorio distrital de víctimas de Bogotá, diciembre 2017. Habitante de calle-Población. Secretaría de Integración Social actualización agosto- septiembre 2014. Población en ejercicio de la prostitución- boletín informativo de la secretaría de la mujer 2015. Población Informe "Caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá 2012.

En cuanto a población víctima del conflicto armado; el observatorio distrital de víctimas de Bogotá, del 1 de septiembre de 2010 al 1 diciembre de 2017, captó 31.277 personas víctimas, residentes en Ciudad Bolívar; el 55,8 % son mujeres, el 44 % hombres y el 0,1 % se reconocen como intersexual.

Tabla 57. Población víctima del conflicto armado por sexo y grupo etario, localidad de Ciudad Bolívar, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017

Grupo etario (años)	hombre		Mujer		Intersexual		Sin dato		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5)	511	1,6	578	1,8	1	0,0	1	0,0	1.091	3,5
Infancia (6-13)	2.692	8,6	2.537	8,1	4	0,0	0	0,0	5.233	16,7
Adolescencia (14-17)	1.700	5,4	1.680	5,4	6	0,0	0	0,0	3.386	10,8
Juventud (18-28)	2.707	8,7	3.469	11,1	10	0,0	3	0,0	6.189	19,8
Adulthood (29-59)	4.849	15,5	7.967	25,5	20	0,1	0	0,0	12.836	41,1
Vejez (60)	1.129	3,6	1.033	3,3	5	0,0	0	0,0	2167	6,9
sin información	172	0,6	170	0,5	0	0,0	0	0,0	342	1,1
Total	13.760	44,0	17.434	55,8	46	0,1	4	0,0	31.244	100

Fuente: Boletín cuantitativo observatorio distrital de víctimas de Bogotá, diciembre 2017

En relación al tipo, se observa que la población en condición y/o situación el 2,5 % (796) son personas con discapacidad y según la distribución poblacional por grupo etario se observa que el mayor peso porcentual se encuentra en adultez y juventud; seguido de adolescencia y primera infancia. Respecto a la pertenencia étnica de la población víctima del conflicto el 4,8 % (1.511) es población indígena y el 4,7 % (1.462) población afrocolombiana,

Para la población habitante de calle (CHC), se toma como fuente oficial los datos de caracterización de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle publicados por Secretaría de Integración Social, quienes en el año 2005 identificaron 73 personas con habitabilidad en calle en la localidad de Ciudad Bolívar; dato que aumento para el año 2011 en el VI censo de

habitantes de calle, donde contactaron a 110 personas. Para el 2014 contactaron a 105 personas con habitabilidad en calle en esta localidad.(20).

La desagregación por sexo en habitantes de calle en Ciudad Bolívar, se calculó teniendo en cuenta lo expuesto en la política pública distrital para el fenómeno de habitabilidad en calle, en el apartado dinámicas relacionadas con las mujeres; “en términos numéricos el grupo de mujeres es aproximadamente el 10 % del total de la población habitante de calle en el distrito.

En cuanto a población en ejercicio de la prostitución, la Secretaría de la Mujer en el año 2015, realizó acercamiento al fenómeno de la prostitución, a través de un instrumento de recolección de información implementado en 1.995 personas en ejercicio de prostitución de las 20 localidades de Bogotá.

De acuerdo al porcentaje de personas en ejercicio de prostitución, según localidad de residencia, el 8,3 % (166) residen en Ciudad Bolívar, ubicándose como la cuarta localidad con mayor personas en ejercicio de prostitución. Es importante precisar que la fuente de información no cuenta con datos desagregados por sexo. En cuanto a la edad, la mayor proporción son jóvenes de 27 a 45 años, seguido de 14 a 26 años; con relación al lugar donde ejerce esta práctica el 87,5 % lo realiza en establecimiento y el 12,5 en la calle. Durante el ejercicio de la prostitución el 50 % de las personas refieren haber sido víctimas de algún tipo de violencia, incluyendo abuso policial y en menor medida violencia física.

Frente al grupo poblacional de recicladores y /o recuperadores ambientales según la Sentencia C-793/09, constituyen un grupo social que como alternativa de supervivencia, se dedica al reciclaje de basuras, en condiciones de marginamiento y discriminación. El informe de caracterización en población recicladora de oficio de Bogotá en el año 2012, en Ciudad Bolívar se identificaron 2131 personas recicladores de oficio, el 67,5 % son hombres y el 32,5 % mujeres. El 75,1 % (1.600) de los recicladores son cabeza de familia y el 2,3 % (49) manifestó habitabilidad en calle. La localidad de Ciudad Bolívar agrupa el mayor número de personas recicladoras del distrito capital.

Respecto a la población con discapacidad residente en Ciudad Bolívar en el periodo 2004-2016, el registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD) captó

15.787 personas; el 52,1 % son mujeres y el 47,9 % hombres. Frente al momento de curso de vida, el mayor peso porcentual se grupa en adultez y vejez 75,4 %; este suceso puede estar asociado a patrones de consumo y hábitos de vida de la población que llevan a una “transición en los riesgos”, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes.(21).

El comportamiento por sexo y curso de vida en población con discapacidad, se observa un peso porcentual equitativo en hombres y mujeres de primera infancia; mientras que en la infancia, adolescencia y juventud el peso porcentual es mayor en los hombres.

Tabla 58. Población con discapacidad por momento del curso de vida y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016

Momentos del Curso de Vida (años)	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5)	145	0,9	140	0,9	285	1,8
Infancia (6-11)	395	2,5	271	1,7	666	4,2
Adolescencia (12-17)	568	3,6	391	2,5	959	6,1
Juventud (18-28)	1.180	7,5	801	5,1	1.981	12,5
Adultez (29-59)	2.853	18,1	3.091	19,6	5.944	37,7
Vejez (60 y más)	2.427	15,4	3.525	22,3	5.952	37,7
Total	7.568	47,9	8.219	52,1	1.5787	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.*PCD: Población con discapacidad

En cuanto al aseguramiento en salud de población con discapacidad residente en Ciudad Bolívar, el 59,1 % pertenecen al régimen subsidiado, el 25 % régimen contributivo, el 8,9 % es población vinculada, el 1,6 % manifiesta no contar con aseguramiento en salud y el 1,5 % no saben no responden.

Tabla 59. Población con discapacidad por origen y momento del curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016

origen de Discapacidad	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermedad General	22	0,1	55	0,3	101	0,6	297	1,9	1.700	10,8	2731	17,3	4.906	31,1
Alteración genética	58	0,4	128	0,8	157	1,0	316	2,0	596	3,8	312	2,0	1.567	9,9
Accidente	4	0,0	5	0,0	30	0,2	133	0,8	1.015	6,4	856	5,4	2.043	12,9
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	51	0,3	98	0,6	141	0,9	273	1,7	261	1,7	42	0,3	866	5,5
Consumo psicoactivos	0	0,0	0	0,0	3	0,0	9	0,1	35	0,2	29	0,2	76	0,5
Complicaciones durante el parto	30	0,2	94	0,6	148	0,9	185	1,2	140	0,9	16	0,1	613	3,9
Víctima de violencia	0	0,0	1	0,0	3	0,0	30	0,2	258	1,6	85	0,5	377	2,4
Enfermedad profesional	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	131	0,8	142	0,9	275	1,7
Dificultades prestación servicios	7	0,0	13	0,1	17	0,1	22	0,1	106	0,7	38	0,2	203	1,3
Conflicto armado	0	0,0	1	0,0	3	0,0	35	0,2	128	0,8	23	0,1	190	1,2
Lesión autoinflingida	0	0,0	0	0,0	3	0,0	2	0,0	16	0,1	11	0,1	32	0,2
Otra Causa	4	0,0	22	0,1	24	0,2	47	0,3	182	1,2	164	1,0	443	2,8
Desastre Natural	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,0	3	0,0	9	0,1
No sabe	109	0,7	249	1,6	328	2,1	624	4,0	1.375	8,7	1.502	9,5	4.187	26,5
Total	285	1,8	666	4,2	959	6,1	1.974	12,5	5.949	37,7	5.954	37,7	15.787	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

Con relación al origen de la discapacidad, el 31 % fue por enfermedad general, esta clasificación tan amplia que no facilita la toma de decisiones en estrategias de promoción de la salud. La segunda causa son accidentes con 12,9 %. En cuanto al origen de discapacidad y el momento del curso de vida, se observa que en adultez y vejez el mayor reporte se da por enfermedad general, mientras que en la juventud no saben el origen de la discapacidad, respecto a las etapas de infancia y adolescencia el origen que más reportan es alteración genética

Con relación a las alteraciones permanentes que afectan a la población con discapacidad en la localidad de Ciudad Bolívar se identifica que más de la mitad de la población se encuentra afectada por el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (58,76 %), seguido de alteraciones del sistema nervioso (50,69 %).

Tabla 60. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momento del curso de vida, localidad de Ciudad Bolívar, 2004- 2016

Alteraciones	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez			Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	159	55,79	243	36,49	316	32,95	722	36,45	3513	59,10	4.324	72,65	9.277	58,76
Sistema Nervioso	183	64,21	520	78,08	714	74,45	1307	65,98	2961	49,81	2.317	38,93	8.002	50,69
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	29	10,18	78	11,71	85	8,86	258	13,02	1061	17,85	2.156	36,22	3.667	23,23
Ojos	90	31,58	231	34,68	305	31,80	681	34,38	2349	39,52	3.291	55,29	6.947	44,00
Oído	52	18,25	99	14,86	149	15,54	347	17,52	818	13,76	1.455	24,45	2.920	18,50
Digestión, metabolismo y hormonas	12	4,21	35	5,26	55	5,74	181	9,14	702	11,81	1.005	16,89	1.990	12,61

Sistema genital y reproductivo	41	14,39	82	12,31	88	9,18	153	7,72	604	10,16	757	12,72	1.725	10,93
Voz y habla	156	54,74	403	60,51	480	50,05	873	44,07	1235	20,78	595	10,00	3.742	23,70
Piel	2	0,70	15	2,25	31	3,23	94	4,75	244	4,10	225	3,78	611	3,87
Otra alteración	55	19,30	107	16,07	132	13,76	169	8,53	578	9,72	835	14,03	1.876	11,88
Demás órganos de los sentidos	5	1,75	10	1,50	13	1,36	37	1,87	136	2,29	129	2,17	330	2,09
Total	285	100	666	100	959	100	1.981	100	5.944	100	5.952	100	15.787	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

De acuerdo al momento del curso de vida y el origen de la discapacidad en primera infancia y adultez las principales alteraciones se relacionan con movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y sistema nervioso. En infancia, adolescencia y juventud las principales alteraciones se asocian al sistema nervioso, voz y habla. Las alteraciones de la vejez son por movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y ojos.

Condiciones de vida y relación con determinantes sociales de la salud

Discapacidad

Teniendo en cuenta la información que se puede procesar respecto a los determinantes sociales de la salud de las personas con discapacidad, se encuentra que entre los determinantes intermedios se encuentran afiliación al SGSSS, desempeño laboral y barreras de acceso.

Determinantes intermedios

Al realizar el análisis de las condiciones de vida y determinantes de las poblaciones con discapacidad, se encuentra que RLCPD no permite identificar y procesar información que dé

cuenta de la fuente de la discapacidad, esto con el fin de dilucidar los factores proximales de los procesos de enfermedad y discapacidad. No obstante, se encuentran categorías que agrupan las posibles causas, enfermedad general, accidentes, etc, lo anterior genera complejidad en los análisis sobre factores de riesgo y así movilizar acciones en promoción de la salud tendientes a disminuir las discapacidades generadas por factores propios de la persona (genéticos).

De acuerdo a la información registrada en el RLCPD, un porcentaje representativo de personas en condición de discapacidad se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, perteneciente a estrato 1. En algunos casos se ha encontrado que los cuidadores y familiares de estas personas tienen empleos temporales, lo cual facilita el acceso a régimen contributivo pero por “imaginarios” que al estar en el régimen subsidiado van a tener beneficios como bonos o ayuda no se generan cambios de régimen para las personas con discapacidad.

Lo anterior determina el acceso a los servicios de rehabilitación y de paliación puesto que, en la localidad no se cuenta con una adecuada oferta de servicios de rehabilitación física o de atención para personas con discapacidad mental. Por lo que los cuidadores deben realizar gastos para trasladarse a otras zonas de la ciudad en búsqueda de estos servicios.

Determinantes estructurales

En estos determinantes se tienen en cuenta sexo, edad, nivel educativo y barreras de acceso. Según el RLCPD se encuentra que en general se han identificado en mayor número más mujeres que hombres. No obstante, en los cursos de vida adolescencia y juventud predominan los hombres, encontrándose que el origen se relaciona con la enfermedad general y los accidentes. Para el caso de las etapas de cursos de vida, adultez y vejez, predominan las mujeres y el origen es enfermedad general y los accidentes.

En cuanto al acceso al sistema educativo, se encontró que dependiendo del tipo de discapacidad, se encuentran barreras de acceso. En la localidad se han encontrado aulas de inclusión para personas con discapacidad física y mental. Sin embargo, la oferta no logra cubrir la demanda de la localidad o no suplen todas las necesidades de las personas con

discapacidad. Esta es una de las principales causas de los bajos niveles educativos de estas personas. Lo anterior determina el acceso a empleos formales que garantizan ingresos estables.

Por el bajo nivel educativo, se ha encontrado que las personas con discapacidad tienen menor posibilidad de conseguir una actividad productiva o un trabajo que una persona sin discapacidad, esto se debe en gran parte a los imaginarios frente a las limitaciones que tiene esta población; sumado a lo anterior se encuentra que la posibilidad se reduce aún más en las personas que nacieron con discapacidad o la adquirieron a temprana edad que aquellas que la adquirieron en el transcurso de la vida, explicándose en la baja adquisición de capital social y habilidades para desempeñarse productivamente.

En este grupo de determinantes también se encuentran las barreras de acceso, encontrándose que en general la comunidad con discapacidad y sus cuidadores identifican que las escaleras son una barrera arquitectónica, es decir la localidad cuenta aún con dificultades para la movilidad de personas que necesitan apoyo de sillas de ruedas u otros objetos. Entre otras barreras identificadas que encuentra que la comunidad, identifica barreras a los servicios hospitalarios, encontrándose que en algunos servicios no se cuenta con rampas o ascensores adecuados.

Ciudadanos habitantes de calle (CHC)

Teniendo en cuenta la política pública de habitante de calle de la Secretaría de Integración Social, se realiza análisis de los diferentes determinantes sociales encontrados para los CHC en la localidad; esto obedece a que la información de las diferentes bases de información no cuenta con las variables suficientes para llegar a este tipo de deducciones.

Determinantes estructurales

Entre los determinantes estructurales se encuentra el sexo. Como se mencionó en el contexto demográfico, prevalecen los hombres sobre las mujeres en una proporción de 4. Al revisar la información respecto a la edad y clasificándolos por curso de vida, se observa que en adultez es la que sobresale; en esta media, se encuentra que los hombres en edad adulta

son más propensos a la habitabilidad en calle, debido a factores asociados al consumo de SPA, por gusto y por razones económicas.

En cuanto a la motivación relacionada “por gusto”, se ha encontrado a través del ejercicio etnográfico que algunos CHA refieren que la calle es el lugar en el cual encuentran todos los medios que satisfacen sus necesidades; sin la presiones de la vida laboral o del hogar.

Ahora bien, las condiciones de vida de los ciudadanos habitantes de calle de la localidad, están mediadas por las características de los entornos en los cuales “parchan” o viven estas personas. La localidad cuenta con lugares que les provee las herramientas necesarias para construir el “cambuche”, lo que representa protección ambiental. Así mismo, se ha encontrado que CHC se ubican cerca de zonas comerciales y residenciales pues esto favorece la adquisición de dinero y alimentación.

En cuanto a lo relacionado con el acceso a la salud, se ha encontrado barreras de aseguramiento de esta población, barreras autoimpuestas y actitudinales. Por aseguramiento, se ha observa que aún se encuentran CHC sin aseguramiento lo que dificulta la atención en salud, pese a los esfuerzo que realiza la SDS y la SDIS en caracterizar e incluir en el registro de población especial a los CHC fuera del SGSSS.

Cuando los CHC acuden a los servicios de salud en caso de presentar algún tipo de urgencia, estas personas desconocen la obligatoriedad y gratuidad de la atención para ellos; en algunos casos fueron objeto de discriminación por parte de los profesionales de la salud por su aspecto. Sin embargo, también se encontró que algunos ciudadanos acuden a los centro de salud exigiendo una pronta atención, con palabras soeces y amenazantes, lo que genera resistencia por los funcionarios.

En relación con la situación en salud de la población CHC en la localidad, se observa que entre las principales dolencias o enfermedades son las enfermedades transmisibles como tuberculosis, neumonía, VIH/SIDA, algunos tipos de discapacidad como visual o por falta de alguna extremidad, enfermedades mentales como esquizofrenia y todo lo relacionado con la dependencia a sustancias psicoactivas, por último se encuentra que los CHC presentan algún grado de desnutrición lo que agudiza los padecimientos preexistentes. Dichas

patologías no cuentan con tratamiento entre otras por falta de interés por parte de los CHC quienes indican que no lo requieren o renuencia por experiencias negativas en los servicios de salud. La SDI cuenta con centros especializados en atención de CHC que están ubicados en su mayoría en el centro de la ciudad, por lo que los CHC de la localidad se muestran renuentes en acudir a ellos por las distancias que deben recorrer pues estos lugares brindan atención ambulatoria.

Determinantes intermedios

La información encontrada y relacionada con los determinantes intermedios, está el trabajo o medio de adquisición de dinero. Entre las principales ocupación desarrolladas por los CHC está el reciclaje o recuperación de material, ventas informales, cuidado de vehículos, la mendicidad y el hurto. Las ganancias o recursos obtenidos por estas actividades son utilizadas para la compra de comida y sustancias psicoactivas, en menor medida es utilizada para el pago de habitaciones o lugares para pasar la noche.

En la literatura se encuentra que la calle no brinda las condiciones mínimas para vivir, en la medida que no se encuentran los medios que posibiliten el desarrollo pleno de las personas, sin embargo, la decisión de habitar calle esta mediada por la historia de vida de las personas, el Estado entre sus obligaciones esta la garantía plena del acceso a los servicios de salud y atención integral a las personas que no cuentan con los recursos y medios para proveerlos por sí mismo. Los CHC por sus características requieren no solo el acceso a los servicios de salud mínimos, sino que se debe propender por garantizar las mínimas condiciones para que su decisión no se convierta en un problema para las ciudades.

Personas en ejercicio de prostitución (PEP)

Determinantes intermedios

A través de la intervención del sector salud en los establecimientos en los cuales se ejerce la prostitución en la localidad, se ha encontrado que las familias de las mujeres que ejercen esta labor no conocen la actividad real con la cual se obtiene el dinero. Es por esto que la

información obtenía a través de las intervenciones se le da el carácter de confidencialidad. En la localidad el ejercicio de prostitución, principalmente lo ejercen las mujeres.

En relación al acceso a los servicios de salud, se encuentra que las barreras de acceso que encuentran las PEP son las mismas que se presentan en la población general; personas sin afiliación por dificultades en los tramites, ya sea por portabilidad o por doble aseguramiento; esta situación se encuentra relacionada con la migración a la ciudad, algunas mujeres que llegan a Bogotá a ejercer la prostitución, no hacen la desafiliación al SGSSS de su ciudad o municipio de procedencia por lo que al tratar de acceder en la ciudad se le dificulta por la portabilidad. Lo anterior dificulta el tratamiento de enfermedades que se han detectado durante la intervención de la subred, entre las más frecuente sífilis y VIH.

En cuanto a las condiciones laborales, se encuentran diferencias en la adopción de conductas de autocuidado de las PEP, por un lado se encuentran las PEP procedentes de Colombia quienes tiene mayores actitudes preventivas, adoptando medidas de protección como el uso de preservativos que disminuye la adquisición de ETS y por otro lado están las PEP provenientes de Venezuela, quienes por un pago adicional no adoptan dichas medidas de protección, ejerciendo su labor sin preservativo.

Determinantes estructurales

No se encuentra información respecto a los ingresos de las mujeres o los hombres que se dedican al ejercicio, sin embargo, se infiere que los ingresos no son fijos y dependen de la forma en la que se ejerce, en calle o en establecimiento y, el estrato o la ubicación en la que se lleva a cabo la oferta del servicio. El dinero obtenido por los servicios no es netamente para la persona que presta el servicio, pues se debe restar los gastos de administración, pieza y dueño del establecimiento, por lo tanto, el ingreso de estas personas es reducido y destinado a suplir sus necesidades propias y las de su familia.

Lo anterior agrava de alguna forma la situación de salud de estas personas, pues al no contar afiliación al SGSSS subsidiada, sus ingresos reducen las posibilidades de acceder a otros servicios, encontrándose que en los casos que resultan reactivos en VIH o sífilis en algunos casos no son tratados por los elevados costos de los tratamientos y los

profesionales de los espacios al activar la ruta, se cuenta con la apertura y motivación de la usuaria en asistir a las consultas, encontrándose que algunas tampoco quieren acceder a los servicios de salud.

Recicladores de oficio

Determinantes Intermedios

Entre los principales determinantes intermedios analizados para esta población, se tiene lo relacionado con la labor o el trabajo y la afiliación al SGSSS. Las personas que se dedican al ejercicio de recuperación de material denominada “basura”, son llamados recicladores. Esta labor es una fuente de trabajo informal para algunas personas en la localidad; esta se realiza en diferentes contextos: andenes fuera de casas, fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura, en cualquiera de las formas de realizar la actividad la ganancia reside en la cantidad y calidad del material que se recupera.

Las condiciones en las cuales se realiza la labor del reciclaje marcan las condiciones de vida de estas personas, por un lado esta labor principalmente se realiza al aire libre, con una alta exposición a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol), exposición a residuos peligrosos, incluyendo sustancias tóxicas como el plomo y el asbesto, así como sangre, materia fecal, cadáveres de animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado, también se exponen a enfermedades transmitidas por parásitos, moscas y mosquitos.

Se encuentra que si las personas que realizan reciclaje se encuentran asociados o agremiados utilizan las medidas de protección adecuada, pero si realizan esta actividad por cuenta propia la utilización de medidas de protección es opcional. Según la Asociación Nacional de Recicladores de Bogotá, el ingreso que perciben estas personas oscila en los 8.000 mil pesos diarios por reciclar 300 kg de material.

Se ha identificado que por el ejercicio de esta labor estas personas presentan dolor de espalda y extremidades, irritación de la piel y erupciones y con alto riesgo específico a contraer tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, disentería y parásitos; por lo que se debe

contemplar que las personas al dedicarse a una labor que de alguna forma contribuye a la economía del hogar, se exponen a riesgos para la salud que puede causar la muerte sino se realiza con las precauciones del caso.

Víctimas del conflicto armado (VCA)

Determinantes estructurales

Según el boletín del observatorio Distrital de víctimas de Bogotá, la localidad de Ciudad Bolívar es la principal receptora de población VCA de la ciudad. Las personas que se declaran como VCA atraviesan por situaciones que deterioran su calidad de vida y salud. En primera medida, la misma condición de desplazamiento implica destierro de sus contextos de origen, los cuales eran espacios que suplían sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección, al llegar a las diferentes ciudades en las que se busca protección y mejorar sus condiciones de vida, deben adaptarse a escenarios nuevos.

Entre las principales fuentes de empleo de las VCA están los trabajos informales sin condiciones laborales adecuadas, como en construcción para los hombres y en servicio documentario para las mujeres. Respecto a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso administrativas y de desconocimiento. Por un lado se ha encontrado que las EAPB de las ciudades de origen no aplican la norma a cabalidad, pues no generan los traslados de forma oportuna, causando dificultades de atención de la población en los lugares actuales de residencia, causando dificultades en la atención de esta población, por lo que los VCA establecen desconfianza en las instituciones por el reiterado fallo en la atención diferencial.

Otro de las dificultades encontradas es el desconocimiento del proceso administrativo para acceder al aseguramiento en salud, pues algunas VCA se incluyen o solicitan el SISBEN antes de registrarse como víctimas por lo que el puntaje obtenido como subsidiado es elevado, lo que incrementa los costos de los servicios de salud al consultar de forma particular.

En relación a la situación en salud de la población VCA en la localidad, se observa que las principales patologías en esta población se relacionan con la salud mental, teniendo en

cuenta las situaciones límite que viven las VCA antes de su desplazamiento, estos tienden a padecer cuadros de tristeza, ansiedad, depresión e impotencia, situaciones que no son tratadas de manera adecuada dado que no existe oferta de servicios para este tipo de población.

Análisis de situación de salud de las poblaciones

El perfil salud - enfermedad es la expresión de la carga de enfermedad que sufre la población y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen; entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida(22).

Para el presente apartado se muestra un análisis de la morbilidad a partir de los eventos notificados en los subsistemas de vigilancia en Salud Pública analizando las variables de situación y/o condición de grupos poblacionales como víctimas del conflicto, discapacidad, ejercicio de prostitución, habitante de calle y recicladores; en el periodo 2013-2016, en la localidad de Ciudad Bolívar.

Tabla 61. Eventos de notificación en poblaciones por condición y /o situación, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Ciudad Bolívar, 2013-2016

Población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
Discapacidad	SIVIM	66	2,6	2.584	69	2,7	2.759	112	4,3	4.266	65	2,5	4.583
	SISVECOS	10	1,4	697	19	2,7	884	42	6	1.281	46	6,6	1.274
	SIVIGILA	6	0,1	7157	3	0	2.974	409	4,7	8.787	13	0,2	8.628
VCA	SIVIM	73	2,8	2.584	181	7	2.759	95	3,7	4.266	37	1,4	4.583
	SISVECOS	14	2	697	45	6,5	884	84	12,1	1.281	70	10	1.274
	SIVIGILA	29	0,4	7.157	11	0,2	2.974	432	4,9	8.787	50	0,6	8.628
Ejercicio prostitución	SISVECOS	0	0	697	0	0	884	0	0	1.281	1	0,1	1.274

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. 2013-2016

El comportamiento de la notificación de población en condición de discapacidad a los diferentes subsistemas, muestra que entre el periodo 2013-2016 la mayor notificación registra en el SIVIGILA. Los eventos notificados en el año 2016 fueron el intento de suicidio y VIH-SIDA con 23,1 % respectivamente; así mismo se presentaron otros eventos como IRA, intoxicaciones, leishmaniasis cutánea, parotiditis, varicela individual.

En los eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, el comportamiento de la notificación es irregular. La mayor proporción se presentó en el 2015, para los demás años analizados oscila en 2 %. Para el año 2016 de los 65 casos notificados al SIVIM, la principal causa se asocia a negligencia con 60 %, seguido de violencia sexual con 21,5% y violencia física en 13,8 %; la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con el 100 %. Respecto al curso de vida con mayor riesgo de violencia se presenta en adultez con 29,2%, seguido de infancia 20 %, juventud 18,5 %, adolescencia 13,8 %, vejez 13,35 y el 6,2 en primera infancia.

Para el evento de conducta suicida en la población con discapacidad, se observa un comportamiento creciente de la notificación pasando de 1,4 % en el 2013 a 6,6 % en el 2016. Con relación al tipo de conducta el 82,6 fue ideación suicida, seguido de intento de suicidio con 15,2 % y amenaza el 2,2 %. El curso de vida con mayor afectación del evento de conducta suicida es adultez (52,2 %), juventud (28,3 %), adolescencia (10,9 %), vejez (6,5 %) e Infancia (2,2 %).

La notificación de población víctima del conflicto armado (VCA) en los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública, cuentan con las variables de víctima de violencia y desplazamiento pero no contiene estructura de codificación de hechos victimizantes, lo cual limita el proceso de análisis integral para esta población. En SIVIGILA se observa un comportamiento creciente de notificación en población VCA pasando de 0,4 % a 0,7 % entre 2013-2016. Para el año 2016 los eventos notificados se relacionan con varicela 61,3 %, desnutrición aguda en menores de 5 años 22,6 %, bajo peso al nacer y parotiditis con 12,9 % respectivamente. En menor proporción se ubican eventos de malaria, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos, sífilis gestacional, tosferina y violencias de género.

Con relación al evento de conducta suicida el comportamiento de notificación es acreciente para los años analizados donde la proporción aumento en un 9 %, este comportamiento puede estar relacionado a dos factores el primero es la mayor recepción y asentamiento de población víctima en la localidad lo cual afecta los procesos de notificación, la segunda causa implícita es la sensibilización de funcionarios y entidades adherentes en el proceso de restauración de derechos que inciden en los eventos de notificación en salud mental de la población víctima. La mayor afectación de este evento se da en adultez con 38,6 %, seguido de la Infancia (6-13 años) con 38,6 %, Adolescencia 20%, Juventud 15,7 % y Vejez 1,4 %. De acuerdo al tipo de conducta, el 68,6 % es por ideación suicida; seguido de intento de suicidio con 21,4 %, Amenaza suicida con 8,6 % y suicidio consumado con 1,4 %.

Frente a los eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, el comportamiento de la notificación es irregular de acuerdo a la proporción de notificación en población víctima del conflicto armado. Frente al tipo de violencia el 64,9 % fue por negligencia, sin embargo, es importante analizar que varias familias víctimas del conflicto cuando llegan a Bogotá no cuentan con garantías en sus condiciones de vida, asociado a ello las condiciones de la localidad no son las más favorables, sumado a ello los asentamientos ilegales y el no contar con una fuente de empleabilidad incide en que algunos hogares no cuentan con recursos mínimos garantes en los derechos de las familias. La segunda causa de notificación es violencia sexual con 13,5 %; seguido de violencia física y violencia económica con el 16,2 % respectivamente.

Para población habitante de calle la información es limitada en los diversos subsistemas; en SIVIGILA en el año 2015 se notificaron 13 casos que corresponden al 0,1 % al total de notificación; para el 2016 se notificaron 8628 eventos de los cuales 11 (0,1 %) corresponden a población con habitabilidad en habitante de calle. Se observa un comportamiento constante de cuatro eventos a través del tiempo como varicela, violencia de género, vigilancia integrada de rabia humana, VIH-SIDA y vigilancia centinela ESI – IRAG. Para el año 2016 se notificó un caso de conducta suicida en población habitante de calle, fue una mujer de 33 años de edad; el tipo de conducta fue intento suicida.

Al revisar los diferentes subsistemas de notificación en salud pública no se cuenta con información de población en ejercicio de prostitución para los años 2013, 2014 y 2015. Para

el año 2016 en SISVECOS se notificó un caso de conducta suicida en población en ejercicio de prostitución, se presentó en mujer de 25 años de edad y el tipo de conducta fue ideación suicida.

4.3. Género, identidad y orientación sexual

Este enfoque permite reconocer la diferencia de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, en la medida que se reconocen sus derechos. En el análisis de determinantes de esta población permite reconocer las situaciones presentes en la localidad en relación con esta población.

Relación territorio poblaciones con condición y/o situación

El mapa de ubicación de población LGBTI, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con la referente de Gobernanza – Componente 1 y espacio público. La cartografía participativa se desarrolló a través de mapas impresos; las profesionales ubican organizaciones y/ o sitios en los cuales se realizan actividades con esta comunidad.

Se reconoce presencia de población LGBTI en toda la localidad de Ciudad Bolívar; aunque no se cuenta con información actualizada y verídica sobre el número y ubicación puntual. No obstante, se debe subrayar la existencia de grupos, organizaciones o fundaciones que se han constituido como redes de apoyo para esta comunidad. En la UPZ Lucero se identifica En la localidad se han constituido organizaciones encargadas de dar apoyo en orientación social, soporte funcional y apoyo psicosocial a mujeres trans y hombres gay, se desatacan la organización “*Madonna y sus divas*” y en la UPZ Ismael Perdomo, la fundación “Casa de Reinas”, refugio para mujeres trans que no cuenta con hogar. En el resto de la localidad se identifican otras organizaciones que se son red de apoyo para la comunidad LGBTI pero no cuenta con mayor información.

Contexto demográfico

Tabla 62. Distribución población LGBTI, localidad de Ciudad Bolívar, 2014-2016

Poblaciones Diferenciales y de inclusión Social		hombre	Mujer	intersexual	sin dato	Total	%
LGBTI	Bisexual	5	26	0	0	31	35,6
	Gay	47	0	0	0	47	54,0
	Intersexual	0	6	0	0	6	6,9
	Lesbiana	0	1	0	0	1	1,1
	Transgeneristas	2	0	0	0	2	2,3
Total		54	33	0	0	87	100

Fuente: Población LGBTI: Datos calculados bases PTS. SDS, Programas Territorios Saludables, BD poblacional preliminar Julio 2012-Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016.

Según la información recolectada a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC en el periodo julio 2012 a junio 2016, en Ciudad Bolívar, 87 personas se auto reconocen como población LGBTI y de acuerdo a la orientación sexual el 54 % son gay, un 35,6 % bisexual, el 6,9 % intersexual, el 2,3 % transgeneristas y el 1,1 % lesbianas.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud

Determinantes intermedios

El análisis de las condiciones de vida y salud de la población LGBTI se realiza partiendo de la información obtenida a partir de las unidades de análisis en la mesa de población diferencial la cual se realiza en la subred. Se ha identificado que los trabajos en salones de belleza o peluquería son los que con mayor frecuencia se realizan por esta población. Se encuentra además, personas que estudian o trabajan por cuenta propia en bares o en la informalidad, lo anterior se relaciona con los imaginarios colectivos negativos y estigmatización lo que limita el acceso a otras fuentes de trabajo.

No se cuenta con información sobre ingreso promedio de esta población, pero se ha encontrado que los ingresos no son estables, lo que no permite la satisfacción de todas las necesidades.

Respecto al acceso a la salud, se encuentra necesidades en prevención de ITS y asesoría en el uso de métodos anticonceptivos. Se ha identificado que las acciones preventivas en torno a las ITS no incluye en algunos casos de enfoques que tengan en cuenta la diversidad sexual, lo cual limita y genera barreras en el acceso a los servicios y métodos de protección, esto se relaciona a su vez con desconocimiento tanto de los prestadores de servicios como de la población misma y con limitaciones por la capacidad económica lo que aumenta el riesgo de contagio de ITS.

Para algunos casos específicos, se requiere de atención y asesoría en procesos de implantes y modificaciones corporales relacionados con la prevención de procedimientos no seguros. Existen barreras de acceso a los Servicios de Salud en el Plan Obligatorio (POS), puesto que no se tiene incluido el proceso de las transformaciones corporales, esto ocasiona que la población se vea expuesta a prácticas inseguras generando lesiones, deformaciones, problemas en la piel, afectación general de salud y riesgo de muerte.

La discriminación y estigma social hacia la población LGBTI sigue siendo una de las principales problemáticas, puesto que genera violencia hacia la población y ocultamiento de la preferencia sexual, limitando el acceso a servicios institucionales y de salud y afectaciones en el desarrollo de proyectos de vida. En el caso de violencia hacia la población LGBTI, se presentan situaciones de amenazas, violencia física, violencia sexual y homicidios. Las situaciones de violencias y discriminación generan vulneración de derechos, lo que puede salud mental y generar limitaciones en la realización de proyecto de vida.

Análisis de situación de salud en población LGBTI

Para el presente apartado se muestra un análisis de la morbilidad a partir de los eventos notificados en los subsistemas de vigilancia en Salud Pública analizando la categoría de orientación social (LGBTI); en los periodos 2013-2016.

Al revisar los diferentes sistemas de información, se identifica que algunos subsistemas no cuentan con la variable de orientación sexual lo cual limita el reconocimiento de la morbilidad en población LGBTI de la localidad. Solo se puede analizar lo relacionado con la salud mental a través de los subsistemas SIVIM y SISVECOS, donde se observa un comportamiento creciente en la proporción de notificación de población LGBTI entre el 2013-2016.

Tabla 63. Eventos de notificación en población LGTBI, según subsistemas de vigilancia en salud pública, 2013-2016

población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
LGBTI	SIVIM	2	0,1	2.584	2	0,1	2.759	7	0,3	4.266	9	0,3	4.583
	SISVECOS	3	0,4	697	7	1	884	12	1,7	1.281	30	4,3	1.274
	SIVELCE	0	0	0	3	0	619	91	1,3	1.135	5	0,1	2.249

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Publica. 2013-2016

De los nueve casos de población LGBTI notificados al SIVIM, el 44,4 % se auto reconocen como población gay, el 33,3 % lesbianas y el 22,2 % bisexual; de acuerdo al tipo de violencia predomina la violencia física y sexual con 55,6 % respectivamente, seguido de negligencia 33,3 % y abandono 22,2 %. Respecto a eventos de conducta suicida notificados en el 2016; de acuerdo a la orientación sexual, el 46,7 % son lesbianas, seguido de gay 26,7 %, bisexual 20 % y transgénero 6,7 %. Frente al tipo de conducta suicida, predomina la ideación con 66,7 %, seguido del intento 25 % y amenaza 8,3 %.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

5.1. Espacio vivienda

Para la vigencia abril a diciembre 2017, el espacio vivienda implementó acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar y de las personas institucionalizadas, desde un enfoque sistémico que reconoce las particularidades individuales, familiares e institucionales para el mejoramiento de la salud y calidad de vida, la movilización de los recursos familiares e institucionales y la activación de rutas de atención integral para anticiparse a desenlaces negativos.

Desde el espacio vivienda se realiza la identificación de usuarios sujetos de intervención a través de las acciones de gestión del riesgo, en la localidad de Ciudad Bolívar para el periodo 2017 se logró garantizar la asignación de citas a programas de promoción y prevención del 67,2 % de los usuarios visitados.

Tabla 64. Relación de asignación de citas por programas de PyD, localidad de Ciudad Bolívar, 2017

Programas PYD	Visitado	Agendado	%%
Programa del adulto	339	485	143,1
PAI	4.828	4.828	100,0
Programa tamizaje visual	263	103	39,2
Programa del joven	789	300	38,0
Crecimiento y desarrollo	474	109	23,0
Programa CCU (21 -69)	890	202	22,7
Higiene oral (control placa bacteriana)	1.573	332	21,1
Programa cáncer mama (50-69)	310	0	0,0
Total	9.466	6.359	67,2

Fuente: Matriz Gestión del Riesgo del Espacio Vivienda. Periodo 2017

Desde el Espacio Vivienda el equipo de profesionales y técnicos contribuyen al cuidado de la salud materno-perinatal, en el proceso de identificación, se realiza búsqueda de usuarias que no acuden a controles prenatales y se realiza educación en señales de alarma; una vez

captada la gestante se realiza verificación, educación y retroalimentación pertinente que permita minimizar las complicaciones a nivel materno perinatal enfatizando en la importancia de realizar controles prenatales oportunos para la identificación y adecuado tratamiento de alteraciones en la gestación.

En la localidad de Ciudad Bolívar durante la vigencia de abril a diciembre 2017, los equipos de gestión del riesgo identificaron 27 gestantes, logrando realizar activación de ruta en el 66,7 % (18 gestantes) de los casos. Con relación a regulación de la fecundidad, cuando se identifican mujeres en edad fértil, se realiza verificación de asistencia a la consulta de regulación de la fecundidad, para la vigencia mencionada se activó ruta de atención a 197 mujeres y se logró asignación de cita a 26 mujeres.

Respecto al seguimiento de los casos de morbilidad materna realizados en la localidad por el Espacio de Vivienda realizó seguimiento a casos de sífilis gestacional, buscando aportar a la disminución de la sífilis congénita y logrando la adherencia al control prenatal de las gestantes en seguimiento.

Durante el año 2017 fueron identificadas 105 usuarias con sífilis gestacional a través de la vigilancia en salud pública; desde el equipo de vivienda se logró realizar seguimiento al 64,8 % (68 usuarias); en relación a sífilis gestacional es importante mencionar que se sensibilizó a las madres obteniendo un tratamiento oportuno y adecuado, para la prevención de la transmisión vertical, sin embargo, se encontró dificultad para sensibilizar a sus parejas, debido a que algunas se negaban a seguir la continuidad del tratamiento y la aplicación de las prácticas preventivas.

Así mismo durante el año 2017 se identificaron 289 usuarias con diagnóstico relacionado con morbilidad materna extrema, logrando realizar seguimiento a 187 usuarios (64,7 %). En cuanto al índice de mortalidad perinatal asociado a una morbilidad materna extrema se observó que de las 187 usuarias intervenidas, se presentó un (1) caso de mortalidad perinatal, generando una proporción de 0.5 % con relación a los casos en seguimiento.

De las intervenciones realizadas se brindó educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas de la transmisión vertical; se identificó que los casos

no detectados tempranamente se relacionan con la no asistencia oportuna a los controles prenatales. Por otra parte cabe mencionar que algunas usuarias rechazaron la intervención y firmaron la carta de desistimiento para la atención a los perfiles profesionales que realizan las intervenciones, situación generada por falta en la disponibilidad de tiempo por razones de índole laboral, adicionalmente la ubicación de las familias o individuos, donde los datos suministrados son errados, dificultades en la nomenclatura por la frecuente actualización de la misma que hace difícil la ubicación de la población, sumado a la característica flotante de la población; estos factores que inciden en la no captación efectiva de la usuaria.

Para los casos de desnutrición aguda, moderada o severa se cuenta con acciones de seguimiento desde el Espacio Vivienda por medio del equipo interdisciplinario, con lo cual se logró el abordaje a 440 menores de 5 años, los cuales fueron captados y abordados en conjunto con el subsistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional (SISVAN). En la localidad de Ciudad Bolívar se realizó el seguimiento a 234 menores (53.2 %) evidenciando que en ningún caso se presentó una pérdida de peso y por el contrario el 88.4 % (207 casos), recuperaron peso posterior a los diferentes seguimientos.

Tabla 65 Resultados del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde el espacio vivienda y SISVAN, localidad de Ciudad Bolívar, 2017

Resultados del proceso	N°	%
Recuperó peso	207	88,4
Se mantuvo igual	23	9,9
Pérdida de peso	4	1,7
Total	234	100

Fuente: Base de datos SISVAN. Vigilancia En Salud Pública. 2017-2018

Este seguimiento tiene como objetivo monitorear el proceso de atención en salud y suministro de medicamentos y exámenes acordes a plan de manejo para garantizar la recuperación del menor, así como la identificación de determinantes en salud que lo afectan, para orientar las acciones relacionadas con la activación de rutas de atención.

Con relación a la adherencia a servicios de salud el 66,9 % de los niños con DNT Aguda asisten a los servicios de crecimiento y desarrollo, después del seguimiento realizado por el Espacio Vivienda, el cual desarrolla acciones como educación en adherencia a programas de salud, rutas de atención en salud y deberes y derechos en salud ante servicios de calidad e integrales, decálogo de la salud, entre otros. En los casos en los que se identificó inasistencia a servicios de salud de los menores se relaciona con barreras de acceso, madres cabeza de hogar, solteras que trabajan y no tienen tiempo para acudir con sus niños, así como falta de tiempo o dinero para acudir a los centros de salud y desinterés.

El 42,7 % de los niños asistieron a las consultas de seguimiento en salas ERA antes de las 72 horas y la intervención por parte de los equipos fue de calidad. Las acciones de educación en signos de alarma de las ERA permiten que los padres y /o cuidadores conozcan los cuidados de los menores en casa, la importancia de mantener un esquema de vacunación completo y la adherencia a programas de crecimiento y desarrollo, lo que garantiza un abordaje integral a nivel ambiental y biopsicosocial en el grupo familiar.

Frente a los eventos desencadenantes en salud mental, el equipo de profesionales del espacio vivienda identificó: el abuso sexual, el matoneo por parte de compañeros o docentes, presión generada al interior de las redes sociales, bajos recursos económicos, poca habilidad para manejo de la tolerancia al fracaso, ausencia de herramientas para el adecuado afrontamiento para resolución asertiva de conflictos, escasa red de apoyo familiar y social, antecedentes de cualquier tipo de violencia, ausencia de proyecto de vida, orientación sexual, poca flexibilidad cognitiva. De acuerdo a ello el abordaje se orientó a fortalecer autoconfianza y autoestima en el usuario y el fortalecimiento de lazos de apoyo familiar, contando con el abordaje e intervención desde cada uno de los perfiles profesionales como apoyo a la prioridad identificada.

Con relación a las enfermedades crónicas, desde el Espacio Vivienda, se identificó el riesgo en 1.956 personas de las localidades urbanas que hacen parte de la Subred Sur, de los cuales el 15 % (293 casos) fueron direccionados a los servicios de salud.

Tabla 66. Identificación de riesgo para enfermedades crónicas por prioridad y evento, espacio vivienda, localidad de Ciudad Bolívar, 2017

Prioridad	Diagnostico Ciudad Bolívar						Cantidad	%
	Diabetes	%	EPOC	%	HTA	%		
Alta	0	0,0	0	0	1	0,1	1	0,1
Baja	80	8,6	53	5,7	604	64,7	737	78,9
Media	29	3,1	12	1,3	155	16,6	196	21,0
Total	109	11,7	65	7,0	760	81,4	934	100

Fuente tableros de control espacio vivienda.2017

En la localidad de Ciudad Bolívar se registraron 934 personas, lo que representa el 47,7 % del total de usuarios identificados, en su gran mayoría asociado a la hipertensión arterial.

Con relación a las acciones desarrolladas desde la estrategia de entornos ambientalmente saludables, desde el Espacio Vivienda se realizó la caracterización socio ambiental, a las familias priorizadas por eventos en salud determinados desde nivel central así como sesiones de educación frente a los módulos de vivienda saludable, manejo de agua residual y apta para consumo humano, químicos en el hogar y tenencia responsable de animales de compañía entre otros.

Componente de acciones en hogares comunitarios de bienestar – HCB.

Este componente se desarrolla en cuatro momentos: 1) caracterización socio ambiental de cada HCB y un reconocimiento cartográfico, 2) elaboración y concertación del plan de trabajo, 3) fortalecimiento de capacidades en madres comunitarias (módulos de la estrategia AIEPI comunitario, e implementación de la estrategia de "Mi Mascota Verde y Yo", 4) monitoreo y evaluación al plan familiar y un reconocimiento del hogar saludable.

En este componente además, se capacita madres comunitarias gestoras del conocimiento en la estrategia AIEPI comunitario con el fin de mejorar prácticas de cuidado y autocuidado en salud. A continuación presentan los resultados obtenidos

Tabla 67. Indicadores acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar – Madres Comunitarias – localidad de Ciudad Bolívar Abril- Diciembre 2017

Indicador	Resultado
Madres comunitarias que conoce las ventajas de la lactancia materna	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias conocen las ventajas de la lactancia materna.
Madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes.
Madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño.
Madres comunitarias tienen el carné de vacunación de los niños	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias tienen el carné de vacunación de los niños.
Madres comunitarias que aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos	El 100% (n=94) de las madres comunitarias aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos.
Madres comunitarias que realizan cepillado diariamente a los niños	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias realizan cepillado diariamente a los niños.
Madres comunitarias que conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud.
Madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA y ERA	El 100 % (n=94) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA y ERA.

Fuente: Matriz de Acciones de Respuesta del Espacio Vivienda. Localidad de Ciudad Bolívar. Año 2017.

Los indicadores del proceso de acciones en hogares comunitarios de bienestar en madres comunitarias implementados en Ciudad Bolívar, permite inferir que es una estrategia integral de impacto que aporta al cuidado de la Salud de formadores que indiquen positivamente en las familias y en los niños y niñas beneficiados de este programa.

**Tabla 68. Indicadores acciones en hogares comunitarios de bienestar – niños
localidad de Ciudad Bolívar, abril - diciembre 2017**

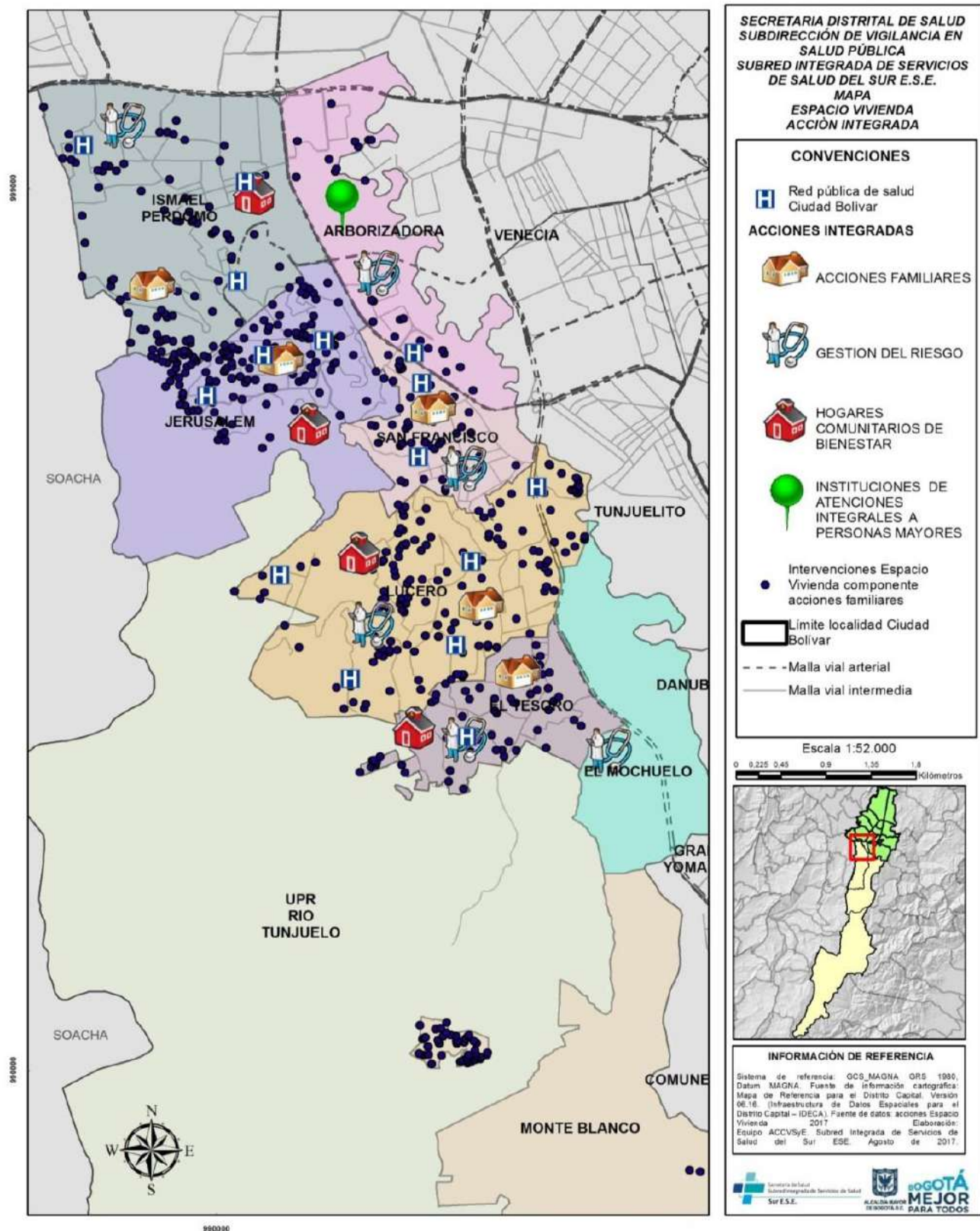
Indicador	Resultado
Niños menores de cinco años están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	De los 1318 menores de cinco años inscritos en los HCB intervenidos con la estrategia de AIEPI comunitario, el 99 % (n=1306) de los niños menores de cinco años están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo.
Niños menores de cinco años que cuentan con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio de Bogotá	El 99.9 % de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio.
Niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana durante el proceso	El 100 % (n=1318) de los menores de 5 años, mejoraron la técnica de cepillado, y contribuyen a la disminución del índice de placa bacteriana. De igual manera las madres comunitarias se concientizaron frente a las prácticas de salud oral y multiplicaron la información a padres de familia y o cuidadores en la importancia de higiene bucal y adecuada alimentación.

Fuente: Matriz de Acciones de Respuesta del Espacio Vivienda. Localidad de Ciudad Bolívar. Año 2017.

Con relación a la adherencia al programa de crecimiento y desarrollo, se implementan procesos de gestión para eliminar las barreras y lograr el acceso de los menores al programa, en este periodo se identificó 12 niños y niñas con barreras de acceso relacionadas al aseguramiento y multiafiliación.

El indicador de salud oral permite reconocer que las acciones de prevención inciden positivamente en el cuidado de la salud de niños y niñas formando hábitos protectores en el desarrollo de las personas.

Mapa 12. Acciones espacio vivienda, localidad de Ciudad Bolívar, abril - diciembre 2017



El mapa representa el componente de acciones familiares, desarrollando acciones centradas en familia de acuerdo a las 5 prioridades hacia el mantenimiento y promoción de la salud familiar, en las UPZ San Francisco, Lucero, Tesoro, Ismael Perdomo y Jerusalén.

El componente de hogares comunitarios de bienestar se desarrollan en las UPZ Lucero, Tesoro, Ismael Perdomo y Jerusalén, donde el motivo de priorización es la cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana y presencia de brote y la reincidencia de brotes de eventos de interés en salud pública.

5.2. Espacio educativo

El espacio educativo desarrolla la acción integrada Sintonizarte, compuesta por los componentes acompañarte, amarte, disfrutarte, explorarte y cuidarte. El propósito de esta acción integrada es identificar necesidades o factores de riesgo en la comunidad educativa, con el fin de favorecer la promoción de conocimiento, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas y comunicativas. De igual manera, se espera generar multiplicadores de la información en las diferentes instituciones educativas, logrando transformaciones positivas para la salud y la calidad de vida en la cotidianidad de la comunidad educativa, para lo cual es necesario realizar articulación con los diferentes sectores y así dar respuestas a las necesidades que se han identificado.

La acción integrada Sintonizarte hizo presencia en 24 colegios públicos de la localidad Ciudad de Bolívar, de los cuales el 33,3 % (8 colegios) se ubican en la UPZ Lucero, 25 % (6 colegios) UPZ El Tesoro, 12,5 % en UPZ Ismael Perdomo y Jerusalén respectivamente, 8,3 % (2 colegios) Rio Tunjuelito y 4,2 % en UPZ Arborizadora y El Mochuelo respectivamente, es importante mencionar que las tres primeras UPZ mencionadas, son las de mayor densidad poblacional. Con relación al área de ubicación de los colegios intervenidos el 91,6 % pertenecían al área rural y 8,4 al área rural.

La acción integrada Sintonizarte desarrolló los 5 componentes en la mayoría de las instituciones educativas intervenidas a excepción de los colegios Arborizadora Baja (UPZ Arborizadora), La Arabia (UPZ El Tesoro), Cundinamarca (UPZ Ismael Perdomo) y Rafael Uribe Uribe (UPZ Lucero), en el primer colegio mencionado de acuerdo a las necesidades de

la institución no se desarrolló el componente cuidarte y en los otros tres colegios el componente explorarte. Además es importante mencionar que en los Colegios Fanny Mikey, La Arabia y El Paraíso de Manuela Beltrán, los cuales están ubicados en las UPZ Lucero, El Tesoro y Jerusalén respectivamente, se identificó población con discapacidad, la cual requiere acompañamiento para generar un proceso de inclusión en la institución educativa mediante el componente cuidarte: padrinos y madrinas de la discapacidad (mapa 10).

A continuación se describen las acciones desarrolladas según la priorización de las situaciones o riesgos a intervenir de acuerdo a las unidades de análisis que se realizaron con las instituciones educativas. Respecto a los resultados obtenidos de los indicadores es importante aclarar que es de acuerdo a lo digitado y son datos preliminares.

Componente amarte

En este componente se intervienen problemáticas de salud sexual. En la respuesta (acciones) brindada desde el espacio fue necesario el desarrollo de dos fases, la primera fase incluye la articulación con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) y en la segunda fase incluye el trabajo con docentes, los grupos conversacionales con estudiantes y la socialización de la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad de Ciudad Bolívar fueron: situaciones de baja autoestima, dudas frente a la sexualidad e inicio temprano de la sexualidad (estas situaciones se identificaron como prioridad para todas las UPZ), otra problemática priorizada en la mayoría de los colegios intervenidos a excepción del colegio ubicado en UPZ Mochuelo fue embarazo en adolescentes. Las UPZ donde se identificaron más situaciones a intervenir fueron Lucero y Jerusalén. En la tabla se observa el consolidado de situaciones por UPZ.

El resultado obtenido de acuerdo al indicador: porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes, se observó que se encuentra registro de 114 pretest aplicados a los participantes, en el momento de la aplicación del posttest no asistieron 28, finalizado el proceso el 24.5 % tuvo modificaciones positivas entorno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes.

Tabla 69. Situaciones o riesgos a intervenir por el espacio educativo, según UPZ, localidad de Ciudad Bolívar, 2017

Situaciones o riesgos a intervenir	63. El Mochuelo	65. Arborizadora	66. San Francisco	67. Lucero	68. El Tesoro	69. Ismael Perdomo	70. Jerusalén
Inicio a temprana edad de relaciones afectivas (prácticas de riesgo en sexualidad).	X	X	X	X	X	X	X
Desconocimiento de cambios corporales.	X						
Dudas frente a la sexualidad.		X		X	X		X
Desconocimiento de métodos de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.			X	X	X		
Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, principalmente en el género femenino.				X	X		X
Debilidades en hábitos de cuidado personal.	X			X			
Embarazo adolescente.		X	X	X	X	X	X
Discriminación por la orientación sexual.		X				X	
Baja autoestima.		X	X	X			X
Debilidades en la prevención de abuso sexual				X			X
Debilidades en la prevención del sexting y control del uso adecuado de las redes sociales.			X				

Fuentes: Unidades de análisis de identificación de necesidades. Espacio educativo. Subred Sur. 2017

Componente cuidarte

En este componente se intervienen problemáticas relacionadas con salud oral, crecimiento y desarrollo y tiene como meta incrementar prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud en la institución educativa, así como el fortalecimiento de la práctica de higiene de manos.

La respuesta que se da desde este componente se desarrolla en dos fases. La primera fase contiene la gestión con la institución para propiciar prácticas saludables y el fortalecimiento de capacidades de los estudiantes del servicio social obligatorio. En la segunda fase se trabaja con docentes en temas relacionados con prácticas saludables, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes, se socializa la iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y se brinda asesoría a padres en temas relacionados con prácticas saludables.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad de Ciudad Bolívar fueron: inadecuados hábitos de salud oral (problemática que fue identificada en todas las UPZ), problemas y enfermedades bucodentales (UPZ Lucero y Tesoro), la necesidad implementar acciones de prevención en salud oral para la UPZ Jerusalén, falta de cultura del cuidado en salud oral en UPZ El Tesoro y falta de acompañamiento por parte de padres y madres para la adopción de prácticas de higiene oral e higiene corporal en UPZ Tesoro.

Con relación al resultado obtenido para el indicador de porcentaje de escolares con mejores prácticas en salud oral, en la localidad en el periodo de intervención de abril a septiembre, se realizó clasificación a 2208 estudiantes de los cuales se encuentran en riesgo 21.94 y como resultado de las acciones realizadas se encuentra que el 85,9 % (1.885 estudiantes) mejoraron las prácticas de salud oral.

Respecto a las acciones de padrinos y madrinas de la discapacidad en el periodo de agosto a diciembre en los 3 colegios donde se identificó población con discapacidad, se realizó la intervención a 22 niños con discapacidad y 22 padrinos y madrinas formados como facilitadores del sociocuidado.

En el colegio intervenido se conformó el grupo de facilitadores del socio-cuidado, explorando las competencias e intereses de apadrinamiento a personas con discapacidad y en habilidades para esta práctica. Las sesiones son direccionadas al desarrollo de competencias del saber-conocer, saber ser y saber convivir, saber-hacer, las cuales permiten la construcción y ejecución de manera conjunta del plan de acción según intereses y competencias identificados para apadrinar a la persona con discapacidad. Durante el proceso en la institución educativa se reconoció el compromiso por parte de docentes y

directivos para la fortalecer los procesos de inclusión y replicar las acciones realizadas a más estudiantes a través de propuesta preliminar de inclusión para el próximo año escolar del proyecto distantes y distintos.

Componente explorarte

Este componente aborda los problemas de salud ambiental y salud pública en emergencias y desastres, su objetivo es disminuir la presentación de los riesgos colectivos identificados que generan impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar. Las acciones desarrolladas comprenden la gestión con el PRAES, el trabajo con docentes, los grupos conversacionales con estudiantes, las jornadas de salud ambiental o 2 sesiones con estudiantes o docentes y la socialización iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y espacios socioculturales de la institución.

Las situaciones o riesgos que se espera intervenir para la localidad fueron: inadecuado manejo de residuos sólidos en la mayoría de los colegios de todas las UPZ intervenidas a excepción de la UPZ Arborizadora; en UPZ Mochuelo impacto ambiental por cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana; UPZ Arborizadora manejo inadecuado del agua; altos niveles de ruido en UPZ San Francisco, mal estado de las zonas verdes en UPZ Tesoro y Jerusalén, necesidad de capacitación en primer respondiente en UPZ San Francisco y necesidad de fortalecer procesos y acciones en emergencias y desastres en UPZ Jerusalén.

De acuerdo a la matriz de la política de salud ambiental, entre mayo a junio se identificaron 180 puntos críticos de los cuales se recuperaron 2 durante los meses de agosto a noviembre, logrando un 1 % de recuperación. Cabe resaltar, que los puntos críticos no recuperados, están relacionados con la infraestructura, contaminación y actividades económicas de la localidad que han generado impacto negativo en la población; es importante mencionar que estos factores no pueden ser recuperados en su totalidad solo a través de las acciones incluidas de la estrategia Sintonizarte componente explorarte.

Con el fin de promover y fortalecer la salud ambiental, al inicio de las acciones se realizó identificación de necesidades presentes en las instituciones educativas, identificando

inadecuada disposición de residuos, inadecuado uso de agua y luz, pocas o nulas acciones de reciclaje y no apropiación de la cultura de cuidado de la naturaleza.

Al realizar la identificación de puntos críticos se determinaron cuáles podrían ser modificados por los profesionales a cargo del componente explorarte, de esta manera las acciones con docentes y estudiantes, estuvieron encaminadas, no solo al fortalecimiento teórico sino a la recuperación de dichos puntos críticos identificados.

Componente disfrutarte

Este componente desarrolla los temas de seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. La respuesta se desarrolló dos fases, en la primera fase se encuentran las acciones de gestión en temas de alimentación saludable y actividad física, para la segunda fase se trabaja con docentes, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes y se socializa la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad son: mal nutrición y desnutrición en instituciones intervenidas en los colegios de las UPZ El Mochuelo, San Francisco y Lucero; falta de acciones para la promoción de la actividad física en UPZ Mochuelo, Arborizadora, San Francisco, Ismael Perdomo y Jerusalén; inadecuados hábitos alimentarios en UPZ Mochuelo, San Francisco, Lucero, Tesoro y Jerusalén; ventas ambulantes sin vigilancia de la autoridad sanitaria en UPZ Ismael Perdomo; no buen uso del refrigerio en las UPZ San Francisco y Jerusalén.

En la UPZ Jerusalén del periodo junio a noviembre de 2017 se encuentran sistematizados en bases de datos 42 pre test aplicados a los estudiantes de los colegios CEDID Ciudad Bolívar y Paraíso Manuela Beltrán participantes de los círculos conversacionales, en 41 de ellos se identifican evidencian hábitos y prácticas de autocuidado inadecuadas.

Al finalizar el proceso desarrollado desde el componente Disfrutarte, 3 estudiantes no asistieron a la sesión de aplicación del pos test y 37 lograron una modificación positiva en torno a las prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física representado en un 97.3 %.

Desde el componente Disfrutarte se abordaron temáticas relacionadas con hábitos de vida saludable, alimentación saludable y promoción de actividad física direccionadas a la sensibilización de la comunidad educativa, minimizando las problemáticas identificadas tales como malnutrición, oferta de alimentación no saludable y manejo inadecuado del tiempo libre.

Durante las acciones desarrolladas a través del eje de gestión con las instituciones educativas y sus directivos, se logró socializar en las tiendas escolares y directivos la resolución 2092 de 2015 por la cual se establece el funcionamiento de la tienda escolar, se evidencio el empoderamiento de las instituciones educativas frente al tema ofertando alimentos naturales. Así mismo se reconoció la importancia de la implementación del día saludable para la venta de preparaciones y alimentos naturales una vez por semana generando cambios a nivel institucional.

Se llevó a cabo asesorías técnicas con docentes ejecutando las temáticas de hábitos de vida saludable, pautas para mantener una alimentación saludable, la importancia de la actividad física para estar saludable, pautas de higiene postural, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y mayor control y organización para el consumo adecuado de refrigerios para los estudiantes. Se generó un proceso de articulación con los docentes del área de educación física para el fortalecimiento del componente Disfrutarte en las instituciones educativas a través de la promoción de actividades lúdicas para el manejo adecuado del tiempo libre, articulando ello con promoción de alimentación saludable y consumo de agua.

Componente acompañarte

El componente aborda problemáticas de salud mental, las acciones se desarrollan en dos fases. La primera fase incluye la convocatoria, conformación, fortalecimiento y seguimiento de grupo promotor de convivencia y la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales; en la segunda fase se desarrollan grupos conversacionales con docentes, padres y estudiantes, se realiza reunión de articulación de salud mental y se socializa la iniciativa comunicacional.

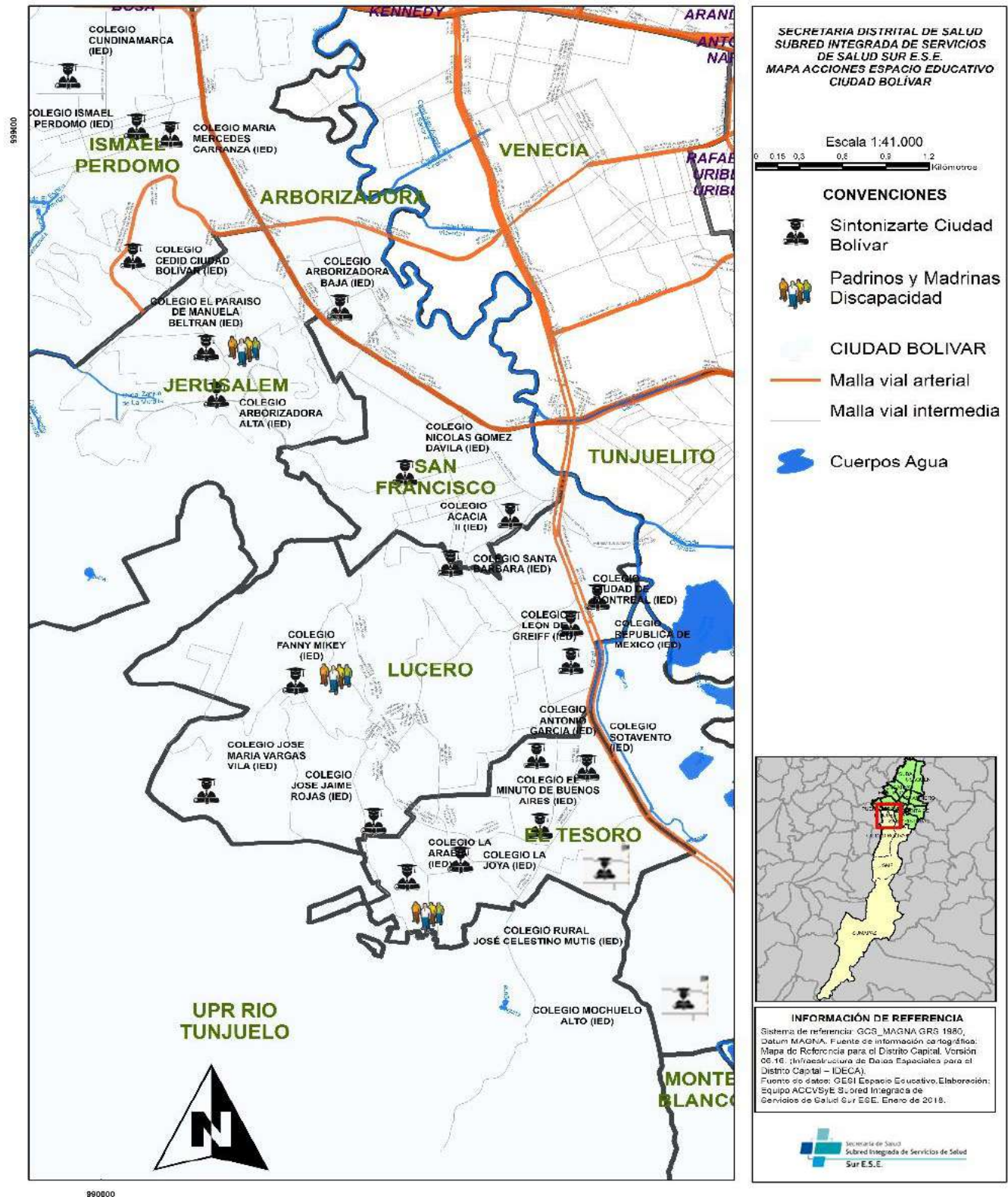
Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad de Ciudad Bolívar fueron: consumo de sustancias psicoactivas en la mayoría de las UPZ a excepción de UPZ Mochuelo, en UPZ Mochuelo, conflictos entre estudiantes, debilidades en el acompañamiento familiar de los estudiantes, conducta suicida, violencia intrafamiliar, pobre manejo de emociones y no resolución de conflictos en UPZ Tesoro, Lucero, San Francisco e Ismael Perdomo y Arborizadora, en la UPZ mencionada no se presentó conducta suicida.

Para el indicador de personas con modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental para la localidad en el periodo mayo a noviembre del 2017, se realizaron 706 pretest y 554 posttest a los estudiantes que participan en los círculos conversacionales.

Cabe resaltar que en el colegio CEDID Ciudad Bolívar, se presentaron varios casos de cutting y consumo de SPA, se realizó abordaje a estos casos interviniendo los cursos en los que cuales se presentaron de manera más frecuente los eventos, logrando acciones tendientes a la disminución y, posterior, eliminación de los casos identificados en la institución educativa. En la misma institución, se realizó trabajo con padres y madres de familia frente a pautas de crianza brindando herramientas para la promoción del buen trato y la eliminación de la violencia como mecanismo de crianza.

Dentro de las acciones realizadas con estudiantes, se realizó la aplicación de un pretest y posttest, el primero permite identificar los conocimientos previos de los estudiantes en el marco de las prácticas de salud mental, el segundo permite determinar las modificaciones frente a las creencias que los y las estudiantes tuvieron, con esto se identifican las modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental.

Mapa 13. Acciones Espacio Educativo, localidad Ciudad Bolívar, 2017



5.3. Espacio Público

Las acciones en el espacio público tienen como fin promover en las poblaciones prácticas saludables y de cuidado, que incidan en la reducción de los riesgos colectivos e individuales a través de acciones promocionales y de intercambio social y comunitario. Se encuentra estructurado por dos acciones integradoras como son gestión del riesgo en salud en el espacio público y comunidades promotoras y protectoras de la salud.

Acción integradora gestión del riesgo en salud en el espacio público

Esta acción integradora, comprende la identificación, planificación, implementación y evaluación de riesgo en salud, potenciando factores protectores con énfasis en la promoción de estilos saludables. Se implementa en los diferentes escenarios para la movilidad, el esparcimiento y la recreación y los entornos de los establecimientos abiertos al público.

Las acciones de gestión del riesgo se implementan a través de dos componentes: en el componente 1 se ubican constructores del espacio público, el cual desarrolla cuatro estrategias 1) Acciones itinerantes en el Espacio Público, 2) Cuídate y sé feliz; 3) Jornadas y 4) Caracterización y monitoreo del riesgo en salud.

Las Acciones itinerantes en el Espacio Público, son puestas en escena mediante técnicas de teatro callejero que buscan educar en prevención del riesgo y promoción de estilos de vida saludables con temáticas priorizadas, estas acciones se desarrollan en escenarios priorizados, como puntos críticos de accidentabilidad por movilidad, parques y entornos de establecimientos de consumo de alcohol y alimentos. En Ciudad Bolívar en el año 2017, se realizó educación a 14.534 personas (48,8 % hombres y 51,2 % mujeres) en temas de IRA, higiene de manos, consumo de tabaco, salud ambiental, salud al viajero, lactancia materna, seguridad vial, reto a la bici, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, vacunación, hábitos saludables, pólvora, alimentación saludable y consumo responsable de alcohol.

Con relación a la estrategia “Cuídate, Sé Feliz”, se realizan tamizajes de riesgo cardiovascular a personas que transitan por el espacio público se realizan actividades educativas en en prácticas de vida saludable (actividad física regular, reducción de

exposición al humo ambiental de tabaco, bebidas alcohólicas y el consumo de una alimentación sana, nutritiva y segura), que contribuyan a mejorar el estado de salud y a prevenir la aparición de enfermedades en la comunidad. En el periodo enero- diciembre 2017 la estrategia valoró a 8.443 personas; de los cuales el 29,9 % (2522) presentaron riesgo medio y el 1,6 % (134) riesgo alto. Dentro de las acciones de gestión se activó rutas de atención sectorial e intersectorial

La estrategia de caracterización y monitoreo del riesgo en salud, es una acción coordinada con el equipo de Vigilancia Comunitaria en Salud Pública, donde se realizan recorridos en barrios de UPZ priorizadas y puntos críticos identificados en la anterior vigencia, a fin de hacer recolección y análisis de información en campo de la percepción en salud del espacio público; este ejercicio se realiza a partir de dos enfoques; el primero es ambiental (evalúa aspectos de residuos sólidos en el barrio; riesgo de emergencias y desastres en el barrio y tenencia inadecuada de mascotas y riesgo de zoonosis en el barrio), el segundo enfoque es social (evalúa la percepción del funcionamiento de la prestación de servicios públicos en un barrio legalizado, el riesgo de violencia o de agresión interpersonal por condiciones del barrio y las barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio).

Para el periodo 2017 en Ciudad Bolívar se logró realizar recorrido en 29 barrios (UPZ Perdomo: 18 barrios y UPZ Tesoro:11 barrios), se identificó que el 13,8 % (4 barrios) presentaban riesgo alto caracterizado por zonas de deslizamiento o remoción en masa, asentamientos, donde la comunidad refiere no haber recibido capacitaciones relacionadas a preparación o respuesta ante emergencias. Algunos barrios no cuentan con dispositivos de alarmas, la mayoría no tiene identificados puntos de encuentro y desconocen las acciones del comité local de emergencias; de igual manera se identificó riesgo alto de electrocución, por la cercanía de cableado eléctrico a las viviendas de los barrios caracterizados. Otro factor es el servicio de alcantarillado óptimo, el cual presenta fallas en el drenaje de la red de aguas lluvia y no se realiza el mantenimiento de los mismos oportunamente, generando empozamientos de aguas lluvia y criadero de vectores.

Frente al manejo de residuos sólidos, se identificó ausencia de prácticas relacionadas con la separación en la fuente por parte de la comunidad. Esta problemática se incrementa con el

incumplimiento en el horario y días establecidos para la recolección de residuos sólidos en el barrio; asociado a ello el mal estado de las vías y su disposición en pendiente en algunos barrios caracterizados son barreras de acceso al servicio, por lo que la comunidad arroja todo tipo de residuos en las esquinas especialmente sobre andenes de las calles principales, generando problemáticas de acumulación de residuos sólidos (RCD, ordinarios, reciclables, voluminosos), facilitando la proliferación de roedores vectores y la presencia de olores ofensivos en el barrio.

El riesgo de eventos transmisibles de origen zoonótico (EToz) identificado en la localidad se relaciona con la tenencia inadecuada de mascotas y la reproducción masiva de caninos en abandono habitando el espacio público, lo cual contribuye a la acumulación de excretas en andenes y zonas verdes de la localidad poniendo en riesgo la salud de los habitantes al entrar en contacto elementos que facilitan la ocurrencia de enfermedades.

Frente al componente social, las situaciones de riesgo alto en salud están relacionadas con violencia o agresión interpersonal por la presencia de grupos delincuenciales o pandillas por lo general jóvenes desescolarizados y/o desempleados, con alto consumo de SPA, en puntos críticos de los barrios en su mayoría en parques de bolsillo y/o vecinales, y lotes abandonados, casi todos los barrios informan la falta de presencia de la policía para mitigar este riesgo.

En el componente 2: se trabaja el programa “VINCÚLATE” el cual comprende la implementación de la línea psicoactiva, servicios de orientación a jóvenes (SOJU) y servicios de acogida. La línea psicoactiva es una estrategia integral de salud mental no presencial dirigida a población en general con afectación en consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales que incluye servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento. Respecto a los servicios SOJU de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de sustancias psicoactivas; se desarrollaron acciones de tamizaje inicial por el perfil de trabajo social, psicología y terapia ocupacional, acciones colectivas y comunitarias en población con consumos iniciales (12 sesiones) y 5 seguimientos por profesionales (1 psicología, 1 trabajo social, 1 terapia ocupacional, 1 familia y 1 cierre), en la localidad de Ciudad Bolívar entre el periodo julio a

noviembre 2017 se realizó atención de seguimiento y cierre del proceso a 219 personas, de las cuales el 34,9 % lograron superar el consumo de SPA y un 71 % de la población mejoró su calidad de vida a partir de las intervenciones realizadas por la estrategia.

Los servicios de acogida son espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, a través de escucha activa, identificación temprana de riesgos en salud (sexual, salud reproductiva, salud mental y condiciones crónicas) asociados al consumo, intervenciones breves a través de entrevista motivacional y la canalización según las necesidades de la población en riesgo.

Se realizan actividades de enganche a través de recorridos de calle, se identifica el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral y en condiciones crónicas a partir del tamizaje en VIH, Sífilis, ASSIST, AUDIT y APGAR; de igual manera se desarrollan espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas y movilización de red de recursos institucionales y comunitarios; en la estrategia de intervención se realizan procesos de desarrollo institucional y comunitario para la prevención y mitigación del consumo nocivo de alcohol en articulación con la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia a través de la estrategia “Farra en la buena” y como cierre del proceso se evalúa y monitorean las acciones ejecutadas.

En Ciudad Bolívar en el periodo enero a diciembre 2017 se vincularon 392 personas as a la estrategia de servicios de acogida; de las cuales el 98 % presentó riesgo alto y medio de consumo SPA (riesgo alto 190 y riesgo medio: 195). Como acción de respuesta se realizaron 304 canalizaciones (activaciones de ruta) a diferentes servicios (salud y programas sociales); de las cuales el 100 % presentan seguimiento en el proceso.

Acción integradora comunidades promotoras y protectoras de la salud

Esta acción tiene como propósito apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población.

A través del componente grupos comunitarios con iniciativas concertadas, implementadas y evaluadas, líderes comunitarios y cuidadoras (es) promueven y orientan prácticas saludables

y el ejercicio de los derechos en salud para participar en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en la detección temprana de alteraciones de la salud relacionados con acciones de interés en salud pública. El desarrollo del proceso parte del reconocimiento de grupos y organizaciones comunitarias, identificación de necesidades en la comunidad y/o poblaciones; establecimiento de plan de trabajo con iniciativa a implementar y evaluación del proceso.

Para el periodo enero a diciembre del 2017 en Ciudad Bolívar, se intervino en 58 grupos comunitarios, los cuales implementaron iniciativas comunitarias, con una cobertura de 1.557 personas, de las cuales el 51,7 % de las personas fueron adherentes al proceso de iniciativas comunitarias.

Tabla 70. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención, localidad de Ciudad Bolívar, enero a diciembre 2017

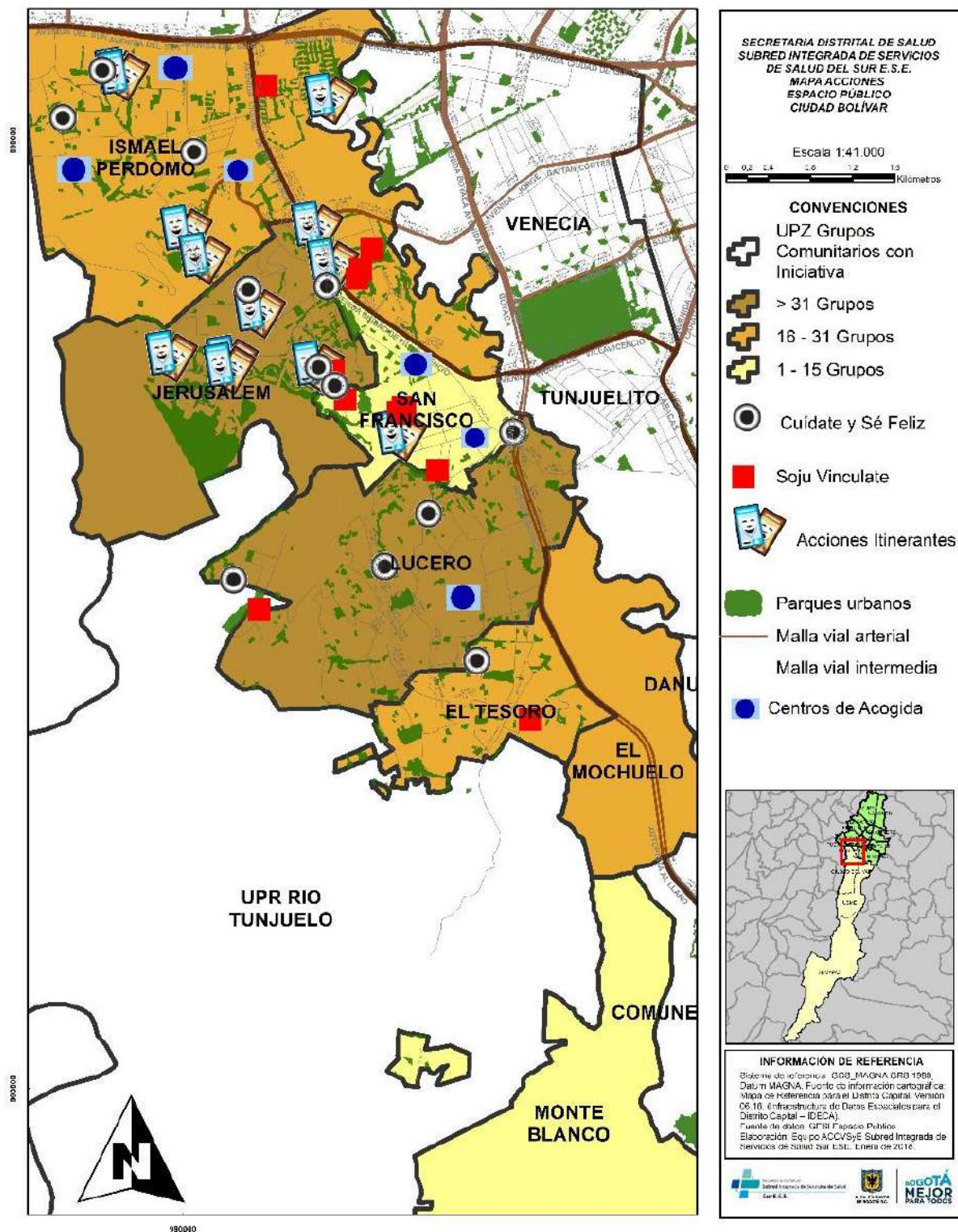
Estrategia o línea de intervención	Total iniciativas	Población cubierta
Rehabilitación Basada en Comunidad	2	37
Salud Mental Comunitaria	6	181
Salud Ambiental	6	90
Barras futboleras	2	18
Salud Oral	5	155
Transmisibles	6	258
Derechos Sexuales y Reproductivos	3	77
Alimentación Saludable	2	32
Curso de vida - Persona Mayor	4	123
Curso de vida - Juventud	2	20
AEIPI Comunitario	4	68
Estrategia Poblacional (LGBTI y habitante de calle)	16	498

Fuente tablero de control de grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención Espacio público, localidad de Ciudad Bolívar, enero a diciembre 2017.

El mapa de acciones del espacio público en la localidad de Ciudad Bolívar, permite reconocer una distribución relativamente homogénea de todas las acciones del espacio público en las UPZ Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco y Lucero, estas UPZ presentan la mayor densidad poblacional, se ubican las principales vías de comunicación más importantes de la localidad como la autopista Sur. Av. Boyacá y Av. Villavicencio, tienen mayor concentración de escenarios deportivos y de esparcimiento, oferta institucional y programas de apoyo no gubernamental.

En contraste se encuentran las UPZ Monte Blanco, Mochuelo y UPR Rio Tunjuelo donde las actividades que se desarrollan son pocas relacionadas con la baja densidad poblacional que allí se asienta, por ello se observa que la estrategia Cuídate y Sé Feliz se implementó en el centro poblado de Quiba y Mochuelo.

Mapa 14. Acciones espacio público, localidad de Ciudad Bolívar, 2017



Fuente: Tableros de Control y sistemas de Información Espacio Público Enero- Diciembre 2017

5.4. Espacio trabajo

El propósito del proceso desarrollado en el espacio trabajo es contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes; además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora.

Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos en los cuales sobresalen los químicos, derivados del contacto con sustancias peligrosas en actividades económicas como salas de belleza (tintes y queratinas), talleres de mecánica, ornamentación, carpinterías, talleres de latonería y pintura. Otros riesgos se relacionan con actividades económicas de mediano impacto como restaurantes, panaderías, peluquerías (cepillado, manicura, pedicura, corte de cabello), arreglo de calzado, confecciones, cafeterías, fruterías se relacionan con riesgos por posturas mantenidas y prolongadas, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal y cambios bruscos de temperatura y radiación no ionizante. Los riesgos mencionados afectan también a los niños, niñas y adolescentes trabajadores con una clara vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación generada por el desarrollo de actividades laborales desde temprana edad.

Acción integrada 1: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”.

El principal propósito es la desvinculación de las peores formas de trabajo de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes; esta acciones se desarrolla a través de diferentes actividades para el cumplimiento del objetivo propuesto.

- Identificación y caracterización del perfil del riesgo de los niños, niñas y adolescentes trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial y, por otros espacios y procesos.
- Acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y sus familias para el reconocimiento y definición de roles a través de habilidades para la vida.
- Seguimiento y cierre del proceso de desvinculación de niños, niñas y adolescentes trabajadores o promoción del trabajo adolescente protegido.
- Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.

Para el desarrollo de las acciones con niños y niñas trabajadores se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral. Con relación a niños y niñas el proceso cuenta con una duración de 4 meses, incluyendo la caracterización realizada por el tecnólogo en salud ocupacional y el trabajador social, mediante búsqueda activa en unidades de trabajo informal en zonas de riesgo, seguimiento al plan de trabajo en el marco de 10 habilidades para la vida y cierre desarrollada por el trabajador social. En adolescentes, el proceso cuenta con la misma duración y se enfoca igualmente en el marco de 10 habilidades para la vida; la búsqueda activa y caracterización se realiza por el tecnólogo en salud ocupacional, el primer y segundo acompañamiento por psicólogo, un tercer acompañamiento nuevamente por tecnólogo y el cierre por parte de psicología, esta actividad cuenta con una visita adicional por parte del perfil de enfermería, enfocada a la prevención de condiciones crónicas, hábitos de vida saludables y salud sexual y reproductiva, dicho acompañamiento no cuenta con una periodicidad específica y debe realizarse posterior al primer acompañamiento y antes del cierre del caso.

Con relación al desarrollo de actividades colectivas se realiza la búsqueda de grupos de 10 niños, niñas o adolescentes que se encuentran en riesgo de trabajo infantil, ubicados en zonas de alta concentración, la cual cuenta con una única sesión colectiva donde se desarrolla una temática relacionada con 10 habilidades para la vida, según la necesidad identificada en el grupo.

Tabla 73 Indicadores respuesta integrada de Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”, localidad de Ciudad Bolívar, abril a diciembre 2017

Indicador	NNA abordados	NNA desvinculados	Resultado %
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	606	197	32.5
Porcentaje de niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	424	124	29.2
Porcentaje de adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	182	73	40.1

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur ESE., abril – diciembre 2017.

En la localidad de Ciudad Bolívar se puede observar una desvinculación general del trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes de un 32,5 %; al discriminar entre grupos se puede observar una mayor efectividad en adolescentes, en comparación con niños y niñas, aunque este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones ya mencionadas. Es importante indicar que de los 73 adolescentes registrados el 78,1 % (57 casos) se encuentran desvinculados del trabajo y el restante 21,9 % (16 casos), se encuentran bajo la condición de trabajo protegido.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

En primera instancia es importante describir los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los niños, niñas y adolescentes trabajadores, incluyendo: exposición a ruido, temperaturas extremas, inhalación de polvos orgánicos e inorgánicos, movilización de cargas, tareas con movimientos repetitivos, posturas prolongadas, trabajo monótono, riesgo locativo por condiciones de almacenamiento, riesgo de ser víctima de hechos de violencia, abuso, consumo de SPA, vinculación de en grupos ilegales, entre otros.

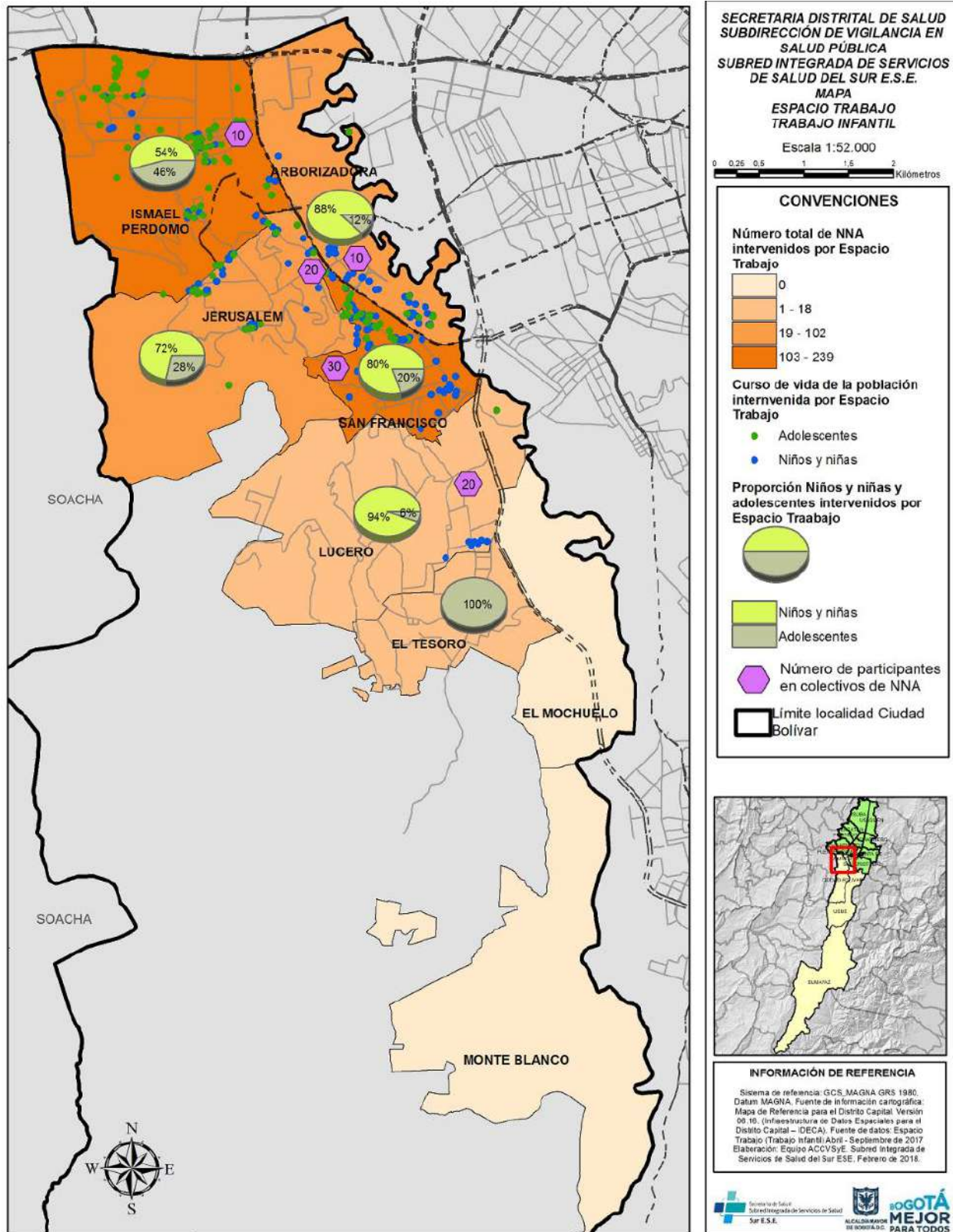
Se realizó orientación en 10 habilidades para la vida (autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones, manejo de estrés), además de trabajo en definición de roles para la garantía y restitución de derechos, pautas de crianza para padres y/o cuidadores, desarrollo integral de niños niñas y adolescentes, proyecto de vida. Para los adolescentes se realiza adicionalmente abordaje desde el perfil de enfermería, enfocado en hábitos de vida saludables y por perfil de tecnólogo en salud ocupacional, se realiza la socialización de riesgos para la salud y las medidas de intervención para trabajo protegido.

Se observa una dificultad en el acceso en actividades para el adecuado manejo del tiempo libre por contar con una baja oferta interinstitucional por diferentes factores, además de que las alternativas no siempre cuentan con la adherencia esperada. De igual forma el hecho de no contar con el número necesario de lugares recreativos generando que las activaciones de ruta intersectorial sean poco efectivas en comparación con la demanda. Cabe resaltar que por gestión de algunos padres de familia o cuidadores, así como la gestión del profesional social se logró vincular un porcentaje de niños en actividades para el adecuado uso de su tiempo libre como escuelas deportivas y actividades culturales en iglesias o en sus propios colegios.

Se logró desvinculación en adolescentes principalmente por intervención y sensibilización de los profesionales en psicología, enfermería y salud ocupacional, en temas de habilidades para la vida, promoción y prevención en salud riesgos laborales que afectan su salud y desarrollo integral, así como la realización de jornadas continuas, vinculación con el SENA, y actividades de tiempo libre en recreación, deporte y cultura con pares y familia para fortalecer redes de apoyo. Se trabajó igualmente en la condición de trabajo protegido en adolescentes al cumplir con las condiciones requeridas. Se identificó que la decisión de trabajar por estos jóvenes está relacionada principalmente con necesidades económicas en el hogar y la decisión personal de hacerlo por acceder a bienes y servicios.

Se realizaron activaciones de ruta de atención integral en salud para los niños y niñas que se encuentran sin aseguramiento en salud y/o sin controles de crecimiento y desarrollo y sin control de médico general.

Mapa 15. Niños, niñas y adolescentes en las peores formas de trabajo infantil intervenidas, espacio trabajo, localidad de Ciudad Bolívar, abril – Diciembre 2017



Comportamiento espacial de las intervenciones en NNA de espacio trabajo en la localidad de Ciudad Bolívar

La distribución espacial de los NNA intervenidos por el Espacio Trabajo en la localidad de Ciudad Bolívar a escala de UPZ permite identificar que en Ismael Perdomo, San Francisco y Jerusalén se concentra el 83 % de las actividades (mapa 12). Una característica común a estas UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa, en donde la población infantil y adolescente se vincula a las actividades productivas para complementar los ingresos de carácter familiar y satisfacer necesidades básicas de alimentación y vivienda, además se considera que en el territorio se presentan inadecuados hábitos de alimentación, baja adherencia a programas de salud preventiva y promocional y redes de apoyo débiles en pro de la desvinculación del trabajo infantil y el trabajo adolescente protegido, lo que aumenta en riesgo de presentar un proceso salud-enfermedad e impactar en otras dimensiones de desarrollo personal como puede ser el aprendizaje, el aprovechamiento del tiempo libre y el descanso.

Estas intervenciones se realizan en los barrios en donde aparecen pequeñas centralidades comerciales como lo son La Estancia, Perdomo Alto, Las Brisas, Arborizadora Alta, Candelaria la Nueva, Las Acacias, El Chircal Sur, Quintas del Sur y la Alameda. El Espacio trabajo ha desarrollado cinco colectivos de NNA, concentrando población en los sectores más vulnerables a la situación de niños, niñas y adolescentes trabajadores en San Francisco, Candelaria la Nueva, Perdomo Alto, Plaza La Coruña y Plaza Los Luceros.

Acción integrada 2: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud

El principal propósito de esta acción es contribuir a la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía en el Distrito Capital, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.

Esta acción integrada desarrolla seis productos denominados: UTI (Unidades de trabajo informal) de alto impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; UTI de mediano impacto con estrategia de entornos

laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; grupos organizados de trabajadores informales (GOTIS); Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas media y baja concentración. Para el desarrollo de estos productos se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral, incluyendo: tecnólogo en salud ocupacional, especialista en salud ocupacional, profesional en psicología, trabajo social y enfermería, además de una auxiliar en enfermería.

Se da inicio con el proceso de caracterización es cual es realizado por el tecnólogo en salud ocupacional, continuando con el despliegue del plan de trabajo por parte del especialista en salud ocupación lo que incluye un seguimiento adicional por parte del perfil de psicología o enfermería según la necesidad identificada en la unidad. Por otra parte las UTI de mediano impacto inician proceso y lo terminan el tecnólogo en salud ocupacional, ambos procesos cuentan con una duración de 4 meses para su ejecución.

El orden de las actividades a realizar:

- Motivación, caracterización y concertación del plan de trabajo en nuevas Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.
- Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTI de alto y mediano impacto, a través de la implementación del plan de trabajo de cada UTI.
- Seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la estrategia entornos laboralmente saludables en Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.

Los GOTIS se enfocan en la promoción del derecho y de las garantías sociales y de salud inherentes al trabajo para prevenir daños a la vida y salud de los trabajadores de la economía informal, con énfasis en UTI de bajo impacto dado que son trabajadores que requieren mejorar sus condiciones de salud y no cuentan con una unidad de trabajo fija. Las acciones se orientan a los trabajadores en la protección de la salud en el trabajo y desarrollo del decálogo para el fomento de una cultura preventiva y la formación en deberes y derechos

en el Sistema de Riesgos Laborales, condiciones crónicas, calidad y cantidad de sueño entre otros. Este proceso dura 1 mes, incluyendo 4 sesiones con el grupo establecido.

Los centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas de media y baja concentración, busca promover las prácticas saludables en personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución, incluyendo acciones como: la escucha activa, los recorridos de calle, actividades lúdicas pedagógicas, tamizaje y asesoría en VIH y Sífilis, seguimiento de casos con activación de rutas, fortalecimiento de redes y asesoría psicosocial, tomando como base la solicitud de la Corte Constitucional frente a la Resolución 518 del 2015 y la Sentencia T594 del 2016, donde se plantea la necesidad de legalizar dicha actividad.

Los indicadores que miden esta respuesta son:

Tabla 71. Indicadores respuesta integrada de estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Ciudad Bolívar, abril a diciembre 2017

Indicador	UTI abordados	UTI mejoras > 75%	Resultado %	Trabajadores abordados
Porcentaje de UTIS de alto y medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	1246	348	27.9	1932
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	518	169	32.6	726
Porcentaje de UTIS de medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	728	179	24.6	1206

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur ESE, abril – diciembre 2017.

Se observa que se cuenta una mayor efectividad de la estrategia en las UTI de alto impacto en la localidad, aunque nuevamente este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones; adicionalmente se observa que se aborda una mayor cantidad de personas en las UTI de mediano impacto, generando una afectación positiva en los trabajadores de la localidad.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

Los trabajadores informales han adaptado las recomendaciones en cuanto el manejo de temperaturas con hidratación constante y garantizando ventilación natural con la apertura de puertas o ventanas mientras desarrollan la tarea. Frente a las recomendaciones en el riesgo biomecánico en su mayoría, muestran interés en la ejecución de las pausas activas brindadas durante las asesorías.

Las unidades de trabajo que muestran mayor compromiso frente a las recomendaciones y que mejor calificación han obtenido son las salas de belleza, en las cuales se implementan acciones incluidas en el plan de trabajo mostrando receptividad y respondiendo de manera satisfactoria al proceso y al mantenimiento y mejora continua de las actividades en su unidad de trabajo con el objeto de controlar condiciones de riesgo y prevenir eventos como accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Las unidades de trabajo que no han logrado avances en su calificación, se debe a la falta de interés y compromiso, ocasionalmente reciben los acompañamientos bajo presión por la multiplicidad de tareas, bajas ventas.

Dentro de la localidad se encuentra diversidad de estratos económicos por lo que se observa que en las zonas con mayor vulnerabilidad no se implementa el uso adecuado de los elementos de protección personal, pero en sectores menos vulnerables, se logra el cumplimiento frente a recomendaciones dadas, al igual que la mejora frente a orden, limpieza y aseo de la unidad de trabajo.

En cuanto las UTI de mediano impacto se evidencia que los trabajadores son receptivos al uso de elementos de protección personal, autocuidado, áreas de trabajo desinfectado, limpio

y despejado, recuerdan con claridad y aplican las recomendaciones dadas sobre el adecuado movimiento de cargas, posturas adecuadas para el levantamiento de las mismas, establecen tiempos para realizar rutinas de pausas activas, entre otros, lo que permite disminuir la incidencia de enfermedades y accidentes por las actividades laborales desempeñadas en la unidad de trabajo, logrando mejoras en la parte locativa de cada unidad de trabajo informal.

Comportamiento espacial de las intervenciones en UTI de espacio trabajo en la localidad de Ciudad Bolívar

La distribución espacial de las UTI intervenidas por el Espacio Trabajo en la localidad de Ciudad Bolívar a escala de UPZ, permite identificar que en Ismael Perdomo, San Francisco, Lucero y Jerusalén se concentra el 86 % de las actividades. Una característica común a estas UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa, y en donde la población infantil y adolescente se vincula a las actividades productivas, y su conducente establecimiento en el territorio de actividades productivas de poca calificación y pequeña escala, en la unidad familiar o de carácter individual, principalmente en los nodos de comercio de escala zonal (mapa 13).

En la UPZ Ismael Perdomo se concentran el 31 % de las intervenciones a UTI, las cuales se desarrollan en el sector del área de influencia de la CL 63 SUR entre la avenida Villavicencio (AV KR 70 C) y KR 73, agrupando barrios Ismael Perdomo Alto y El Ensueño, en donde el poco espacio público se ve afectado por la presencia de comercio de tipo informal, impulsado por la necesidad de la población más vulnerable de la UPZ de obtener algún tipo de recurso para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y vivienda. También las actividades del Espacio Trabajo en UTIS en la UPZ Ismael Perdomo se concentran en el sector de La Estancia, en cercanías a la autopista Sur entre TV 73B y KR 76 en donde las principales actividades productivas están en las peluquerías y salones de belleza, comercio al por menor de artículos de ferretería, elaboración de productos de panadería y expendio a la mesa de comidas preparadas. De todas las actividades productivas que ponen en riesgo la salud de la población identificada por Espacio Trabajo en esta UPZ, el 51 % son UTI de alto impacto, lo que indica que existe un riesgo químico en los lugares en donde se desarrollan las actividades productivas y son de interés para la gestión del riesgo en salud por su grado de afectación. Esta UPZ se caracteriza por que presentar bajos niveles socioeconómicos, cerca del 95 % de la población residente se localiza en estrato 1 y 2, que junto con la recepción continúa de población desplazada generan un contexto de escasos y competencia frente a las oportunidades laborales de tipo formal, de forma que las respuestas a las necesidades en términos productivos las asume la población de manera autónoma e informal.

En la UPZ San Francisco, territorio en donde el 99 % de la población es de estrato 1 y 2 y donde el 80 % de los establecimientos vigilados presentan concepto sanitario desfavorable, se concentra el 21 % de las intervenciones de UTI en los sectores comerciales del área de influencia del eje comercial de la vía principal de la CL 64 SUR y KR 19D en donde también predominan las peluquerías y salones de belleza, expendio de comidas preparadas y comercio al por menor de artículos de ferretería, de las cuales el 45 % son UTI de alto impacto.

En la UPZ Lucero existen dos sectores en donde el Espacio Trabajo concentra sus intervenciones; el primero agrupa los barrios La Estrella Sur, Naciones Unidas y San Rafael; el segundo sector de intervención en la UPZ Lucero agrupa los barrios de Paraíso, Bella Flor y Mirador, en donde el 99 % de las actividades se clasifican como de mediano impacto. Para la UPZ Jerusalén se intervienen las UTI en el eje de la KR 45, KR 46, CLL 73 SUR, CLL 75 SUR y TV 49B, agrupando los sectores de Jerusalén, La Pradera y Las Brisas, con el 70 % de UTI de alto impacto, siendo un territorio en donde predominan situaciones que afectan la convivencia social y ciudadana y en la cual se recibe población desplazada que compite en el territorio por la obtención de recursos.

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

6.1. Descripción de la metodología

En el proceso de análisis y síntesis de la información del documento de ACCVSyE, se adapta la metodología BIT PASE para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, esto permite el reconocimiento del territorio en conjunto con las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas; además permite generar una configuración actual y deseada del territorio, un análisis integral y la síntesis de la información. Para tal fin, se planeó un proceso que integra sintéticamente los capítulos que conforman el documento a partir de un proceso que articula los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio, con los análisis de los capítulos 1,2, 3 y 4.
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio con el capítulo 5.
- Transformación esperada de ejes estructurante y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategias.

Los pasos a seguir para el análisis y síntesis de la información implica los siguientes pasos:

1. Identificación de tensiones y vínculos presentes en los territorios para asociarlos a los eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, complementados para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
2. Empleando los mapas de riesgo realizados en el capítulo 1 e integrando los procesos de análisis del capítulo 2, 3 y 4, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
3. En unidades de análisis se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos y realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones, se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos

sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.

5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.

9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas, a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.

6.2 Nodos

En el proceso de caracterización del estado actual del territorio y la configuración de nodos se realiza a través de 3 etapas o momentos: identificar, comprender y responder. El primer momento implica la identificación de tensiones y la interacción de estas en las dimensiones del desarrollo. El segundo momento, requiere diagnosticar el territorio para reconocer el por qué aparecen las tensiones y finalmente el tercer momento, requiere proponer un estado deseado del territorio.

6.2.1. Momento de identificar

Este momento implica el reconocimiento del territorio el cual se realiza por medio del análisis de la información de los capítulos 1, 2 y 3, la información resultante de los recorridos territoriales y la información de las EAT. Posteriormente, se diseña y diligencia matriz de tensiones con información demográfica, ambiental, social y económica, se definen reforzadores, liberadores y las implicaciones de estas situaciones si no se realizan acciones para mitigar o disminuir el impacto en la población.

Para la identificación de tensiones se realizaron dos sesiones de priorización y desarrollo de tensiones, en las cuales participaron profesionales de los componentes, espacios y

programas de la subred: Gobernanza, Espacios de Vida Cotidiana, Vigilancia en Salud Pública, Programas y PyD, Gestión del Riesgo en Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas, dando como resultado la definición de tensiones locales, análisis de las dimensiones del desarrollo por momentos de curso de vida para la configuración de nodos, desarrollo de propuestas de intervención e identificación de responsables de las mismas, este proceso permitía la discusión y planteamiento de las temáticas en espacios intersectoriales para el posicionamiento de las acciones y el desarrollo de las agendas locales. El resultado de estas sesiones fue la definición de 16 tensiones en salud a las cuales se les realiza análisis integral con información recabada por los mismos actores que participan en la priorización.

Tabla 72. Resumen matriz de tensiones

Ciudad Bolívar		
Momento de curso de vida	Tensión	Valoración final - No Tensión
Niñez	Caries	1
Niñez	Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Neumonía	2
Niñez	Maltrato Infantil	3
Niñez	Trabajo Infantil	4
Niñez	Mortalidad Perinatal	5
Niñez	Desnutrición Global	6
Niñez	Sífilis Congénita	7
Adolescencia	Conducta Suicida en Adolescencia	8
Adolescencia	Embarazo en Adolescentes	9
Adolescencia - Juventud	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	10
Adolescencia	Adolescente Trabajador en Condiciones No Seguras	11
Juventud	Violencia de Género	12
Juventud	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	13
Juventud	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	14
Adulthood- Vejez	Condiciones Crónicas	15
Transversal	Riesgo Psicosocial	16

Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSyE, Tabla resumen Tensiones Ciudad Bolívar. 2017

Como parte del proceso de análisis se realizó una revisión de los factores determinantes de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, a partir de la identificación de desigualdades presentes en la localidad respecto al contexto distrital. Para esto, se emplean estratificadores sociales que permiten realizar comparaciones entre las diferentes localidades de Bogotá, a partir de las variables del índice de condiciones de vida (acumulación de capital humano, capital social básico, acumulación colectiva de bienes y acumulación individual de bienes culturales), la asistencia escolar en personas de 18 a 25 años y el ingreso per cápita.

La comparación distrital de estas variables, y a partir de la metodología empleada por Secretaría de Salud de Bogotá, permitió agrupar a las localidades en terciles de localidades menos aventajadas, localidades de nivel medio y localidades más aventajadas. A partir de esta categorización, se realizan análisis que permitan establecer relaciones entre las condiciones de vida y los eventos en salud presentes en los territorios. Para el análisis de estas variables, se empleó como fuentes de información la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, Secretaría Distrital de Educación, y resultados de la Encuesta SISBEN III. Agrupación de localidades en terciles según estratificadores sociales

A continuación se presentan las localidades que hacen parte de los terciles menos aventajados, en nivel medio y más aventajados para los años 2011 y 2014, según los estratificadores sociales ICV y asistencia escolar en personas de 18-25 años; de este ejercicio se excluyeron los datos correspondientes a la localidad de Sumapaz, que en su mayoría corresponde a una localidad rural y que en muchos casos, el indicador de salud para dicha localidad es 0 y en otros, el indicador es muy elevado por efecto del bajo valor del denominador.

En primer lugar, el índice de condiciones de vida, incluye los siguientes factores para su análisis:

- **Acumulación de capital humano.** Se mide por los niveles de escolaridad en el núcleo familiar. Como variables se utiliza el número de años de educación alcanzados por el jefe del hogar, la escolaridad promedio de las personas de 12 y más años, la proporción de jóvenes entre 12 y 18 años que asisten a secundaria o a la universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo.

- **Capital social básico.** Se mide por la composición del hogar. Como variables se utiliza la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles.
- **Acumulación colectiva de bienes.** Hace referencia a la infraestructura de servicios públicos. Se mide por el acceso y la calidad de los servicios. Como variables se utilizan la disponibilidad y características de los servicios sanitarios, fuentes de agua para consumo humano, el combustible utilizado para cocinar y el sistema de recolección de basuras.
- **Acumulación individual de bienes materiales.** Se mide por la calidad de la vivienda. Como variables se utiliza la calidad del material de los pisos y las paredes en las viviendas. (Veeduría Distrital, 2011).

Como se observa a continuación, la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con uno de los datos más bajos en cuanto ICV, ubicándola en el grupo de localidades menos aventajadas en los años 2011 y 2014, con datos muy lejanos a los vistos en las zonas más aventajadas, especialmente con localidades como: Usaquén, Chapinero y Teusaquillo.

Tabla 73. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Estratificador de equidad - ICV	Tercil	Localidad	Estratificador de equidad – ICV
Menos aventajados	Usme	82,3	Menos aventajados	Ciudad Bolívar	87,6
	Ciudad Bolívar	86,9		Usme	88,3
	Bosa	88,1		Santafé	89,1
	San Cristóbal	88,3		Bosa	89,2
	Rafael Uribe	89,1		San Cristóbal	89,3
	Tunjuelito	90,0		Rafael Uribe	90,0
Nivel medio	Santafé	90,9	Nivel medio	Tunjuelito	90,7

	Kennedy	91,0		Candelaria	91,1
	Mártires	91,7		Antonio Nariño	91,8
	Antonio Nariño	92,2		Kennedy	91,8
	Candelaria	92,2		Mártires	91,9
	Engativá	93,0		Fontibón	93,2
	Suba	93,0		Suba	93,2
Más aventajados	Puente Aranda	93,6	Más aventajados	Usaquén	93,5
	Fontibón	93,8		Puente Aranda	93,6
	Barrios Unidos	94,2		Engativá	93,8
	Usaquén	95,4		Barrios Unidos	95,0
	Teusaquillo	97,0		Chapinero	96,9
	Chapinero	97,5		Teusaquillo	97,1
	Bogotá	91.5		Bogotá	92.2

Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS.

Como se ha mencionado anteriormente Ciudad Bolívar evidencia dificultades relacionadas con acceso a la educación en especial superior, sea técnica o profesional en especial, en los momentos del curso de vida adultez y persona mayor, aunque en la adolescencia y juventud, se ve afectado por la oferta educativa, los costos de acceso, las necesidades económicas y el interés por la formación. Lo anterior afecta directamente la calidad de vida, el acceso a empleo bien pago, apoyo al núcleo familiar y la valoración de la importancia de la educación para los miembros de la familia, así como una posición crítica ante la información suministrada, el proyecto de vida y un sinnúmero de factores adicionales.

Las localidades menos aventajadas cuentan con una composición familiar extensa en mayor proporción que las más aventajadas, al igual que un mayor número de personas que la conforman los tipos de familia y una mayor cantidad de población de niños y jóvenes, factores que se relacionan con una mayor dificultad para satisfacer las necesidades básicas,

acceso a la educación, trabajo formal y mejor pago, movilidad, opciones de manejo del tiempo libre, alimentación, esparcimiento, acceso a bienes y servicios y demás factores necesarios.

Para finalizar, las localidades menos aventajadas cuentan con una menor oferta en salud, en especial los relacionados con el acceso a servicios especializados, más aun con la población perteneciente al régimen contributivo, quien en su mayoría acceden al salario mínimo, con horarios fijos y quienes deben recorrer grandes distancias para acceder a los servicios requeridos, además de los trámites correspondientes. Lo anterior genera altos gastos económicos y de tiempo, afectando la calidad de vida, a esto se suma una reducida oferta de servicios de transporte público, con mayor porcentaje de vías en mal o regular estado, así como una menor posibilidad de acceso a vehículo propio en comparación con las localidades más aventajadas.

En segundo lugar se toma la asistencia escolar en personas de 18 a 25:

Para este indicador se toma como fuente el DANE con la Encuesta Multipropósito, la cual registra la tasa de asistencia escolar para las edades en mención, en la cual se refleja la participación de la población a la educación superior. Es importante mencionar que el estrato socioeconómico se relaciona con el acceso a la educación, es así que los estratos 1 y 2 están por debajo de la tasa promedio de la ciudad, en comparación las tasas de los estratos 3, 4, 5 y 6, las cuales se ubican por encima de la tasa promedio de la ciudad.

Como ya se mencionó previamente, la localidad de Ciudad Bolívar, además de contar con la inmensa mayoría de viviendas estratos 1 y 2 (el estrato 3 presenta una baja proporción en la localidad), sumado a una pequeña proporción de estrato 3, presenta la segunda tasa de absorción más baja en Bogotá, solamente superado por Sumapaz, localidad que debido a su carácter rural y baja población no es comparable. En consecuencia, Ciudad Bolívar se ubica como la localidad con menor porcentaje de absorción a la educación superior en el distrito, por debajo del dato promedio de la ciudad y muy lejano de localidades más aventajadas como Teusaquillo y Usaquén.

Tabla 74. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 - 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 25 años	Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 25 años
		(Estratificador de equidad)			(Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Usme	23,4	Menos aventajados	Usme	23,8
	Ciudad Bolívar	24,3		Ciudad Bolívar	25,6
	Bosa	26,2		Santa Fe	34,3
	San Cristóbal	33,9		San Cristóbal	34,7
	Rafael Uribe Uribe	33,9		Rafael Uribe Uribe	35,2
	Tunjuelito	38,6		Bosa	35,4
Nivel medio	Santa Fe	38,6	Nivel medio	Tunjuelito	38,9
	Kennedy	39,5		Los Mártires	39,1
	Los Mártires	42,4		Kennedy	41,7
	Antonio Nariño	45,5		Antonio Nariño	42,4
	Suba	47		Suba	44,2
	Engativá	49		Fontibón	49,8
	Puente Aranda	49,8		Engativá	51,9
Más aventajados	Barrios Unidos	51,3	Más aventajados	Puente Aranda	52,1
	La Candelaria	52,5		Usaquén	55,3
	Fontibón	52,5		La Candelaria	56,5
	Usaquén	58,9		Barrios Unidos	57,1
	Chapinero	66		Chapinero	61,7
	Teusaquillo	73,6		Teusaquillo	70,6
	Bogotá	41,5		Bogotá	42,2

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014

Lo anterior se correlaciona con la información registrada en la anterior tabla, donde se observa las diferencias, siendo Ciudad Bolívar la localidad con los segundos datos más negativos de la ciudad en los 2 años analizados, muy alejado de lo registrado en localidades con mejores condiciones en el distrito; en otras palabras por cada joven de Ciudad Bolívar que accede a la educación superior en dichas edades lo hacen 3 jóvenes de Teusaquillo o 2 jóvenes de localidades igualmente aventajadas como Chapinero, Barrios Unidos, Usaquén e incluso localidades en nivel medio como Engativá, Fontibón y Suba.

Lo anterior se relaciona directamente con la dificultad o imposibilidad de generar un mejoramiento de la calidad de vida permitiendo que se mantengan condiciones de vida negativas o perjudiciales para la comunidad, como la pobreza, la violencia e inequidad ya presente en el territorio y descrito anteriormente.

Por último, el ingreso per cápita:

El ingreso per cápita o renta per cápita, como también se lo denomina, es el concepto que denomina a aquella variable económica que indica la relación que existe entre el Producto Bruto Interno (PBI) y la cantidad de habitantes de una nación. A instancias de la macroeconomía, el PIB es una medida que expresa el valor monetario de la demanda final en lo que respecta a la producción de bienes y de servicios, en una región o país, durante un lapso de tiempo determinado, que normalmente es de un año. Cabe destacar que al PIB se utiliza para tener una noción de la medida del bienestar material presente en una sociedad y que mide siempre la producción final.

Entonces, para conocer el valor del ingreso per cápita es necesario que se divida el PIB por la cantidad de población; así las cosas, el ingreso per cápita es un indicador económico que nos permite conocer a través de su valor la riqueza económica de una nación. Porque este indicador está estrechamente vinculado con la calidad de vida de las personas que habitan en un país (ABC, 2017).

Tabla 75. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)	Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Ciudad Bolívar	\$ 353.195,74	Menos aventajados	Usme	\$ 428.089
	Usme	\$ 353.339,10		Ciudad Bolívar	\$ 449.245
	San Cristóbal	\$ 383.049,91		Bosa	\$ 498.088
	Bosa	\$ 400.662,74		San Cristóbal	\$ 531.532
	Rafael Uribe	\$ 462.660,35		Rafael Uribe	\$ 601.665
	Tunjuelito	\$ 543.036,32		Tunjuelito	\$ 693.920
Nivel medio	Kennedy	\$ 636.033,98	Nivel medio	Kennedy	\$ 730.392
	Antonio Nariño	\$ 710.948,15		Santa Fe	\$ 743.361
	Los Mártires	\$ 720.545,28		Los Mártires	\$ 856.632
	Puente Aranda	\$ 782.973,26		Puente Aranda	\$ 884.991
	Engativá	\$ 801.226,55		Antonio Nariño	\$ 901.504
	Santa Fe	\$ 816.460,43		Engativá	\$ 990,737
	La Candelaria	\$ 992.390,07		La Candelaria	\$ 1.177.067
Más aventajados	Suba	\$ 1.059.765,61	Más aventajados	Fontibón	\$ 1.238.466
	Fontibón	\$ 1.135.394,73		Barrios unidos	\$ 1.343.021
	Barrios unidos	\$ 1.223.299,31		Suba	\$ 1.354.622
	Usaquén	\$ 1.931.642,49		Usaquén	\$ 1.948.544
	Teusaquillo	\$ 2.076.054,14		Teusaquillo	\$ 2.450.715
	Chapinero	\$ 3.258,705,90		Chapinero	\$ 3.813.290
	Bogotá	\$ 580.344.32		Bogotá	\$ 933.032

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014.

Dicho indicador muestra claramente uno de los factores que más inciden en las condiciones de vulnerabilidad de la población de la localidad de Ciudad Bolívar, siendo para 2014 la localidad de menor ingreso per cápita en la ciudad con un ingreso menor a la mitad del promedio de la ciudad. Al realizar la comparación con las localidades más aventajadas se observa el caso extremo de la localidad de Chapinero que recibe un ingreso 8 veces mayor que el visto en Ciudad Bolívar, algo similar, aunque en menor medida, ocurre al compararse con Teusaquillo y Usaquén con 5 y 3 veces más ingresos respetivamente, incluso localidades ubicadas en el nivel medio de este indicador reciben el doble e incluso un poco más de ingresos como Mártires, Puente Aranda, Antonio Nariño, Engativá o Candelaria.

Todo lo anterior evidencia las diferencias entre las localidades menos aventajadas en comparación con otras más aventajadas, donde se cuenta con mayores y mejores opciones tanto para el desarrollo del individuo y su familia, así como una mejor posibilidad de maniobra ante situaciones imprevistas que puedan presentarse durante la vida en comparación a las localidades menos aventajadas.

Ejemplificando el proceso de definición de las tensiones, a continuación se da cuenta de los principales hallazgos encontrados para “*Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Neumonía*”. Se encuentra que el desconocimiento por parte de los cuidadores y cuidadoras de los NN y la deficiente atención en salud y la participación desarticulada de las aseguradoras, han incidido en el aumento de las mortalidades por IRA en menores de 5 años en la localidad de Ciudad Bolívar. Según la información oficial, durante el año 2016 se presentaron 13 casos de mortalidad por neumonía con una tasa de 19,1 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años, en las UPZ Lucero (6 casos), San Francisco (3 casos), Jerusalén (3 casos) y 1 caso residía en Rio Tunjuelo. Con respecto a mortalidad por IRA se presentaron 5 casos con una tasa 7,3 por 100.000 niños y niñas menores, en las UPZ Ismael Perdomo (2 casos), San Francisco (1 caso), Jerusalén (1 caso) y El Tesoro (1 caso).

Entre los principales hallazgos se relaciona el desconocimiento de derechos y deberes en salud y dentro del aseguramiento, la no identificación de signos de alarma, la falta de adherencia al control de crecimiento y desarrollo, el bajo peso al nacer vs la prematurez, las condiciones socioeconómicas de las familias con un ingreso alrededor de 1 SMLV, el vivir

cerca de vías que presentan tráfico pesado, la situación de desplazamiento y la pertenencia a una comunidad indígena, afectan el desarrollo de adecuadas pautas de crianza.

Por otro lado algunos elementos predisponen la aparición del evento, como la no adherencia y seguimiento a las guías de manejo médico y falla en la toma, recepción e interpretación de los resultados de laboratorio, ligado a la demora en la actualización de base de datos y pobres alternativas de solución para la atención oportuna de los menores de 5 años y deficientes estrategias de demanda inducida y de seguimiento por parte de los actores del sistema.

Paso seguido a la definición de tensiones, se construye la configuración actual del territorio. Esta construcción se realiza espacializando en el mapa las tensiones, representada por círculos; el contorno de la figura contará con un color el cual representa las diferentes dimensiones analizadas. Es así que para ambiente construido se utilizará el color gris; para ambiente color verde; para la dimensión económica es azul; amarillo para la dimensión social y naranja para la dimensión social.

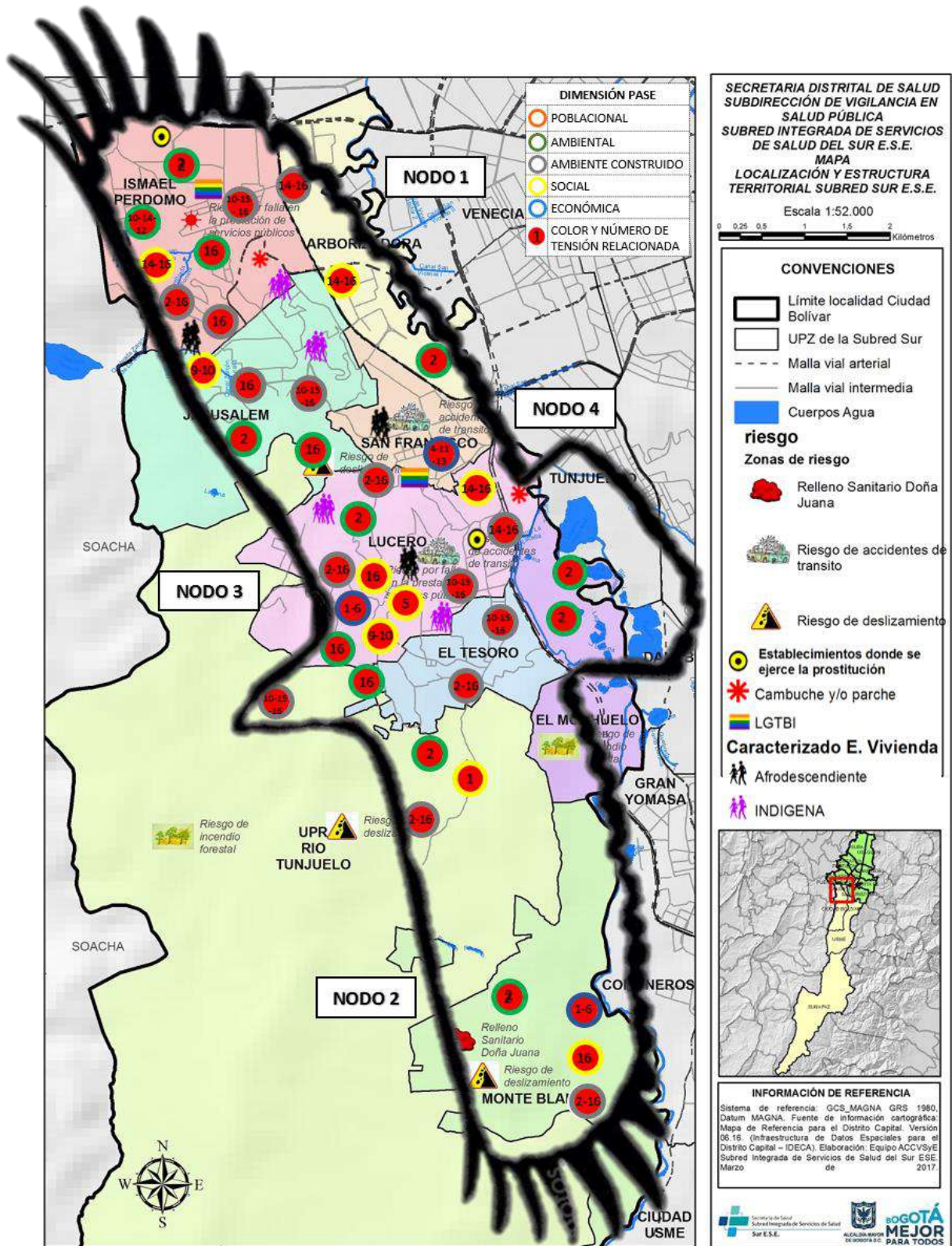
6.2.2. Momento de comprender

El trabajo de espacializar las tensiones permite el reconocimiento de la localidad de forma integral, al ubicar la tensión en un punto se considera que no es el único lugar de afectación, sino que por el contrario algunas tensiones afectan varios puntos de locales.

Ubicación de tensiones

Posterior a la ubicación de las tensión en el mapa, se busca agruparlas con el fin de definir nodos o ejes estructurantes, los cuales son el punto de partida para explicar las situaciones encontradas. Con los nodos se busca asociarlos con una imagen que servirá a su vez para estructurar una metáfora, con la que se describirá la configuración actual de forma representativa.

Mapa 18. Configuración actual del territorio, localidad de Ciudad Bolívar



Metáfora

La última águila negra representa la fauna pérdida del sur de la ciudad, su imagen se relaciona con el escudo de Bogotá y su posición muestra la expansión de la población hacia el área rural.

Su ala derecha cubre población afectada por el desplazamiento, incrementando el riesgo psicosocial y la inseguridad en la localidad, adicionalmente la falta de servicios públicos empeora la salud de sus habitantes generando enfermedades transmisibles. Su ala izquierda lastimada por la acumulación indiscriminada de residuos y la emisión de gases, la tiene al borde de su extinción lo que hace difícil la respiración de la población más vulnerable.

Volar se hace ya muy difícil por la carga en su dorso, de la población marginada y enferma por la presencia mortífera de la enfermedad que aqueja a sus habitantes más jóvenes. Los rostros pálidos de sus niños desnutridos, por falta de alimentos y cuidados, hacen más difícil vivir allí. Cuando hay una tormenta los pájaros se esconden y las águilas negras vuelan más alto; nuestra águila va en declive por el estancamiento económico y social que no le permite renovarse para emprender un nuevo ciclo.

Configuración actual del territorio

La imagen resultante de la agrupación de nodos, se asemeja a un águila negra, el cual es el símbolo de la ciudad. Sin embargo, es un ave extinta. De la agrupación de tensiones resultaron 4 nodos: riesgo psicosocial que afectan la salud física y mental de los individuos; deterioro ambiental que afectan la calidad de vida y salud; población pobre y con bajos niveles educativos y características del territorio que inciden en la morbi - mortalidad.

Nodo 1 Riesgo Psicosocial que afecta la salud física y mental de los individuos y comunidad

La localidad de Ciudad Bolívar es receptora habitual de población desplazada, con pertenencia étnica y pobre, quienes buscan mejorar sus condiciones de vida en la ciudad. La localidad cuenta con posibilidades de acceder a viviendas a bajo costo y acceso a la canasta

básica a menor precio. No obstante, algunas de estas zonas son de difícil acceso, no cuenta con condiciones mínimas de habitabilidad, sin servicios públicos, transporte y en ocasiones en zonas declaradas en riesgo no mitigable por remoción en masa, también se encuentra un déficit de presencia institucional, no se cuenta con CAI de policía que brinden seguridad a la comunidad y por este motivo se encuentra proliferación de violencias, robos, venta y consumo de SPA.

Barrios como Caracolí, Tres Esquinas, Santo Domingo y Potosí son considerados como peligrosos por la presencia de grupos organizados que se dedican al hurto, venta y consumo de SPA. Es baja la oferta de instituciones educativas, entre otras institucionales que de alguna forma contribuyen al bienestar de la comunidad. Por lo anterior se considera que el riesgo psicosocial de la población que vive en las UPZ se debe considerar como prioritaria pues el estrés constante al que se exponen cotidianamente genera afectaciones en salud.

A través de la recolección de información en unidades de análisis con espacios de vida y recorridos barriales, se ha encontrado que las UPZ El Lucero, Ismael Perdomo y Jerusalén tienen mayor impacto en cuanto a estas situaciones descritas, en cuanto a que se han encontrado barrios como Bella Flor, el Guabal, manitas, Caracolí, Santo Domingo, entre otros que han surgido de la informalidad.

Al realizar el análisis del nodo de riesgo psicosocial y la afectación de la salud física y mental, se debe partir desde los preceptos de la OMS, la cual sugiere que “la salud Mental es un estado de bienestar del individuo que le permite hacer frente a las presiones normales de la vida”; si se parte de las condiciones descritas en la localidad de Ciudad Bolívar, se debe plantear que las condiciones encontradas no permiten que las personas adquieran habilidades y competencias para afrontar las dificultades presentes.

A través de la ejecución y puesta en marcha de los diferentes modelos de salud en Bogotá, se ha evaluado y detectado los riesgos psicosociales en la comunidad (suicidios, de violencias, consumo de SPA, etc), a través de programas de salud mental o Proyectos de Desarrollo de Autonomías (PDA), dejando de lado el fortalecimiento de factores protectores, la consolidación de la resiliencia y la tolerancia a la frustración,

elementos primordiales que garantizan la salud mental y reducción de los riesgos psicosociales presentes.

Nodo 2: Deterioro Ambiental que afecta la calidad de vida y salud de la población

Este nodo se conforma en la parte sur de la localidad, lugar en el cual se ubica el relleno sanitario Doña Juana (RSDJ) y el parque minero, estos han sido identificados como problemáticos en cuanto a puntos de contaminación. No se ha logrado establecer una relación directa entre el RSDJ y la prevalencia de casos de enfermedad respiratoria aguda, pero si se ha establecido que la exposición constante a químicos, olores y entre otros factores nocivos afectan la salud física entre las que se encuentran la IRA y la destrucción global.

La localidad cuenta con un inventario importante de recursos hídricos, los cuales han sido afectados por la aparición de barrios ilegales que vierten sus desechos en la ronda de quebradas y ríos, la quebrada Trompeta y limas son las que presentan mayor afectación y aunque se encuentran en proceso de recuperación se considera que en la actualidad son foco de proliferación de olores ofensivos y vectores.

En la zona rural de la localidad se cuenta con aproximadamente 10 acueductos comunitarios, los cuales son monitoreados constantemente por la subred sur, encontrando que en algunas de estas fuentes de agua hay presencia de coliformes y otros agentes que pueden ser evitados si se trata de manera eficiente el agua.

Así mismo se han identificado puntos críticos de acumulación de residuos sólidos, a causa del manejo inadecuado de basuras por parte de la comunidad y las dificultades que se presentan en la prestación del servicio de recolección de las mismas, lo cual genera la proliferación de vectores y olores ofensivos, que pueden llegar a causar riesgos para la salud de la comunidad. Además contaminación atmosférica y material particulado debido a vías destapadas y al parque automotor.

También se encuentra, inadecuada tenencia de mascotas, que se considera como una problemática ambiental por parte de la comunidad, especialmente con el manejo de excrementos en los parques y zonas verdes.

Nodo 3: Pobreza y bajo nivel educativo que dificulta la mejora en calidad de vida y salud

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una población estimada de 719.700 habitantes de los cuales el 29,3 % se considera pobre, lo cual se explica desde las condiciones laborales y la informalidad. Para el 2015 la tasa de desempleo local era de 8,5 para mujeres frente a 7,8 para hombres, superior a la del distrito. Para sobre llevar esta situación, la población se ocupa en actividades informales como ventas informales, trabajos sin prestaciones sociales, etc, la tasa de informalidad local es de 46,3.

Este panorama contribuye a la baja satisfacción de las necesidades básicas, encontrándose que en mayor medida se afecta la salud y educación. En educación se encuentra que la población en edad escolar es de 159.238 niños, niñas y adolescentes, la tasa global bruta de cobertura es de 72,1 % aunque un porcentaje importante de NNA estudiante fuera de la localidad; la tasa de deserción es 2,6 %, según el informe de caracterización escolar de la Secretaría de Educación, la principal causa de deserción escolar son los bajos ingresos económicos, distancia entre la institución escolar y la vivienda, desinterés y cambio de domicilio.

En este sentido, los bajos ingresos económicos y el bajo nivel educativo están relacionados con la calidad de salud de la población. Se ha encontrado que las personas afiliadas al régimen contributivo en promedio tienen 1,6 veces más atención en situaciones de enfermedad que aquellas en régimen subsidiado. Así mismo, las personas con un nivel educativo alto cuenta con mayores conocimientos sobre conductas protectoras y signos de alarma, lo que disminuye que ha futuro aparezcan condiciones crónicas en la comunidad.

Igualmente, los bajos recursos económicos no posibilita la adquisición de alimentos con altos contenidos proteicos, lo que también genera que en la localidad se presenten casos de desnutrición global que afectan la asistencia de los NNA al colegio pues un niño con bajo peso es propenso a sufrir algún tipo de enfermedad.

Nodo 4: Barreras geográficas y de servicios que inciden en el estado de salud y calidad de vida de la población

La localidad cuenta con características ambientales, sociales y económicas que inciden en la morbi-mortalidad en tanto que las desigualdades en el contexto local se traducen en las barreras de acceso a la salud, empleo y educación. Se ha encontrado que con la ampliación de los servicios POS se ha cerrado un poco la brecha entre regímenes, sin embargo, a través de la experiencia se ha encontrado que las personas que tiene régimen contributivo tienen más ventaja de recibir atención integral en el momento de las enfermedades y posibilidades de tratamiento y rehabilitación en caso de requerirse.

6.3 Validación contenidos

Para la validación de contenidos del proceso de estructuración de la configuración inicial del territorio, se acuerda con los líderes de los diferentes espacios, programas y componentes de la subred, realizar unidades de análisis en las cuales se aplica instrumento de recolección de información que facilita el proceso.

Se logra realizar unidad de análisis en los 4 espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público; componente de programas, Gobernanza 1 y Vigilancia Ambiental, así mismo, se realiza esta actividad en el espacio interinstitucional de la EAT de las localidades de Tunjuelito y Usme. Se diseñó una metodología acorde al objetivo de la unidad de análisis y se empleó la cartografía social como mecanismo de análisis. Inicialmente se socializa los resultados de la aplicación de la adaptación de BIT PASE: definición de tensiones y la territorialización de las mismas.

Entre los principales hallazgos del proceso de validación del contenido, se encuentra que los profesionales que participan identifican que las tensiones territorializadas son acordes a sus procesos de intervención. Se encuentra que las desigualdades en la ciudad se expresan en mayor medida en el acceso a la salud; las personas afiliadas al régimen contributivo tienen posibilidad de mejor atención en caso de enfermedad que las personas con régimen subsidiado.

6.4 Análisis de respuesta (momento de responder)

A partir de las condiciones y tensiones identificadas en la localidad, se realizó ejercicio de identificación de acción para conocer la correspondencia entre estas. La respuesta de los espacios se realiza a través de la priorización de zonas o UPZ en las cuales de alguna forma se intervienen las situaciones encontradas.

Para el nodo 1. Riesgo Psicosocial, el espacio de Publico cuenta con la estrategia SOJU y centros de acogida, los cuales realizan acciones enfocadas a detectar y reducir el consumo problemático de SPA lo que de alguna forma contribuye a la situación actual. Así mismo, se realizan acciones intersectoriales en los casos que se requiere activación de rutas.

El espacio laboral cuenta con la ruta de desvinculación del trabajo infantil, la cual busca abordar NNA que se presume cuentan con trabajo infantil, con el fin de realizar abordaje psicosocial disminuyendo factores de riesgo que se relacionan con esta situación laboral; entre las acciones primordiales se realiza prevención de consumo de SPA y continuidad escolar.

Para el espacio educativo se desarrolla la estrategia Amarte, la cual también busca realizar prevención de consumo de SPA y lograr la vinculación de los NNA en acciones de ocupación del tiempo libre. Finalmente, el espacio de vivienda, realiza evaluación de los riesgos presentes en las familias, captando los riesgos familiares e individuales con el fin atenderlas de alguna forma.

En las acciones intersectoriales se encuentra que la SDIS cuenta en la localidad con 2 centros de atención para adolescentes y adultos jóvenes con consumo problemático de SPA, en estos lugares se busca brindar un espacio para la ocupación del tiempo libre y formación para el trabajo.

Lo anterior de alguna forma permite dar cuenta de las acciones que se realizan para mitigar los riesgos psicosociales en la localidad.

Para el segundo nodo: deterioro ambiental. Los espacios cuentan con acciones que buscan la caracterización y abordaje de las zonas que presentan situaciones ambientales. El espacio

público realiza acciones de recuperación de puntos críticos de acumulación de basuras, a través de actividades pedagógicas, sin embargo, sin la concientización de la comunidad frente al cuidado del entorno las acciones de recuperación no perduran en el tiempo.

El espacio de vivienda realiza acciones en los hogares, evaluando los riesgos en salud presentes en estos espacios, se brinda educación frente a las condiciones necesarias para disminuir la afectación en la salud por inadecuados hábitos de higiene. El espacio educativo, a través de la estrategia Explorarte incentiva a los estudiantes la recuperar de espacios con deterioro ambiental mediante la creación de huertas comunitarias que posibilitan cuidados. Finalmente, vigilancia sanitaria y ambiental, realiza actividades de monitoreo y control de la afectación del medio ambiente, a través de inspección y haciendo cumplir las normas de cuidado.

Para el nodo de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo, se encuentra que los espacios de vida realizan activaciones de ruta a otras instituciones del Distrito. Esto con el fin de lograr que la población acceda a servicios sociales que disminuyen la vulnerabilidad. La SDIS cuenta con programas de apoyo económico y alimentario, para familias que no cuentan con los recursos para suplir algunas necesidades.

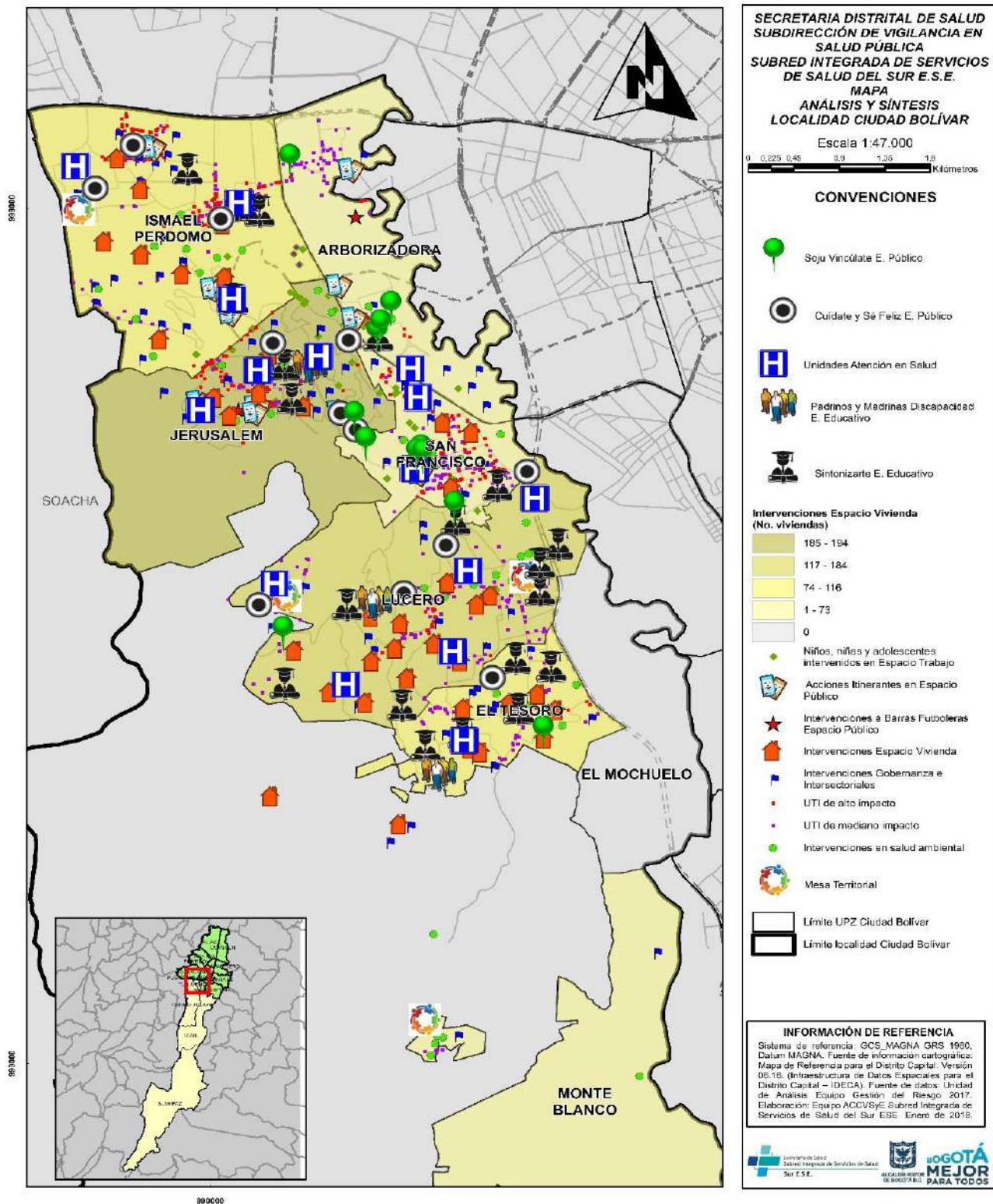
Finalmente, para la atención de condiciones crónicas. La estratégica Vincúlate y sé feliz realiza detección de riesgo y promoción de estilos de vida saludable, alimentación saludable que disminuyen los riesgos a través de Grupos comunitarios con iniciativas.

Acciones de Espacio de vida cotidiana educativo, vivienda, público y trabajo

Al comparar el mapa de acciones de los espacios de vida cotidiana de la subred sur, con el mapa de tensiones de la configuración inicial, se encuentra que algunas de las acciones ejecutadas se concentran en la parte de baja de la localidad por lo que se requiere un estudio de la distribución de las actividades. En la UPZ San Francisco se evidencia que se desarrollan una gran número de acciones, por lo se requiere que se distribuyan para cubrir mayor territorio.

En las unidades de análisis se realiza balance de ventajas y oportunidades presentes en la localidad, lo que permitirá configurar el mapa configuración esperada.

Mapa 19. Acciones de espacio de vida cotidiana educativo, vivienda, público y trabajo, localidad de Ciudad Bolívar



6.5. Recomendaciones

Ventajas

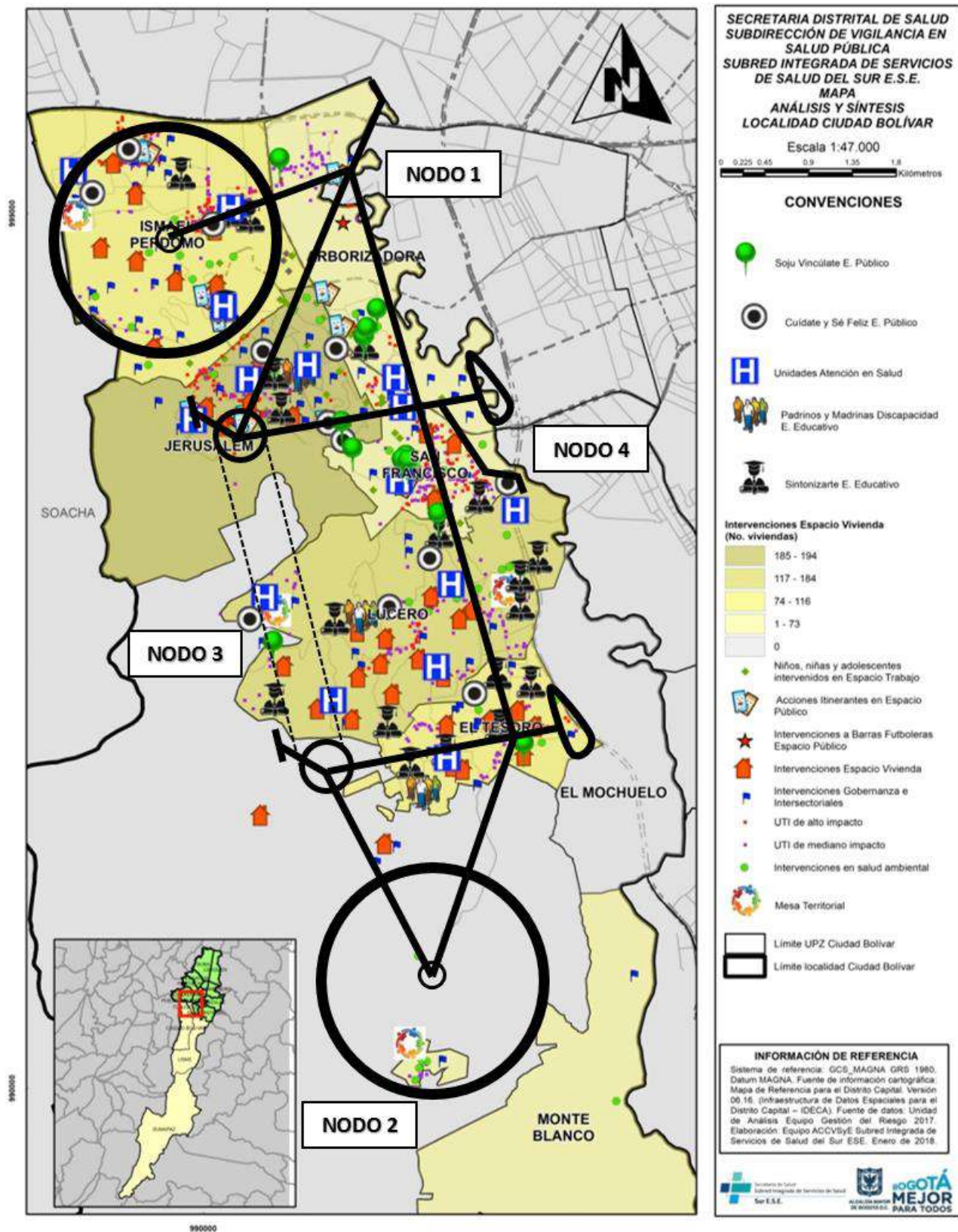
- En gran parte de la localidad, predomina el uso residencial del suelo.
- La localidad cuenta con organizaciones sociales que aportan en los procesos comunitarios de transformación social, apalancando iniciativas productivas, alimentarias y recreativas.
- La inversión social que realiza el Estado y las ONG en la localidad es una de las más altas de la ciudad.
- Se cuenta con área rural aprovechable para el cultivo de papa, fresas y arveja y cebolla que permite fortalecer la canasta y economía familiar.
- Presencia de zona industrial que potencia la oferta laboral local.
- Conectividad, la localidad cuenta con una importante red de malla vial que conecta a la localidad con el resto de la ciudad.
- La localidad cuenta con área rural que apoya y soporta una importante carga ambiental de la ciudad, lo que contribuye a un menor impacto en la contaminación urbana y presenta zonas de valor paisajístico para la ciudad, así como áreas de protección ambiental área rural.
- Convenios educativos, técnicos y tecnológicos y presencia de la Universidad Distrital, que permiten mejoras en la educación superior.
- Oferta institucional en el cual los jóvenes ocupan el tiempo libre y cuenta con formación artística y deportiva.
- Zonas para realizar turismo ecológico

Oportunidades

- La localidad cuenta con zonas verdes que se pueden recuperar y conservar para el mejoramiento ambiental y disfrute de la comunidad.
- Amplia malla vial que puede ser aprovechada para la movilización de la población, si se cuenta con una adecuada oferta de transporte.
- Construcción del Transmisible lo que reducirán los tiempos de traslado desde barrios lejanos de la localidad al portal tunal.

- Recuperación de fuentes hídricas locales que permiten la oferta de zonas ambientales para la ciudad.
- Urbanización en la zona norte de la UPZ Arborizadora, lo que es un potencial de transformación urbanística.
- Recuperación de zonas protegidas para creación de parque y zona de reserva ecológica.

Mapa 20. Configuración deseada del territorio, localidad de Ciudad Bolívar



Metáfora

La bicicleta doble representa las formas alternativas de la comunidad para superar sus necesidades y una alternativa de movilidad, la cual es impulsada con el trabajo conjunto de sus habitantes hacia el futuro de Ciudad Bolívar.

El manubrio direcciona las acciones hacia la consecución de nuevos objetivos. Su rueda delantera gira hacia el bienestar mental y físico de la población, promoviendo una sana convivencia y la construcción de tejido social en conjunto con las instituciones.

La rueda posterior se encamina también al desarrollo ambiental de la localidad, a través de la concientización del cuidado del entorno y de la búsqueda de alternativas ambientalmente sostenibles.

Sus pedales engranan el desarrollo económico y social de sus habitantes, por medio de la mejora y acceso a la educación básica y superior, generando empleo e integración a servicios institucionales y comunitarios para transformar las condiciones de calidad de vida.

Sus sillas representan una sólida oferta institucional pública y privada. El marco de la corresponsabilidad fomenta la unión entre las instituciones y la comunidad, que propende por el trabajo conjunto para la reducción de la morbi- mortalidad en la localidad.

Nodo 1. Potenciar el bienestar de la salud mental y la disminución del riesgo psicosocial de la población a través de acciones interinstitucionales y acceso a la oferta de la subred.

Nodo 2. Equilibrio ambiental, logrado por medio de la concientización del cuidado del entorno

Nodo 3. Movilización de acciones encaminadas a garantizar los derechos de la población.

Nodo 4. La localidad contará con planes de mejoramiento de equipamiento y saneamiento básico para el mejoramiento de la calidad de vida y salud.

Finalmente, este panorama deseado se logra a partir de la identificación de ventajas y oportunidades, es decir la identificación de elementos en los contextos existentes y son la base para construir lo actual.

Recomendaciones

Partiendo de las mesas de análisis que se realizan al interior de la subred, se plantea como recomendación para los nodos, continuar promoviendo la corresponsabilidad frente a la salud mental de la infancia, fortalecer el ejercicio de identificación y seguimiento a la salud mental desde las consultas de crecimiento y desarrollo; fortalecer las acciones incluidas en la estrategia AIEPI y las acciones de PyD realiza valoración del riesgo psicosocial en la consulta de crecimiento y desarrollo y notifica al SIVIM, de igual forma, continuar con el fortalecimiento de rutas de oportunidades juveniles a través del comité local de juventud adicional continuar con la articulación interinstitucional en temas de rutas de prevención para tensiones como conflictos y consumo de SPA problemático que continua con alta prevalencia en la localidad.

Es importante que desde el sector salud se fortalezca la oferta de servicios de salud para la población en riesgo o con condiciones crónicas y agudas en su salud mental. Se debe tener un énfasis importante en las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los riesgos psicosociales, ya que se observa que la disponibilidad para acceder a consulta con psicología como medida preventiva, es mínima.

Por otro lado, se observa que con los paquetes de atención en salud mental, se logra avanzar en el proceso diagnóstico, pero hay límite en el acceso a los servicios terapéuticos y al tratamiento integral.

Adicionalmente todas las instituciones y la comunidad en general, juegan un papel vital en los procesos de inclusión social para la población con enfermedad mental y/o discapacidad psicosocial; es la sociedad quien debe actuar conjuntamente y diseñar programas integrales que acojan a las personas y les brinde la posibilidad de desarrollar roles y ocupaciones significativas, que les permitan sentirse productivos y desarrollar sus habilidades. Para el segundo nodo, los diferentes espacios sugieren intensificar la vigilancia de acueductos y realizar articulación con Vigilancia Sanitaria para acompañamiento en manejo de residuos por las 2 acciones.

Para el nodo 3, es necesario que desde salud se garantice el acceso a los servicios de forma oportuna y la identificación de condiciones de riesgo en las familias donde se encuentra el

NNA garantizando la atención oportuna y con calidad desde un enfoque de derechos, este ejercicio se realiza de forma eventual en consulta de crecimiento y desarrollo pero no es un requerimiento. Desde la acción institucional se precisa fortalecer el desarrollo de capacidades de la población con discapacidad para que puedan desarrollar sus talentos, acceder a la educación y al trabajo en condiciones dignas y así gestionar su propia vida, para ello es vital que desde los servicios de salud se provean todas las garantías para acceder a un diagnóstico oportuno, servicios terapéuticos integrales, atención por medicina especializada, a la tecnología de asistencia y a los procesos de rehabilitación basada en la comunidad para apoyar la inclusión social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moyano general : G facilitador YPMJA. Guia tecnica salud publica. 2017;
2. Subred S. ACCVSYE SubredSur Urbano 2016. 2017.
3. Conociendo Mi Localidad. 2018;2–4.
4. Álvarez M, Orozco L. Ciudad Bolívar: la historia de una lucha colectiva. Cent Mem Histórica
5. Informe Anual de calidad del Aire Bogota.
6. Sur AccvsS. Analisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad CBO.
7. Barbacoas A. Plan de Desarrollo Municipal. Barbacoas. 2009;
8. Bogotá Cómo vamos. Informe de calidad de vida 2016. 2017;371.
9. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín N° 55: Índice de Movilidad en Bogotá, D.C. Bol No 55 Indice Movil. 2013;1–33.
10. Peñalosa DCE, Ortiz Gómez A, José A, Arosemena A, Sisbén D, et al. Secretaría Distrital de Planeación. Estudios Estratégicos. 2016; 11. Hospital Nazareth ESE. Base poblacional localidad Sumapaz. Bogotá D.C.; 2015.
12. Educativo S. CIUDAD BOLÍVAR. 2016;
13. Alcaldía Mayor de Bogotá. Caracterización del Sector Educativo Localidad de Ciudad Bolivar Año 2015. 2014;
14. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín No. 65. Encuesta multipropósito, principales resultados en bogotá y la región.
15. Encuesta Victimización Bogota.
16. Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Observatorio de Desarrollo Economico. 2015;(63):29–31.
17. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico sectorial de salud. Bogotá D.C.; 2015.
18. Luís J, Zamora C. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular Risk factors and the cerebrovascular disease. 2018;15(2):1–11.
19. Astudillo M, Sossa L, Ospina J, Grisales A RJ. Próstata En población masculina mayor De 45 Años . Santa Rosa De. Hacia la Promoción la Salud. 2011;16(2):147–61.
20. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y

cambuches en Bogotá D . C . 2015;

21. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica /Public Heal
22. Whittembury A. El Perfil Epidemiológico Y El Análisis De Situación Del País. 2011;1.15.

Anexos

Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Vista Hermosa, localidad de Ciudad Bolívar, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad presentada en el año 2016, en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Vista Hermosa, es importante mencionar que esta USS se encuentra ubicada en la localidad de Ciudad Bolívar.

Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista Hermosa se registraron 254.442 atenciones por consulta externa, donde el 70.1 % corresponden a mujeres y el restante 29.9 % a hombres.

Dentro de las principales causas de consulta externa para la USS Vista Hermosa se encuentra la hipertensión arterial con un total de 13.129 atenciones que representa el 5.2 %, donde las mujeres son las que más consulta triplicando a los hombres con 9.753 atenciones.

**Tabla Primeras diez causas de morbilidad por consulta externa,
USS Vista Hermosa, 2016**

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial primaria	9.753	3.376	13.129	5,2
2	E780	Hipercolesterolemia pura	6.659	2.247	8.906	3,5
3	J00X	Rinofaringitis aguda	2.735	2.084	4.819	1,9
4	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	3.291	445	3.736	1,5
5	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1.958	1.583	3.541	1,4
6	M255	Dolor en articulación	2.027	956	2.983	1,2
7	M545	Lumbago no especificado	1.705	809	2.514	1,0
8	E039	Hipotiroidismo no especificado	2.091	165	2.256	0,9
9	K297	Gastritis no especificada	1.473	463	1.936	0,8
10	N760	Vaginitis aguda	1.837	0	1.837	0,7
Resto de las causas			144.865	63.920	208.785	82,1
Total			178.394	76.048	254.442	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa fueron: hipertensión esencial primaria (5,2 %), hipercolesterolemia pura (3,5 %) rinofaringitis aguda (1,9 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,5 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,4 %), dolor en articulación (1,25), lumbago no especificado (1 %), hipotiroidismo no especificado (0,9 %), gastritis no especificada (0,8 %) y vaginitis aguda (0,7 %). El 82,0560284858632 % corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa para las mujeres: hipertensión esencial primaria (5,5 %), hipercolesterolemia pura (3,7 %) infección de vías urinarias, sitio no especificado (1,8 %), rinofaringitis aguda (1,5 %), hipotiroidismo no especificado (1,2 %), dolor en articulación (1,15), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,1 %), vaginitis aguda (1 %), lumbago no especificado (1 %) y gastritis no especificada (0,8 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de consulta externa se identificaron: hipertensión esencial primaria (4,4 %), hipercolesterolemia pura (3 %) rinofaringitis aguda (2,7 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,1 %), dolor en articulación (1,3 %), lumbago no especificado (1,15), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (0,9 %), dermatitis atópica no especificada (0,7 %), epilepsia tipo no especificado (0,7 %) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,6 %).

En relación al curso de vida se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el curso de vida de la vejez y la adultez, cerca de la mitad de casos corresponde a adulto mayor de 29 años de edad.

Tabla Morbilidad consulta externa por curso de vida, USS Vista Hermosa, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	3.293	1,3	33.68	1,3	6.661	2,6
Infancia (1 a 5 años)	14.482	5,7	14.868	5,8	29.350	11,5
Infancia escolar (6 a 11 años)	20.986	8,2	19.244	7,6	40.230	15,8
Adolescencia (12 a 17 años)	8.876	3,5	3.270	1,3	12.146	4,8

Juventud (18 a 28 años)	39.890	15,7	5.922	2,3	45.812	18,0
Adulto (29 a 59 años)	59.949	23,6	14.568	5,7	74.517	29,3
Vejez (60 años o más)	30.918	12,2	14.808	5,8	45.726	18,0
Total	178.394	70,1	76.048	29,9	254.442	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 6.661 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (5 %), otras deformidades congénitas de la cadera (1,5 %) bronquiolitis aguda no especificada (1,2 %), dermatitis atópica no especificada (1,2 %), luxación congénita de la cadera no especificada (1,1 %), dermatitis no especificada (0,65), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,4 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (0,4 %), dermatitis del pañal (0,3 %) y desnutrición proteicocalórica leve (0,3 %).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 29.350 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: caries de la dentina (6,9 %), rinofaringitis aguda (6,1 %) parasitosis intestinal sin otra especificación (1,8 %), dermatitis atópica no especificada (1,3 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (1 %), dermatitis no especificada (0,75), infección de vías urinarias sitio no especificado (0,6 %), desnutrición proteicocalórica leve (0,6 %), bronquiolitis aguda no especificada (0,5 %) y rinitis alérgica no especificada (0,5 %).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 40.230 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de consulta externa, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: parasitosis intestinal, sin otra especificación (4,1 %), rinofaringitis aguda (2,7 %) dermatitis atópica no especificada (1,1 %), rinitis alérgica, no especificada (1%), disminución de la agudeza visual, sin especificación (0,9 %), infección de vías urinarias, sitio no especificado (0,95 %), dermatitis, no especificada (0,6 %), dolor en articulación (0,6 %), trastorno del desarrollo de

las habilidades escolares, no especificado (0,6 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,5 %).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 12.146 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: parasitosis intestinal sin otra especificación (2,2 %), rinofaringitis aguda (1,2 %) infección de vías urinarias sitio no especificado (1 %), dolor en articulación (0,8 %), gingivitis aguda (0,8 %), gastritis no especificada (0,75), disminución de la agudeza visual sin especificación (0,6%), rinitis alérgica no especificada (0,5 %), amenorrea sin otra especificación (0,5 %) y migraña no especificada (0,5 %).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 45.812 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (1,2 %), vaginitis aguda (1,1 %) vaginitis vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (0,8 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (0,8 %), amenorrea sin otra especificación (0,7 %), rinofaringitis aguda (0,65), lumbago no especificado (0,5 %), gastritis no especificada (0,5 %), dolor en articulación (0,5 %) y epilepsia tipo no especificado (0,4 %).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 74.517 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: hipercolesterolemia pura (4,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,4 %) dolor en articulación (2,1 %), lumbago no especificado (2 %), hipotiroidismo no especificado (2 %), vaginitis aguda (1,75), hiperlipidemia mixta (1,5 %), gastritis no especificada (1,3 %), hiperlipidemia no especificada (1,3 %) y vaginitis vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,2 %).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 45.726 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (20,8 %), hipercolesterolemia pura (13,9 %) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,7 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,1 %), dolor en articulación (1,9 %), hipotiroidismo no

especificado (1,75), diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (1,6 %), lumbago no especificado (1,4 %), artrosis no especificada (1,3 %) e hiperlipidemia no especificada (1,3 %).

Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista hermosa se registraron un total de 3.661 atenciones por hospitalización, donde el 63 % corresponden a mujeres y el restante 37 % a hombres.

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (9,3 %), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (8,7 %) bronquiolitis aguda no especificada (7,1 %), neumonía bacteriana no especificada (4,4 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,6%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,15), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (3 %), neumonía no especificada (2,5 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,2 %) y esquizofrenia paranoide (2,2 %). El 53,9 % corresponde al resto de las causas.

Al analizar las primeras causas de hospitalización en población general las 3 primeras incluyen infección de vías urinarias y partos, ambos casos con mayor incidencia en mujeres, el tercer evento relacionado con bronquiolitis aguda presenta una distribución equitativa por sexo, siendo este, además, el evento de lejos de mayor incidencia en hombres.

Las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización para las mujeres: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (13,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (11,7 %) bronquiolitis aguda no especificada (5,4 %), neumonía bacteriana no especificada (3,8 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,4 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2,65), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2 %), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (2 %) y neumonía no especificada (1,6 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de hospitalización se identificaron las siguientes: bronquiolitis aguda no especificada (10 %), neumonía bacteriana no especificada

(5,4 %) infección de vías urinarias sitio no especificado (5,2 %), esquizofrenia paranoide (4,4 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4 %), neumonía no especificada (45), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (3,9 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,8 %), celulitis de otras partes de los miembros (2,7 %) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,6 %).

Tabla Primeras diez causas de morbilidad de hospitalización en mujeres, USS Vista Hermosa, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	262	68	330	9,3
2	O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	310	0	310	8,7
3	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	122	132	254	7,1
4	J159	Neumonía bacteriana no especificada	85	71	156	4,4
5	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	77	50	127	3,6
6	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	59	53	112	3,1
7	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte	55	51	106	3,0
8	J189	Neumonía no especificada	37	52	89	2,5
9	J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	46	34	80	2,2
10	F200	Esquizofrenia paranoide	20	58	78	2,2
Resto de las causas			1.172	747	1.919	53,9
Total			2.245	1.316	3.561	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En las atenciones por curso de vida se observa que jóvenes y adultos son quienes mayores atenciones hospitalarias requieren en la institución seguido por los ciclos de vejez e infancia, como es la constante, adolescencia es el curso de vida de menor número de atenciones. Los menores de 11 años aportan el 34,2 % del total de atenciones (1 de cada 3 hospitalizaciones se da en menores de 11 años).

**Tabla Morbilidad atendida en hospitalización por curso de vida,
USS Vista Hermosa, 2016**

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	195	5,5	219	6,1	414	11,6
Infancia (1 a 5 años)	289	8,1	266	7,5	555	15,6
Infancia escolar (6 a 11 años)	141	4,0	107	3,0	248	7,0
Adolescencia (12 a 17 años)	82	2,3	20	0,6	102	2,9
Juventud (18 a 28 años)	605	17,0	165	4,6	770	21,6
Adulto (29 a 59 años)	556	15,6	302	8,5	858	24,1
Vejez (60 años o más)	377	10,6	237	6,7	614	17,2
Total	2.245	63,0	1.316	37,0	3.561	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 414 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (45,4 %), neumonía bacteriana no especificada (8 %) enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (7,5 %), neumonía no especificada (5,6 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,9 %), bronconeumonía no especificada (3,65), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,6 %), laringitis obstructiva aguda (2,9 %), rinofaringitis aguda (1,7 %) y bronquitis aguda no especificada (1,2 %).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 555 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso de vida son: enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (13,3 %), bronquiolitis aguda no especificada (11,9 %) neumonía bacteriana no especificada (11,5 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,1 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (8,5 %), bronconeumonía no especificada (5,45), neumonía no especificada (4,9 %), síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (2, 7%), amigdalitis aguda no especificada (1,4 %) y asma no especificado (1,4 %).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 248 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de hospitalización, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: Infección de vías urinarias sitio no especificado (10,9 %), Abuso sexual (9,7 %) Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (8,1 %), Neumonía bacteriana no especificada (4 %), Asma no especificado (3,6 %), Celulitis de otras partes de los miembros (3,25), Neumonía no especificada (3,2 %), Absceso periapical sin fístula (2,8 %), Apendicitis aguda no especificada (2,8 %) y Traumatismo de la cabeza no especificado (2,8 %).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 102 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (22,5 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,8 %) infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (4,9 %), celulitis de otras partes de los miembros (2,9 %), celulitis y absceso de boca (2,9 %), absceso periapical sin fístula (25), abuso sexual (2 %), anomalía dinámica del trabajo de parto no especificada (2 %), celulitis de la cara (2 %) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2 %).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 770 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en hospitalización, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (30 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (8,3 %) esquizofrenia paranoide (4,4 %), episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (4,3 %), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (4,2 %), trastornos de adaptación (3,85), parto único espontáneo sin otra especificación (2,1 %), falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación (1,8 %), amenaza de aborto (1,6 %) y falso trabajo de parto sin otra especificación (1,3 %).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 858 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (10,7 %), esquizofrenia paranoide (6,4 %) trastorno afectivo bipolar episodio maníaco presente con síntomas psicóticos (5 %), trastorno

afectivo bipolar actualmente en remisión (4 %), celulitis de otras partes de los miembros (3,4 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,65), episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (2,2 %), neumonía bacteriana no especificada (2 %), absceso periapical sin fístula (2 %) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (1,6 %).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 614 personas fueron atendidas en los servicios de hospitalización, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (16,9 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (10,4 %) infección de vías urinarias sitio no especificado (10,4%), neumonía bacteriana no especificada (4,4 %), hipertensión esencial primaria (4,2%), neumonía no especificada (2,95), celulitis de otras partes de los miembros (2,8 %), insuficiencia cardíaca congestiva (2,4 %), diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (2 %) e hipercolesterolemia pura (1,8 %).

Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista Hermosa se registraron un total de 47.784 atenciones por urgencias, donde el 63.1 % corresponden a mujeres y el restante 38.7 % a hombres.

Para el año 2016 las diez primeras causas de morbilidad en urgencias fueron: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,2 %), rinofaringitis aguda (5,4 %) infección de vías urinarias sitio no especificado (4,8 %), amigdalitis aguda no especificada (4,3 %), bronquiolitis aguda no especificada (2,6 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,85), otitis media no especificada (1,5 %), lumbago no especificado (1,5 %), gastritis no especificada (1,5%) y pulpitis (1,4 %). El 68,9 % corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en urgencias para las mujeres fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,8 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (5,7 %) rinofaringitis aguda (4,6 %), amigdalitis aguda no especificada (3,9 %), bronquiolitis aguda no especificada (2 %), gastritis no especificada (1,75), lumbago

no especificado (1,7 %), hipertensión esencial primaria (1,6 %), pulpitis (1,6 %) y migraña no especificada (1,5 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de urgencias se identificaron las siguientes: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (7 %), rinofaringitis aguda (6,7 %) amigdalitis aguda no especificada (5%), bronquiolitis aguda no especificada (3,7 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4 %), otitis media no especificada (1,95), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,6%), herida de la cabeza parte no especificada (1,3 %), hiperplasia de la próstata (1,3 %) y herida del cuero cabelludo (1,3 %).

**Tabla Primeras diez causas de morbilidad en urgencias según sexo,
USS Vista Hermosa, 2016**

#	CIE 10	Causa	Mujeres	Hombres	Total	%
1	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.677	1.298	2.975	6,2
2	J00X	Rinofaringitis aguda	1.351	1.238	2.589	5,4
3	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	1.991	305	2.296	4,8
4	J039	Amigdalitis aguda no especificada	1.132	921	2.053	4,3
5	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	575	678	1.253	2,6
6	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte	409	444	853	1,8
7	H669	Otitis media no especificada	378	352	730	1,5
8	M545	Lumbago no especificado	490	221	711	1,5
9	K297	Gastritis no especificada	504	199	703	1,5
10	K040	Pulpitis	467	224	691	1,4
Resto de las causas			20.297	12.633	32.930	68,9
Total			29.271	18.513	47.784	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

Respecto a las atenciones por curso de vida se observa que en juventud y adulto se realiza el mayor número de atenciones en urgencias, seguido por vejez, como es una constante adolescencia consulta en menor medida de todos los cursos de vida. Los menores de 11 años aportan el 38,9 % de la notificación total.

Tabla Atenciones por urgencias según curso de vida, USS Vista Hermosa, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	1.941	4,1	2.105	4,4	4.046	8,5
Infancia (1 a 5 años)	4.229	8,9	4.738	9,9	8.967	18,8
Infancia escolar (6 a 11 años)	2.747	5,7	2.840	5,9	5.587	11,7
Adolescencia (12 a 17 años)	1.247	2,6	470	1,0	1.717	3,6
Juventud (18 a 28 años)	7.416	15,5	2.416	5,1	9.832	20,6
Adulto (29 a 59 años)	8.443	17,7	3.522	7,4	11.965	25,0
Vejez (60 años o más)	3.248	6,8	2.422	5,1	5.670	11,9
Total	29.271	61,3	18.513	38,7	47.784	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 4046 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: rinofaringitis aguda [resfriado común] (22,8 %), bronquiolitis aguda no especificada (20%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (7,4%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,3 %), laringitis obstructiva aguda (3,1%), otitis media no especificada (2,75), amigdalitis aguda no especificada (1,9 %), otra otitis media aguda no supurativa (1,6 %), constipación (1,5 %) y otitis media aguda serosa (1,2 %). Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 8967 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (12,6 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (12,3%) amigdalitis aguda no especificada (8,2 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no

clasificadas en otra parte (6,8 %), otitis media no especificada (4,9 %), bronquiolitis aguda no especificada (4,85), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,4 %), otra otitis media aguda no supurativa (2,4 %), otitis media aguda serosa (2,2 %) y laringitis obstructiva aguda (2 %).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 5.587 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de urgencias, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: amigdalitis aguda no especificada (8,9 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,8 %) rinofaringitis aguda (4,2 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,7 %), amigdalitis estreptocócica (2,8 %), pulpitis (25), varicela sin complicaciones (2 %), otitis media no especificada (1,9 %), urticaria alérgica (1,7 %) y asma no especificado (1,6 %).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 1.717 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,6 %), amigdalitis aguda no especificada (4,4 %) diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,7 %), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (1,9 %), falso trabajo de parto sin otra especificación (1,8 %), complicación relacionada con el embarazo no especificada (1,75), pulpitis (1,7 %), vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,6 %), migraña no especificada (1,5 %) y urticaria alérgica (1,3 %).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 9832 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en urgencias, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,6 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,4 %) amigdalitis aguda no especificada (3,2%), falso trabajo de parto sin otra especificación (2,8%), gastritis no especificada (2,2 %), migraña no especificada (25), vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,9 %), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (1,8 %), prolongación del primer período del trabajo de parto (1,8 %) y amenaza de aborto (1,7 %).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 11.965 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,2 %), lumbago no especificado (3,9 %), gastritis no especificada (3,3 %), pulpitis (2,8%), amigdalitis aguda no especificada (2,7 %), hipertensión esencial primaria (2,55), migraña no especificada (2,5 %), hipercolesterolemia pura (2%), bronquitis aguda no especificada (1,4 %) y síndrome de la articulación condrocostal (1,4 %).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 5670 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (6,6 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,9 %) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (5,2 %), hipercolesterolemia pura (4,9 %), hiperplasia de la próstata (4 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,5), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (4 %), lumbago no especificado (3 %), bronquitis aguda no especificada (1,7 %) e gastritis no especificada (1,6 %).

METODOLOGÍA PASE

Objetivo: Adoptar la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a partir de las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económico para la integración de los análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad.

Insumos requeridos

1. Mapa de riesgos, información contexto territorial y demográfico (capítulo 1)
2. Matriz de determinantes sociales (capítulo 2)
3. Información de morbi-mortalidad (capítulo 3)
4. Recorridos de apropiación territorial
5. Agendas locales
6. Estrategia de Abordaje Territorial
7. Matriz de indicadores 2016-2017
8. Mapa de acciones de los espacios

Metodología

Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio.
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.

- Construcción de la configuración deseada.
 - Construcción de estrategia.
1. A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se identifican los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
 2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
 3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
 4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
 5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
 6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las

particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.

7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.