ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD
Y ENFERMEDAD - 2018
Localidad de Ciudad Bolívar

19

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Equipo ACCVSyE Distrital

Autores Subred Sur
Johanna Andrea Torres, Directora Gestión del Riesgo en Salud
Andrea López Guerrero, Referente Gobernanza
Aura Yanira Roa Sánchez, Líder Componente 2
Edwin Fuentes Flórez, Profesional Social
Guillermo Gutiérrez Torres, Epidemiólogo
Carlos Fernando Macana González, Geógrafo
Ruth Vicky Quintana Forero, Epidemióloga
Elizabeth Rubio Patiblanco, Epidemióloga
Andrés Felipe Torres Cruz, Geógrafo
Juan Nicolás Valbuena Silva, Profesional Social
José Francisco Vargas Gonzáles, Profesional Social

Coordinación editorial Subred Sur

Fotografía portada
http://arquitecturaexpandida.org/potocine

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017
www.saludcapital.gov.co

Tabla de contenido

1. Introducción 6
2. Objetivo 7
2.1. Objetivo General 7
2.2. Objetivos específicos 7
3. Metodología 7
4. Contexto territorial localidad Ciudad Bolívar 13
4.1. Localización 13
4.2. Densidad de población 15
4.3. Estructura demográfica 15
4.4. Aseguramiento 17
5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida 18
5.1. Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años) 18
Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 18
Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional Vida 26
Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles 28
Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles 30
Puntos críticos del momento del Curso de vida Primera Infancia 32
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de primera infancia 33
5.2. Análisis del momento del curso de vida Infancia (6-11años) 34
Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles 34
Dimensión Convivencia social y salud mental 35
Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional Infancia 40
Dimensión Salud y ámbito laboral 42
Puntos críticos del momento del Curso de vida Infancia 42
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Infancia 45
Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia 45
5.3. Análisis del momento del curso de vida Adolescencia (12-17 años) 47
Dimensión Convivencia social y salud mental 47
Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles 54
Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 55
Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional adolescencia 58
Dimensión: Salud y ámbito laboral 58
Puntos críticos del momento del Curso de vida Adolescencia 60
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Adolescencia. 62
5.4. Análisis del momento del curso de vida Juventud (18-28 años) 62
Dimensión: Convivencia social y salud mental 63
Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 71
Dimensión: Salud y ámbito laboral 71
Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional 73
Puntos críticos del momento del Curso de vida Juventud 75
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Juventud 77
Respuesta Intersectorial y Sectorial Adolescencia y Juventud 77
5.5. Análisis del momento del curso de vida Adultez (29- 59 años) 78
Dimensión: Vida saludable y enfermedades transmisibles 78
Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles 82

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional 83
Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 86
Dimensión: Salud y ámbito laboral 88
Puntos críticos del momento del Curso de vida Adultez 89
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Adultez 90
Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez..... 91
5.6. Análisis del momento del curso de vida Vejez (Mayor de 60 años) 92
Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles 92
Dimensión: Convivencia social y salud mental 96
Dimensión: Salud y ámbito laboral 100
Puntos críticos del momento del Curso de vida vejez 100
Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Vejez 103
Respuesta Intersectorial y Sectorial Vejez..... 103
Dimensión Transversal Salud Ambiental 104
Calidad del aire 104
Calidad del agua 105
Inadecuada disposición de residuos sólidos..... 106
6. Conclusiones 107
7. Recomendaciones 108
8. Bibliografía 111

Listado de Mapas

Mapa 1. Localización estructura territorial localidad Ciudad Bolívar, 2017. 14
Mapa 2. Sífilis congénita, primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017..... 20
Mapa 3. Sífilis gestacional, primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017. 21
Mapa 4. Mortalidad materna, Ciudad Bolívar, 2017. 25
Mapa 5. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017. 33
Mapa 6. Maltrato infantil, Ciudad Bolívar, 2017. 40
Mapa 7. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Ciudad Bolívar, 2017. 44
Mapa 8. Consumo de sustancias psicoactivas adolescencia, Ciudad Bolívar, 2017. 49
Mapa 9. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Ciudad Bolívar, 2017. 61
Mapa 10. Conducta suicida, juventud, Ciudad Bolívar, 2017. 70
Mapa 12. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Ciudad Bolívar, 2017. 76
Mapa 13. Tuberculosis, adultez, Ciudad Bolívar, 2017. 81
Mapa 14. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Ciudad Bolívar, 2017. 90
Mapa 15. Pérdida de piezas dentales (edentulismo) en la población en vejez, Ciudad Bolívar, 2017. 94
Mapa 16. Violencia hacia la vejez, Ciudad Bolívar, 2017. 99

Mapa 17. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Ciudad Bolívar, 2017 102

Listado de gráficas

Grafica 1. Pirámide poblacional, Localidad Ciudad Bolívar. Periodo 2017..... 16
Grafica 2. Razón y casos de mortalidad materna localidad de Ciudad Bolívar, 2012 – 2017 22
Grafica 3. Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, localidad Ciudad Bolívar, 2017..... 27
Grafica 4. Comparación mortalidad menores de 5 años por IRA, localidad Ciudad Bolívar, 2012 - 2017 29
Grafica 5. Comportamiento tasa de fecundidad de 10 a 14 años, localidad Ciudad Bolívar, 2012-2017. 56
Grafica 6. Proporción de Incidencia casos de VIH/SISA por 100.000 habitantes, localidad Ciudad Bolívar, 2012 – 2016. 86

Listado de tablas

Tabla 1. Matriz prioridades por momento de curso de vida y dimensión del PDSP, localidades de Ciudad Bolívar, 2018 10
Tabla 2. Distribución de la Población por momento del curso de vida según sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2017 17
Tabla 3. Distribución por aseguramiento, Localidad Ciudad Bolívar, 2018. 17
Tabla 4 Causas Mortalidad Materna, Subred Integrada De Servicios De Salud Sur, año 2017 23
Tabla 5. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017..... 35
Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017 37
Tabla 7. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017 50
Tabla 8. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017 53
Tabla 9. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Ciudad Bolívar, 2017. 64
Tabla 10. Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales por mecanismo, momento de curso de vida juventud, Ciudad Bolívar, 2017. 65
Tabla 11. Distribución de investigaciones epidemiológicas de campo de lesiones no intencionales por evento y sexo, Ciudad Bolívar, 2017..... 66
Tabla 12. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, localidad Ciudad Bolívar, 2017. 68
Tabla 13. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa en juventud, USS Meissen, 2016..... 74

Tabla 14. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa curso de vida Adultez 30 a 59 años, USS Meissen, 2017 84
Tabla 15. Clases de coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, localidad Ciudad Bolívar, 2017. 88
Tabla 16. Distribución del momento de curso de vida vejez notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017. 96
Tabla 17. Distribución del momento de curso de vida vejez notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Ciudad Bolívar, 2017. 97

1. Introducción

Los análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE), constituyen procesos de generación de conocimiento a través de la articulación de métodos cuantitativos y cualitativos que permiten, a su vez, priorizar situaciones y eventos para la toma de decisiones en salud pública sobre los territorios. En esta medida, los análisis de información contribuyen al establecimiento de relaciones entre los diferentes determinantes sociales identificados que inciden en los procesos de salud y enfermedad.

Para la vigencia actual, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), hace una apuesta en la forma en que se construirán los documentos de análisis del año 2017. De ahí que la recolección y análisis de la información contara con el ordenador de *enfoque de curso de vida*; con lo que se espera aportar en el establecimiento de relaciones entre contextos, temporalidad y acontecimientos, los cuales son factores que favorecen los estados de salud y enfermedad de las poblaciones.

El enfoque de curso de vida, como paradigma epidemiológico, interpreta la salud individual, familiar y comunitaria, como resultado de influencias biológicas, psicológicas, del entorno físico y social, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Los análisis desde este enfoque, en consecuencia, permiten comprender los antecedentes de las enfermedades, para así incidir en la toma de decisiones y en la elaboración de planes y programas de intervención acordes a los hallazgos y así incidir en las condiciones de la población.

Es de tener en cuenta que el análisis a realizarse parte de los resultados del ACCVSyE del año 2017, que tuvo como resultado la configuración actual del territorio, la matriz de seguimiento a indicadores que deben ser articulados con el Plan de Gerencia, Plan Estratégico Institucional y el Plan Operativo Anual de la Subred, en los cuales se identifican las principales prioridades en salud para cada etapa de curso de vida. Por lo tanto, el presente documento establece la base metodológica y técnica con las cuales se realizará el proceso de análisis en salud para la localidad de Usme.

El presente documento consta de tres partes principales, a saber: el planteamiento de los objetivos y la descripción de la metodología adoptada, la caracterización de los contextos territorial y demográfico y el análisis de prioridades definidas para cada momento de curso de vida y de las dimensiones transversales a todos los cursos de vida. En cada caso se presentarán mapas, tablas y gráficas, fruto de la labor de georreferenciación y de observación de los datos epidemiológicos, lo cual da cuenta de un análisis cuantitativo exhaustivo que respalda el análisis cualitativo de todo el documento.

De esta manera, el Componente de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E, se permite presentar este documento de análisis, con el cual se espera dar cuenta de las diferentes condiciones de vida, salud y enfermedad de los habitantes de sus cuatro localidades y, en este caso en particular, de la localidad quinta de Usme, para contribuir positivamente en su bienestar y en el mejoramiento efectivo de su calidad de vida.

2. Objetivo

2.1. Objetivo General

Realizar análisis de las condiciones de calidad de vida a partir de las prioridades en salud de la población de Ciudad Bolívar por momentos de curso de vida en el marco de las dimensiones del PDSP 2012-2022, a través de la triangulación de información cuantitativa, cualitativa y comunitaria para la toma de decisiones y planificación de acciones en salud sectorial e intersectorial.

2.2. Objetivos específicos

- Generar un diagnóstico de las Condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la población de Ciudad Bolívar por etapa de curso de vida.
- Analizar prioridades definidas para cada etapa de curso de vida, a partir de la información generada en mesas de análisis, metodologías cualitativas comunitarias e intersectoriales.
- Divulgar los hallazgos relevantes sobre las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de cursos en los espacios sectoriales e intersectoriales.

3. Metodología

Desde el año 2017, el equipo de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta con una propuesta de análisis que permite articular lo sectorial y lo intersectorial, como estrategia para dar respuesta a las problemáticas o necesidades identificadas en las localidades que atiende, a saber, Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz. Para esto, se conforman mesas estratégicas organizadas de acuerdo a las dimensiones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (DPDS) 2012-2022, cuyas actividades iniciaron en mayo de 2017, así como las disposiciones normativas de la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud, y el Plan Territorial de Salud. Teniendo esto en cuenta, el análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, aplicará una

metodología mixta, basada en herramientas cuantitativas y cualitativas, mediante el diseño de instrumentos que posibiliten la captación y el análisis de información válida y oportuna, partiendo de las siguientes fuentes primarias y secundarias:

- Bases de datos del Sistema de Vigilancia (SIVIGILA)
- Bases de estadísticas vitales: aplicativo RUAF ND
- Registros individuales de prestación de servicios de salud de la Subred integrada de servicios de Salud Sur E.S.E (RIPS)
- Tableros de indicadores (PAI, Espacios de vida y Programas)
- Información DANE (visor de microdatos)
- Demás fuentes numéricas que permiten observar el comportamiento demográfico, estado de salud y enfermedad de las poblaciones en la localidad

El presente análisis se realizará dentro del marco de **las mesas de análisis**[1], como estrategia fundamental para la recolección y análisis de la información. Este ejercicio se desarrollará en los grupos funcionales y equipos técnicos. Los grupos funcionales son:

- Primera infancia e Infancia
- Adolescencia y Juventud
- Adultez
- Vejez

Los equipos técnicos son:

- Salud mental
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Salud ambiental
- Salud oral
- Trabajo
- Poblaciones diferenciales
- Discapacidad.

Para los análisis de las prioridades definidas para la zona rural, se contará con una mesa exclusiva. En las mesas participan la dirección de gestión del riesgo, coordinación PIC, referente, líderes y profesionales de gobernanza, así como representantes de los espacios de vivienda, público, educativo, trabajo, vigilancia en salud pública, activaciones de ruta, programas y promoción y detección.

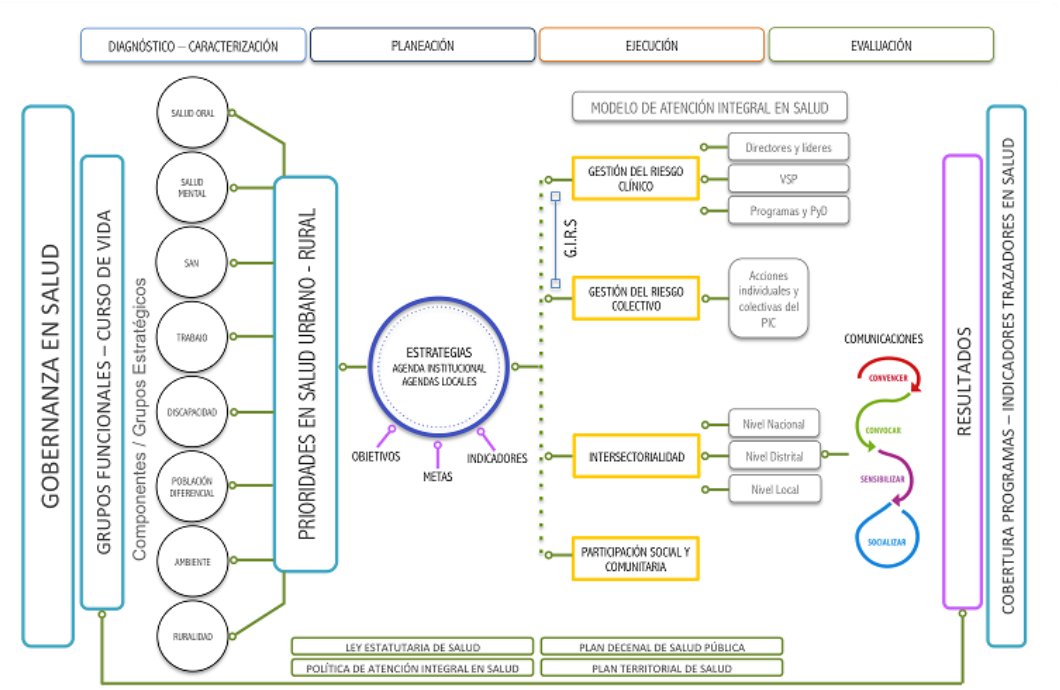
[1]Las mesas de análisis son la adaptación del equipo de ACCVSyE del nivel central de las unidades de análisis, esto con el fin de hacer diferencia con la actividad que realiza vigilancia epidemiológica.

Las herramientas que se emplearán en las mesas de análisis serán, principalmente, los grupos focales, como técnica que busca profundizar un tema específico con un grupo de profesionales expertos; cada sesión contará con preguntas orientadoras que permitirán afianzar los análisis de las prioridades. A la par de los análisis de información cualitativa y cuantitativa, se realizará cartografía social, como técnica que permite la reconstrucción social y espacial del territorio de los eventos analizados. Esta técnica permite visualizar la presencia de los eventos que influyen en los procesos de salud y enfermedad. De igual manera, se incluirá un análisis comunitario, para lo cual es necesario ejecutar unidades de análisis con la comunidad, las que proveen información contextualizada sobre las situaciones que se han priorizado. Así mismo, serán una fuente útil para plantear las estrategias de abordaje institucional. No obstante, se aplicarán otros instrumentos de recolección de información, como entrevistas semiestructuradas y encuestas a la comunidad, con las que se busca captar el punto de vista de la población frente a las prioridades definidas.

A partir de los nodos identificados en el documento de análisis, la matriz de indicadores y las necesidades identificadas en las unidades de análisis, se establecerán las prioridades que afectan la calidad de vida y salud de la población que reside en cada una de las cuatro localidades.

Los análisis cualitativos buscarán acercarse a profundidad a las prioridades definidas para cada una de las etapas de cursos de vida, indagando sobre las circunstancias por las cuales se presentan y que afectan la salud. Esto, teniendo en cuenta que, en los últimos años, las técnicas cualitativas han tomado un posicionamiento en la comunidad de investigadores, en la medida en que estas permiten profundizar en la compresión de los fenómenos estudiados. Por su parte, los análisis cuantitativos se realizarán a partir de datos estadísticos, geográficos y epidemiológicos, que permitirán evidenciar patrones, variables y distintos fenómenos sociales, poblacionales y de salud y enfermedad. De esta manera, los elementos del análisis cualitativo se robustecen con datos concretos, lo que permite evaluar y determinar los problemas, y orientar las conclusiones y recomendaciones con objetividad, rigurosidad y especificidad.

Figura 1. Metodología de análisis de condiciones de vida salud y enfermedad



Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE Subred Sur

A partir de los nodos identificados en el documento de análisis, la matriz de indicadores y las necesidades identificadas en unidades de análisis se establecen prioridades para la localidad de Ciudad Bolívar que afectan la calidad de vida y salud de la población que allí reside:

Tabla 1. Matriz prioridades por momento de curso de vida y dimensión del PDSP, localidades de Ciudad Bolívar, 2018

Momentos del curso de vida	PDSP	Prioridades
PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Sífilis congénita y gestacional
		Mortalidad materna
	Seguridad alimentaria y nutricional	Inseguridad alimentaria y nutricional
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Mortalidad por IRA
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Caries Discapacidad

Momentos del curso de vida	PDSP	Prioridades
INFANCIA (6-11 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Violencias
	Seguridad alimentaria y nutricional	Inseguridad alimentaria y nutricional
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Caries
	Salud y ámbito laboral	Trabajo infantil
ADOLESCENCIA (12-17 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Conducta suicida
		Maltrato en la adolescencia
		Consumo de spa (alcohol y tabaco)
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes 10-14 años
	Seguridad alimentaria y nutricional	Obesidad
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	baja adjerencia a servicios de salud
	Salud y ámbito laboral	Trabajo en adolescente protegido
JUVENTUD (18-28 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Prevención de la maternidad y paternidad temprana (24 años)
	Seguridad alimentaria y nutricional	Obesidad
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
	Convivencia social y salud mental	consum de SPA
		Conducta suicida
		Lesiones de causa externa
ADULTEZ (29- 59 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Comportamiento VIH en población adulta
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Morbi- mortalidad por tuberculosis
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Enfermedad crónica

Momentos del curso de vida	PDSP	Prioridades
VEJEZ (60 AÑOS Y MÁS)	Convivencia social y salud mental	Violencia
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Edentulismo Discapacidad
		Enfermedades crónicas
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
Dimensiones Transversales	Salud Ambiental	Calidad de aire Calidad del agua Residuos Sólidos

Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE Subred Sur

4. Contexto territorial localidad Ciudad Bolívar

4.1. Localización

La localidad de Ciudad Bolívar se localiza en el costado suroccidental del Distrito Capital; tiene una extensión total de 12999 hectáreas (ha.), lo que representa el 7,94% del total de extensión de la ciudad, de estas el 26,1% es suelo urbano (3389,2 ha) y el 73,9% corresponde a suelo rural (9600,7 ha). Después de las localidades de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar es la localidad más extensa y con mayor proporción de suelo rural de Bogotá D.C. y la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana (1). Limita al norte con la localidad de Bosa siendo su límite la Autopista Sur; al sur limita con la localidad de Usme siendo su límite el río Chisacá; al oriente limita con la localidad de Tunjuelito y Usme separándolas el río Tunjuelo, y al occidente limita con el municipio de Soacha (2).

La topografía de la localidad está compuesta por terrenos planos a ligeramente ondulados, localizados en los 2400 metros sobre el nivel del mar (msnm), particularmente al norte de la localidad (Arborizadora Baja y Coruña), y terrenos con pendientes bastante pronunciadas ubicados a 2900 msnm hacia el occidente de la localidad (El Tesoro, Lucero e Ismael Perdomo). Ciudad Bolívar tiene temperaturas que oscilan entre los 9°C y los 19°C, con promedio anual de 14°C, con un ambiente generalmente seco y soleado la mayor parte del año (3).

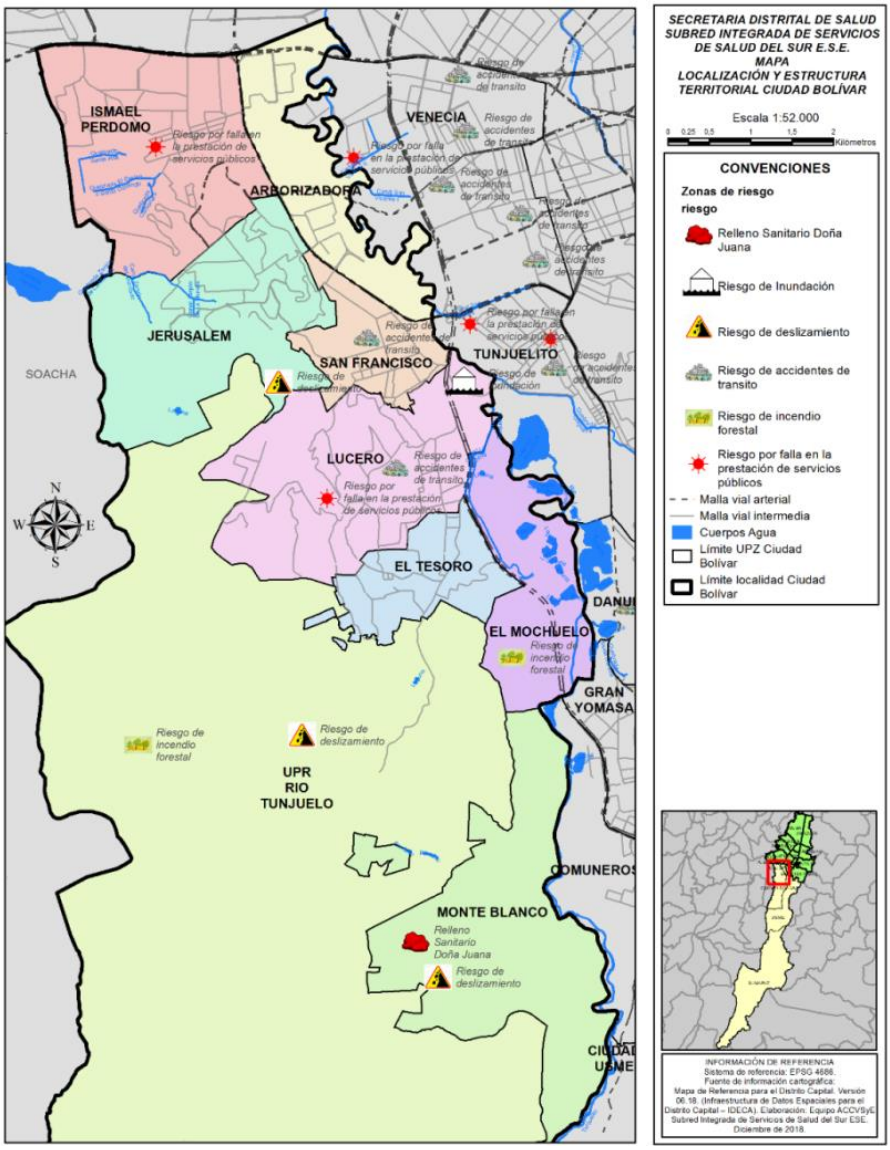
El territorio de la localidad pertenece a la cuenca del río Tunjuelo, los principales corrientes de agua presentes en el territorio de Ciudad Bolívar son la quebrada Limas, la quebrada Trompeta, la quebrada Paso Colorado, la quebrada la Horqueta, la quebrada Santa Helena, entre otro afluentes que recorren la localidad (1). La estructura ecológica principal de la localidad de Ciudad Bolívar es un área que conforma espacios y corredores para mantener, conservar y recuperar la biodiversidad, los procesos ecológicos esenciales y en general los recursos naturales; se compone de dos sistemas de áreas protegidas del orden distrital, correspondientes al Área Forestal Distrital y al Parque Ecológico Distrital de Montaña, ocupando el 33,6% y 2,4% del área rural de la localidad, respectivamente (4).

La historia del origen y desarrollo de la localidad de Ciudad Bolívar, se asocia al poblamiento acelerado que vivió Bogotá D.C. 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, sea por la falta de servicios públicos, transporte o equipamiento institucional para el disfrute de la población. Los primeros sectores en ocuparse son

los que hoy se conocen como Meissen, Lucero Bajo, Ismael Perdomo y San Francisco; se ha encontrado además que los primeros pobladores provenían de departamentos como Santander, Boyacá, Meta y Tolima (5).

La división político – administrativa de la localidad de Ciudad Bolívar se estructura en ocho Unidades de Planeación Zonal (UPZ), con cerca de 100 barrios, definidas por su dinámica productiva, inserción en el contexto regional, aspectos de ordenamiento y participación de actores sociales, y una Unidad de Planeación Rural (UPR), con 21 sectores rurales, con alto valor ambiental y productivo en el sector agropecuario (Mapa 1).

Mapa 1. Localización estructura territorial localidad Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Mapa de Referencia versión 03.18 – IDECA, UAECD. 2017.

Frente a la gestión del riesgo se identifican 52 puntos críticos, principalmente riesgos por movimientos en masa; las UPZ donde se localizan la mayor cantidad de manzanas con esta amenaza son: Ismael Perdomo en amenaza alta; Lucero en amenaza media y San Francisco en amenaza baja. La UPZ Arborizadora es la única UPZ que no posee ninguna manzana amenazada por remoción en masa (3); respecto a riesgo de inundación por desbordamiento, Ciudad Bolívar presenta amenaza Alta y manejo ambiental en 493,2 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 rio Tunjuelito, y sus afluentes, y a la quebrada Limas (6).

4.2. Densidad de población

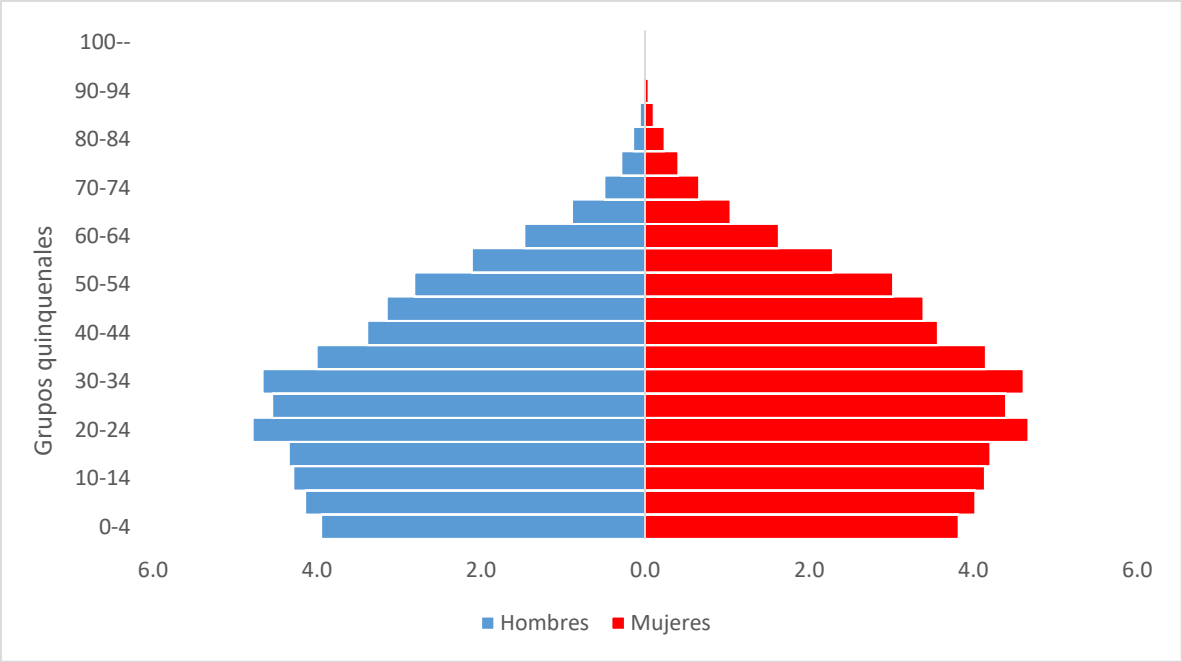
La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una extensión geográfica de 12999 ha, de las cuales el 26,1% corresponde a zona urbana y el 73,9% a zona rural. Para el año 2017 la población de estimada es de 733857 habitantes, para una densidad poblacional para la localidad de 56,49 habitantes por hectárea (hab/ha), dato relacionado con la gran porción de extensión de zona rural en la localidad.

4.3. Estructura demográfica

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una población estimada de 733.857 habitantes para el año 2017 según las proyecciones DANE- 2005-2020, donde el 50,4% (n=370.230) son mujeres y el 49,6% (n=363.627) hombres.

Presenta una pirámide progresiva, caracterizada por una base ancha y una cima angosta, donde natalidad y la mortalidad no representan una reducción tan marcada como en otras localidades de la Subred Sur. Se observa un aumento en los grupos poblacionales 20 a 24 años y 30 a 34 años, asociados, a procesos de migración, siendo esta localidad una de los principales lugares de recepción de esta población en la localidad.

Grafica 1. Pirámide poblacional, localidad Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Visor proyecciones poblacionales 2005 – 2020, Secretaria de planeación, 2018

Según la distribución de la población por quinquenios de edad del año 2017, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 20 a 24 años (9,5%), 30 a 34 años (9,3%), 15 a 19 años (8,6%) y de 10 a 14 años (8,4%). Al analizar el sexo según los grupos quinquenales se observa que hasta los 24 años son más los hombres que las mujeres; a partir de los 30 años de edad son más las mujeres que los hombres. Se estima que más de la mitad del total de la población (51,1%) se ubica en los momentos de curso de vida de Adultez y Vejez.

Según los momentos de curso de vida, el mayor número de población se concentra en la adultez 43,5%, seguido por juventud con un 19,9%, en menor proporción se ubica en vejez con 7,8%.

Tabla 2. Distribución de la Población por momento del curso de vida según sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2017

Momento de curso de vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera infancia	34939	4,8	33860	4,6	68799	9,4
Infancia	36938	5,0	35850	4,9	72788	9,9
Adolescencia	37748	5,1	36497	5,0	74245	10,1
Juventud	74775	10,2	72725	9,9	147499	20,1
Adultez	154463	21,0	161009	21,9	315471	43,0
Vejez	24764	3,4	30289	4,1	55053	7,5
Total	363627	49,6	370230	50,4	733857	100,0

Fuente: Visor proyecciones poblacionales 2005 – 2020, Secretaria de planeación, 2018.

4.4. Aseguramiento

Con relación a la cobertura del sistema general de seguridad social en salud de la población de Ciudad Bolívar según una estimación realizada por Secretaria Distrital de Salud con corte 31 julio de 2018, se observa un mayor porcentaje adscrito al régimen contributivo, seguido del subsidiado. En menor proporción se ubica la población no afiliada encuestada en el Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN).

Tabla 3. Distribución por aseguramiento, Localidad Ciudad Bolívar, 2018.

Aseguramiento		Ciudad Bolívar	%	Bogotá D.C.	%
Régimen Contributivo (estimado)		469529	62,80	6230267	76,2
Régimen De Excepción (estimado)		12509	1,7	205454	2,5
Régimen Subsidiado		184023	24,4	1171694	14,3
Encuestados SISBEN No Afiliados	**Potenciales Beneficiarios**	1593	0,20	13617	0,17
	No Afiliables a Régimen Subsidiado	420	0,1	6569	0,08
	Total SISBÉN No Afiliados	2013	0,3	20186	0,25

Fuente: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de julio de 2018.* Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 31 de julio de 2018.* Base de datos SISBÉN certificada DNP, junio de 2018 (vigente a 31 de julio de 2018).* DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2017. * Proyección población DANE a 2018.* Maestro Subsidiado SDS, corte a 31 de julio de 2018.

5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida

5.1. Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años)

Según la OMS, La primera infancia se define como una etapa del ciclo vital humano, que comprende desde la gestación y hasta los cinco años. Es la etapa en la cual las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades; en Ciudad Bolívar este grupo poblacional aporta el 9,2% (n=68.973) del total de la población.

A partir del ejercicio de priorización y las dimensiones del plan decenal de salud pública en este grupo poblacional se encuentran afectadas las dimensiones de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, vida saludable de condiciones no transmisibles y enfermedades transmisibles a continuación se describe los hallazgos obtenidos a partir del os ejercicios de análisis.

Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública, debido a que puede acelerar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves; además genera un alto costo humano, social y económico de quienes la padecen.

Para el año 2017 en Ciudad Bolívar se identificaron 90 casos de sífilis gestacional, con una razón de 9,61 por 1000 nacidos vivos, de los cuales 23 casos desencadenaron en sífilis congénita con una tasa 2,46 por cada 1000 nacidos vivos.

Se identifican como determinantes sociales que afectan la salud materna el aseguramiento en salud: la mayoría de los casos corresponden al régimen subsidiado con 50,0%, seguido del régimen contributivo con 40,9% y 9,1% de las gestantes no estaban aseguradas. Frente al acceso a los servicios de salud, se identificó que el 51,1% asistieron a control prenatal, el 36,4% asistieron entre uno y cinco controles prenatales, 9,1% entre seis y siete controles prenatales y 5,7% asistieron a más de 8 controles prenatales.

En cuanto a la tenencia de la vivienda, se identificó que el 11,1% residían en vivienda propia, 70,4% arrendada y 1,2% en invasión. En relación al tipo de vivienda el 46,6% de las gestantes residían en casa o apartamento respectivamente y 5,7% en habitación. En cuanto al estrato socioeconómico 83,0% era estrato uno, el 15,9% pertenece al estrato dos y el 1,1% al estrato tres.

En el aspecto laboral de gestantes y sus familias se identificó el 65,9% desarrollaron de actividades de tipo informal y sólo el 34,1% un trabajo formal, frente a los ingresos mensuales el 54,5% reciben entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes, el 42,0% tienen ingreso inferior a un salario mínimo legal vigente y 3,4% entre 2 y 4 salarios; los cuales se destinan para alimentación, vivienda y transporte, y en menor proporción los ingresos son empleados para recreación y educación.

Otros factores relacionados con la ocurrencia de este evento en salud son patrones culturales que rigen la forma de las relaciones parentales; en la localidad hay mujeres con dependencia económica de su pareja, lo que atribuye “poder” sobre el cuerpo de la mujer frente uso de métodos anticonceptivos, así como de decisión del número de hijos a tener, lo que implica la generación de “temores o miedos” en la gestante de informar a su pareja el desarrollo de ITS. El “machismo” es un factor incidente, el hombre es renuente a ser diagnosticado frente a una enfermedad de transmisión sexual y a su vez no asumen el tratamiento en el caso de la sífilis, lo que conlleva a una alta probabilidad de sífilis congénita. En el año 2017, se encontró baja adherencia al tratamiento de pareja con sífilis con 36,4% (n=10).

Las barreras de acceso a los servicios de salud, se relacionan con procesos de asignación de citas médicas, la multiafiliación, no disponibilidad de medicamentos para el tratamiento y barreras geográficas en el acceso a los servicios de salud dado por las largas distancias en el desplazamiento.

El comportamiento espacial de la sífilis congénita refleja mayor vulnerabilidad en la zona rural, la cual se identifican barreras de accesibilidad geográfica en la captación temprana de gestantes, asociado a condiciones socioeconómicas frágiles y prácticas de autocuidado inadecuadas que conllevan a riesgos en el embarazo y el parto, así como la baja adherencia a tratamientos y medicamentos (Mapa *2*).

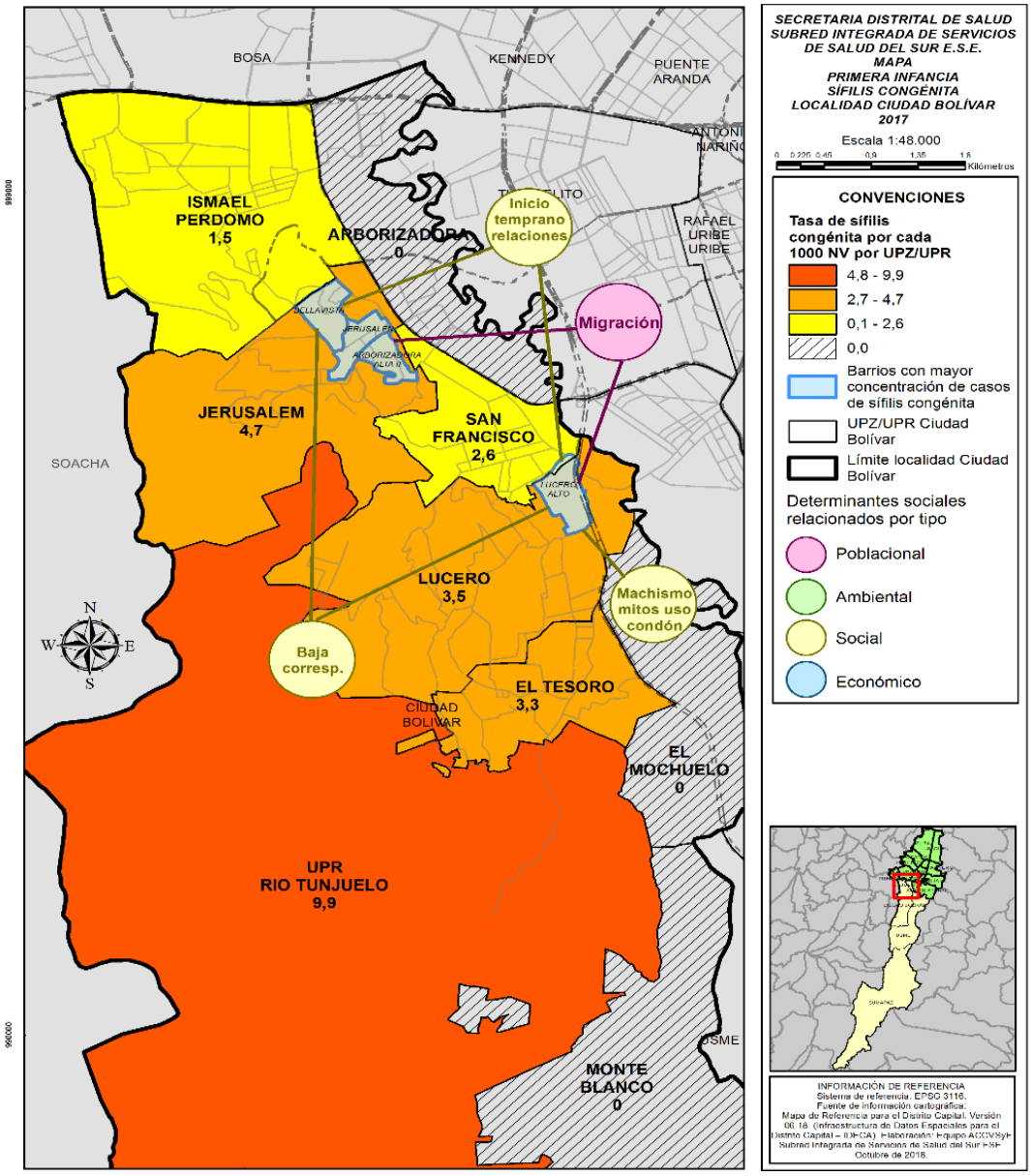
En la zona urbana las UPZ Jerusalem, Lucero y El Tesoro presentan las mayores con tasas de sífilis congénita con concentración de casos en los barrios Bellavista, Jerusalem, Arborizadora Alta II y Lucero Alto, donde factores asociados a la desigualdad de género, machismo determinan la ocurrencia de este evento.

En sífilis gestacional las UPZ Lucero y UPZ San Francisco son la más principalmente en los barrios Lucero Alto, Gibraltar Sur, Compartir, Lucero del Sur y Acacias donde prevalecen el mayor número de casos En las UPZ Jerusalem e Ismael Perdomo en los barrios Arborizadora Alta II, Jerusalem y Bellavista se identifican como factores de riesgo el inicio temprano de relaciones sexuales, junto con condiciones de pobreza y desempleo que dificultan la adherencia con programas en salud y la consolidación de redes de apoyo que fortalezcan el

proyecto de vida de los adolescentes y jóvenes, tanto familiares como comunitarias (

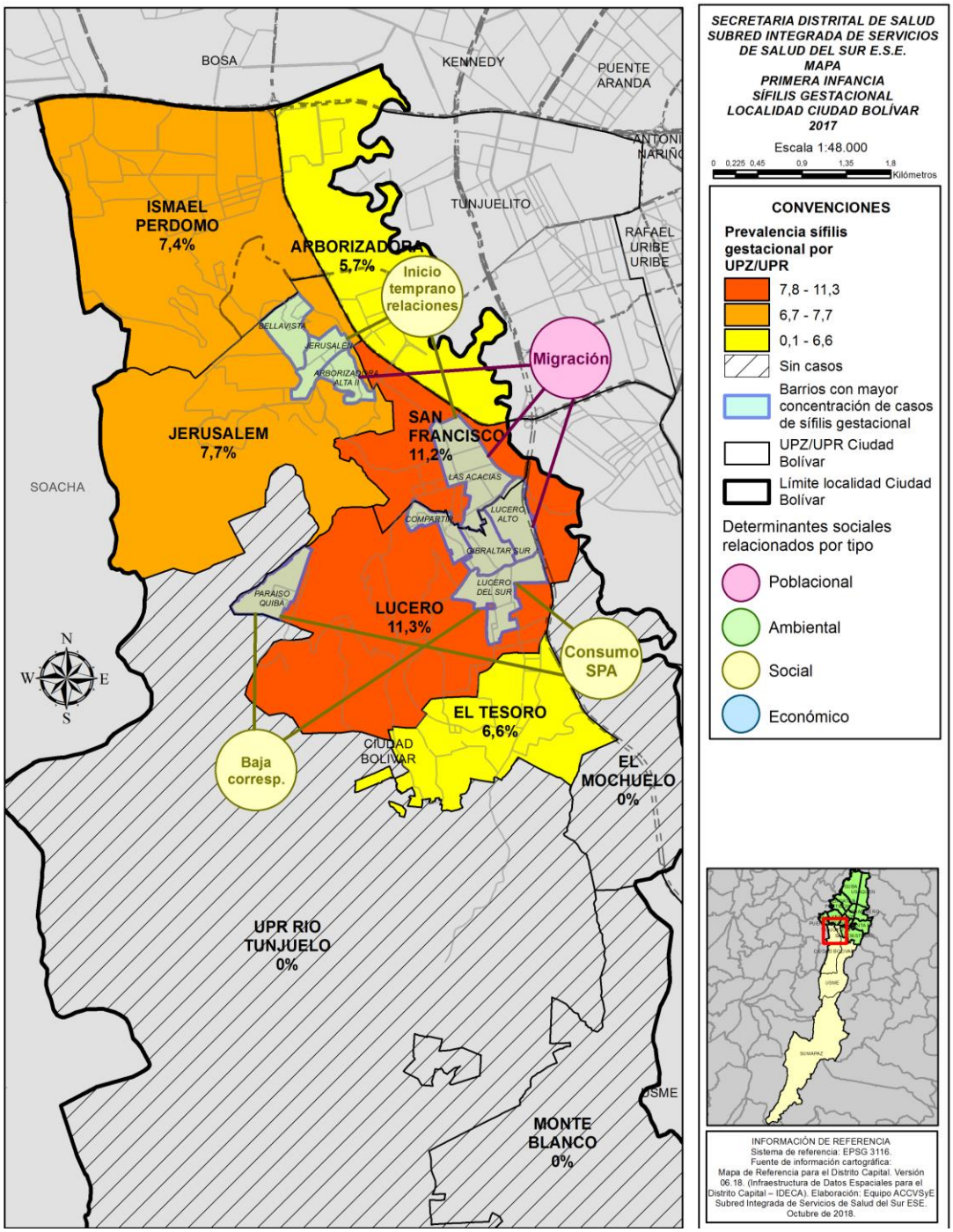
Mapa 3).

Mapa 2. Sífilis congénita, primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. Preliminares. 2017.

Mapa 3. Sífilis gestacional, primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017.

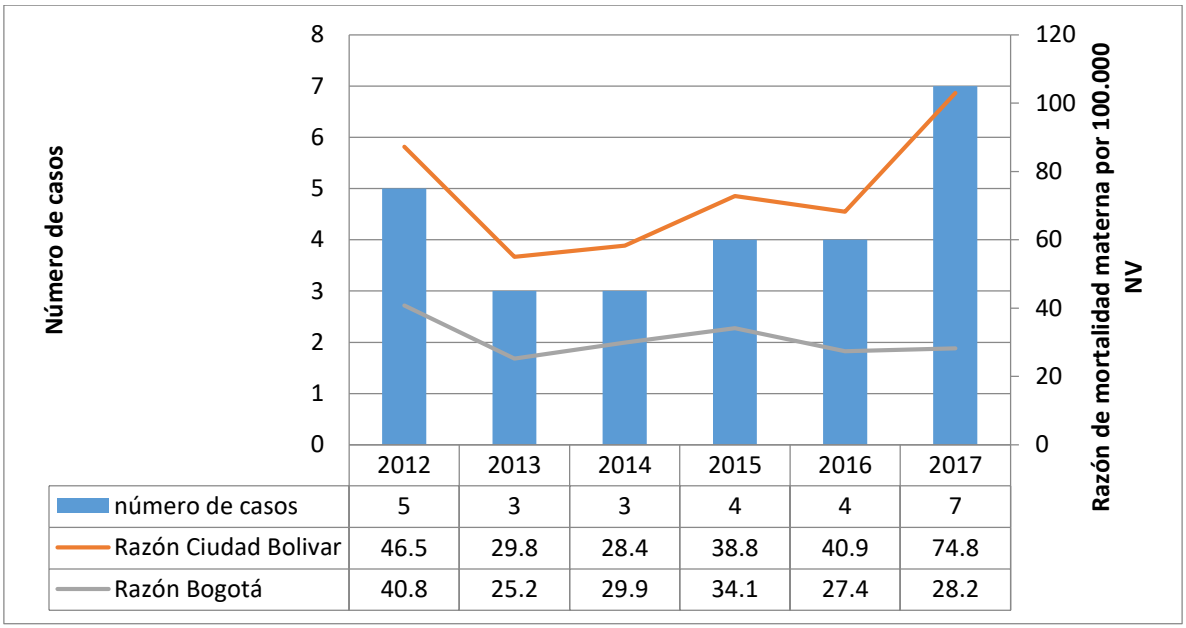


Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. Preliminares. 2017.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es considerada como problema de salud pública por el costo social de la situación, pues no solo se pierde una vida, sino que la situación desestructura la unidad familiar.

Grafica 2. Razón y casos de mortalidad materna localidad de Ciudad Bolívar, 2012 – 2017



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
número de casos	5	3	3	4	4	7
Razón Ciudad Bolivar	46.5	29.8	28.4	38.8	40.9	74.8
Razón Bogotá	40.8	25.2	29.9	34.1	27.4	28.2

Fuente: 2010-2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); 2017: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

En Ciudad Bolívar entre el periodo 2012-2017, se observa un comportamiento ascendente en la razón de mortalidad materna, pasando de 46,5 a 74,8 por 100.000 nacidos vivos, con un incremento del 60,9%, a lo largo de los años ésta localidad se ubica por encima de la razón de mortalidad que presenta del Distrito. Con relación al número de casos en 2017 Ciudad Bolívar a porta el 26,9% (n=7) de los casos del distrito (n=26).

Se identifican factores más allá de las causas biológicas para la ocurrencia de este evento en la localidad, encontrándose factores sociales, económicos y culturales. Entre las causas biológicas de la mortalidad materna el 71,4% (n=5) fue por causa directa y el resto responde a causas indirectas. Entre las causas básicas de muerte se estableció: choque séptico por sepsis puerperal, trombo embolismo por pre eclampsia, síndrome convulsivo por eclampsia y dos casos indirectos uno asociado a cáncer y otro a Lupus eritematoso. Al momento del fallecimiento dos mujeres se encontraban en embarazo y las cinco restantes lo habían estado en las últimas seis semanas.

Tabla 4. Causas Mortalidad Materna, Subred Integrada De Servicios De Salud Sur, año 2017

Causa directa	Causas antecedentes b	Causas antecedentes c	Causa basica de muerte
Choque septico	Miometritis	-	Sepsis puerperal
Shock hipovolemico	Anemia aguda	Sepsis de tejidos blandos	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio
Meningoencefalitis bacteriana	Absceso frontal izquierdo	Puerperio mediato cinco dias posoperatorio cesarea	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio
Falla multiorganica	Desequilibrio acido base-electrolito	Pancreatitis en estudio	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio
Tromboembolismo pulmonar	Preeclampsia severa	Lupus eritematoso sistemico	Preeclampsia severa
Sindrome convulsivo	Eclampsia	Puerperio inmediato	Eclampsia en el puerperio
En estudio	Tromboembolismo pulmonar en estudio	-	Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica

Fuente: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadídticas Vitales .-ADE Finales (publicacion DANE 28-12-2018).

Ahora bien, entre las causas no biológicas se asocia la edad, el nivel educativo de la madre, los servicios de salud y el acceso a bienes y servicios. En cuanto la edad de los casos, se observa que cuatro casos cursan en entre 17 a 26 años y los tres restante son mayores de 32 años.

El nivel educativo juega un papel importante; en estudios realizados en México, se encontró que “las mujeres analfabetas tienen, según los datos del estudio, un riesgo de morir 6 veces mayor con respecto a las de que tienen al menos el nivel de preparatoria o más” (Gómez, 2015. P48)[2]. En este sentido de los casos analizados se encontró que el 57,1% (n=4) de los casos había culminado el bachillerato, dos casos (28,6%) no había culminado el bachillerato y el caso restante (14,3%) realizo estudios de educación superior, es decir que las gestantes contaban con una formación que permitía identificar patrones de riesgo y la confianza para la toma de decisiones.

Ahora bien, los servicios de salud son protagónicos en la mortalidad materna, el acceso a los servicios implica además de la afiliación, apoyo a las mujeres antes,

[2]https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16708/MatallanaGomezMariaAlexandra2014.pdf?sequence=1.

durante y después del embarazo con el fin de detectar anomalías que implican el riesgo para la salud de las maternas. Del total de casos el 57,1% pertenecen al régimen subsidiado adscrito a Capital Salud y los restantes al régimen contributivo, dos adscritas a Café Salud y uno a Salud Total. En revisión de IEC, se encontró que las EAPB no realizan seguimiento a mujer en edad fértil o hay baja asignación de citas para consulta de prevención de SSR y asignación de métodos, lo que disminuirá los riesgos para las mujeres que presentan riesgos al embarazarse.

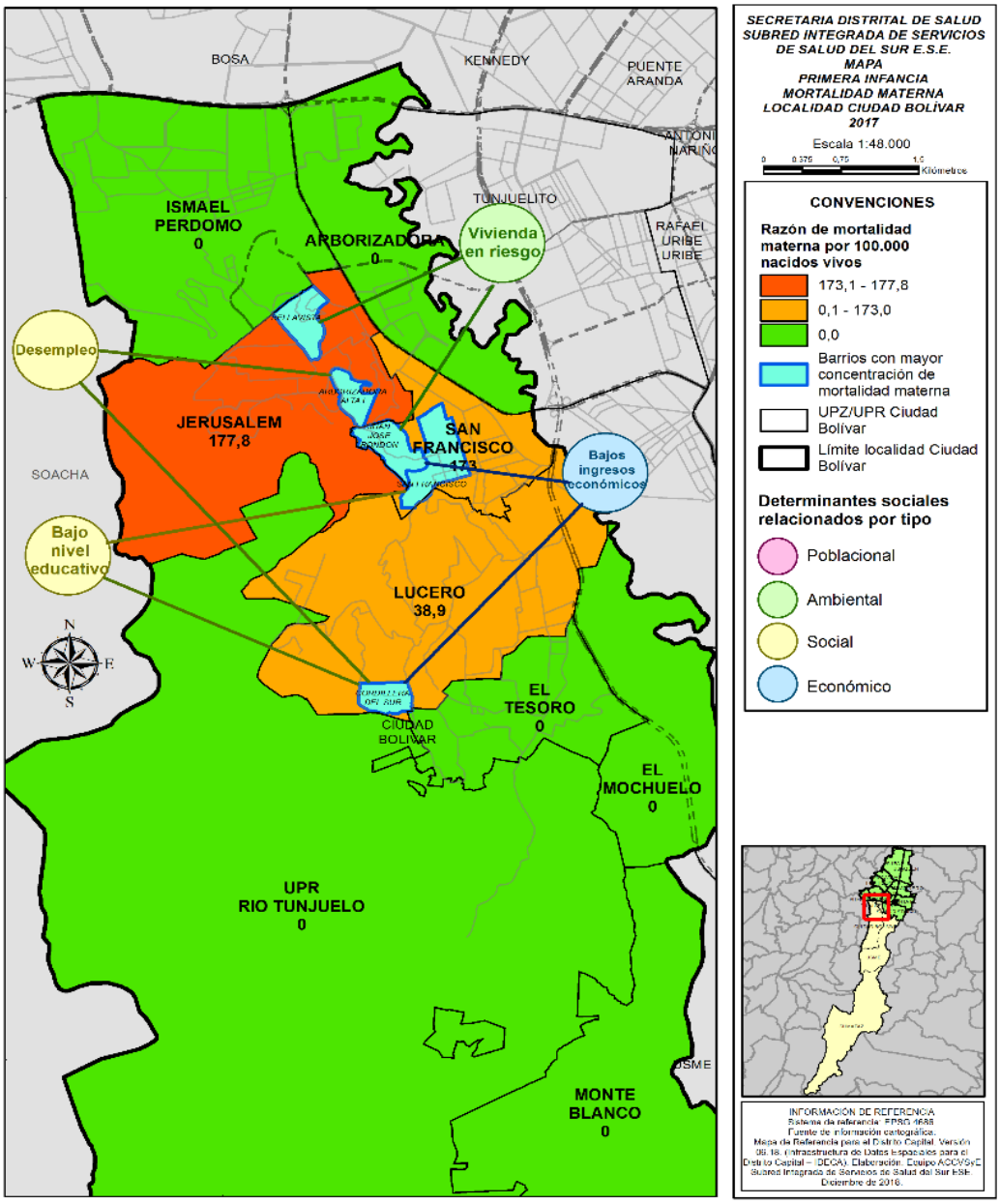
Al establecer relaciones entre las causas, se cruza información relacionada con las semanas de gestación y los controles prenatales. Esto con el fin de establecer medidas que se pudieron adoptar para evitar los decesos. Al momento del evento tres casos contaban con 30 semanas de gestación (32, 34 y 38) las cuales asistieron a 6, 2 y 10 controles prenatales respetivamente. Lo que indica que dos de las gestantes no contaban con una adecuada asistencia a esta actividad aumentando el riesgo de complicaciones durante el parto o posterior a este al no ser detectadas anomalías. Ahora bien, los otros cuatro casos contaban con menos de 22 semanas de gestación; dos con 15 y 16 semanas y con dos controles prenatales. Las dos restantes con 10 y 22 semanas no realizaron controles prenatales por lo tanto se encuentra fallas en el sistema de salud al no detectar y captar a las gestantes con el fin de evitar situaciones mortales.

De acuerdo al lugar de residencia por UPZ en Jerusalén se presentaron tres casos, en la UPZ Lucero dos casos y en la UPZ San Francisco e Ismael Perdomo 1 caso, respectivamente. De los casos analizados en las mesas, se encuentra que los ingresos promedios eran de 2 SMLV, lo que no les permitía acceder a mejores servicios de salud pues se encuentran en las IEC barreras en cuanto a la asignación de citas médicas para la lectura de exámenes, citas con especialistas y demora en la entrega de medicamentos.

La distribución espacial de la mortalidad materna evidencia que este evento se concentra en UPZ Lucero, San Francisco y Jerusalem, con una razón por cada 100.000 nacidos vivos de 38,9; 173,0 y 177,8 respectivamente (Mapa 4), afectando particularmente a los barrios Cordillera del Sur, San Francisco, Juan José Rondón, Arborizadora Alta I y Bellavista. En el barrio Cordillera del Sur, no hay condiciones de empleabilidad y oportunidades laborales que garanticen ingresos temporales o estables suficientes para superar necesidades básicas de las familias en el territorio, como la alimentación y el hogar sanitariamente seguro; en el barrio Juan José Rondón por su parte se identifican viviendas no adecuadas sanitariamente para asegurar condiciones de salud optimas y que prevengan, por ejemplo, enfermedades e infecciones respiratorias en la población infantil y los accidentes en el hogar, tanto para las gestantes como para la población infantil.

Por otra parte en los barrios Bellavista y Arborizadora Alta I presentan condiciones de accesibilidad geográfica y características topográficas que generan barreras para la movilidad, para acceder a diferentes servicios de salud, alimentación, vestuario y redes de apoyo; de igual manera en estos barrios la oferta de empleo formal es escaza lo que deriva en que las familias estén expuestas constantes preocupaciones, sus integrantes y deban desplazarse largas distancias para llegar a sus sitio de ocupación o que en los mismos barrios se propague el trabajo informal.

Mapa 4. Mortalidad materna, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF ND, 2017.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional Vida

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros (7). En Ciudad Bolívar, para el año 2017 se presentaron 9287 nacimientos, se identificó una prevalencia de bajo peso al nacer pre término del 8,1% y bajo peso al nacer a término de 5,7%.

Con relación al estado nutricional en población menor de 5 años en 2017, la prevalencia de desnutrición aguda fue 1,4%; de los cuales un 86,2% (n=250) presentaron desnutrición aguda moderada y un 13,8% (n=40) desnutrición aguda severa. En cuanto al área de residencia el 0,8% de los casos pertenecen al área rural. La desnutrición aguda afecta en mayor proporción a la población menor de 6 meses.

Es de resaltar que durante 2017 en Bogotá no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición. Sin embargo en el año 2016 se registraron 4 defunciones en el distrito, dos casos residían en Ciudad Bolívar, ambos menores de un año, de la UPZ Lucero. La causa básica de muerte fue: Desnutrición proteico-calórica severa y Kwashiorkor.

Se identifican factores de riesgo como la edad en la madre, inmadurez o envejecimiento reproductivo, afectaciones de tipo emocional y psicológico asociada con la decisión y aceptación del embarazo; otro elemento importante son las redes de apoyo conyugal, familiar y comunitario, que por lo general son ausentes. Otro factor relacionado son los hábitos y estilos de vida poco saludables (consumo de alcohol y cigarrillo), enfermedades antes y durante el embarazo (preclampsia, eclampsia, infección vaginal), amenazas de parto pretérmino y periodo intergenésico corto que pueden ocasionar bajo peso al nacer.

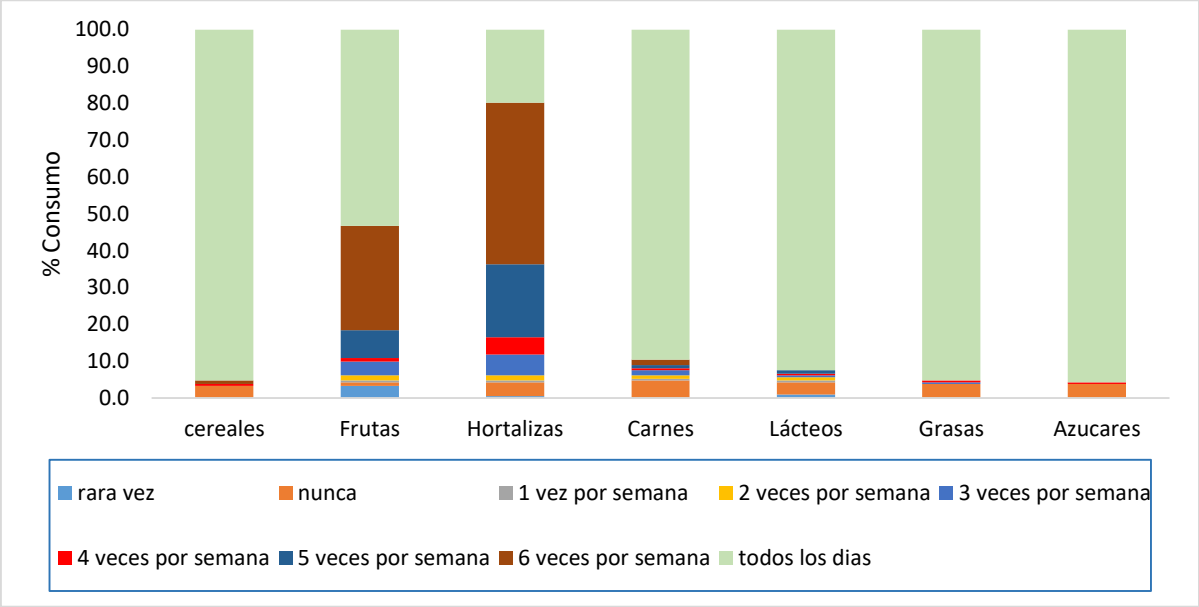
Con relacion a las prácticas alimentarias se identifica baja adherencia en prácticas de lactancia materna, lo cual influye en el indicador de mediana de lactancia materna en Ciudad Bolívar, que para el año 2017 fue de 2,6. Un factor incidente es el bajo nivel educativo de las madres, quienes no logran reconocer la magnitud de la problemática, justificada en respuestas como "*el niño mayor también presento desnutrición y/o bajo peso y no le paso nada*", contribuyendo a una despreocupación aprendida en la crianza y cuidado con el menor.

Dentro de las prácticas culturales, las familias inician alimentación complementaria antes de los 6 meses, con una dieta no equilibrada, carente de micronutrientes y

complementos vitamínicos vitales para el niño o niña y no apropiada para la edad. El factor económico es vital en el proceso de alimentación y nutrición en la familia, en la mesa de análisis se identificó que las familias en Ciudad Bolívar tienen ingresos económicos de 1 a 2 salarios, que al ser distribuidos en las necesidades básicas no alcanzan a suplir necesidades dietarías y alimenticias en el núcleo familiar, especialmente en la población infantil.

Al analizar la frecuencia de consumo de alimentos en población menor de 5 años en Ciudad Bolívar, el mayor consumo se da en azucares, representando un 95,8% seguido de cereales y grasas con 95,3% respectivamente. En menor proporción se ubica el consumo de frutas, el 53,3% de la población las consumen a diario y el 28,3% seis veces por semana. En el último lugar se ubica el consumo de verduras, el 19,8%, de la población las consume a diario y/o 5 veces por semana, lo cual refleja que estos grupos alimenticios no son prioritarios en los hábitos alimentarios de padres y /o cuidadores (ver Grafica 3)

Grafica 3. Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, localidad Ciudad Bolívar, 2017



Fuente: Base IEC menores SISVAN Localidad Ciudad Bolívar, 2017.

Las barreras de acceso a servicios de salud se relaciona con acceso a servicios desde el aseguramiento, el acceso de la población infantil a los servicios de salud de la red privada, la localidad no cuenta con presencia institucional especializada que brinde atención a la población contributiva, lo conlleva en las familias barreras geográficas y económicas. La población subsidiada y vinculada también presentan barreras geográficas especialmente en sectores como Bella Flor, Paraíso, Caracolí

y los barrios de la parte alta de la UPZ Ismael Perdomo, donde la población realiza largas caminatas para acceder a los servicios de salud. Otra barrera es la no oportunidad de citas especializadas, donde la oferta de servicios es menor, en relación a la población que requiere los servicios de salud y horarios de atención poco accesibles a las necesidades de las familias y a los horarios laborales.

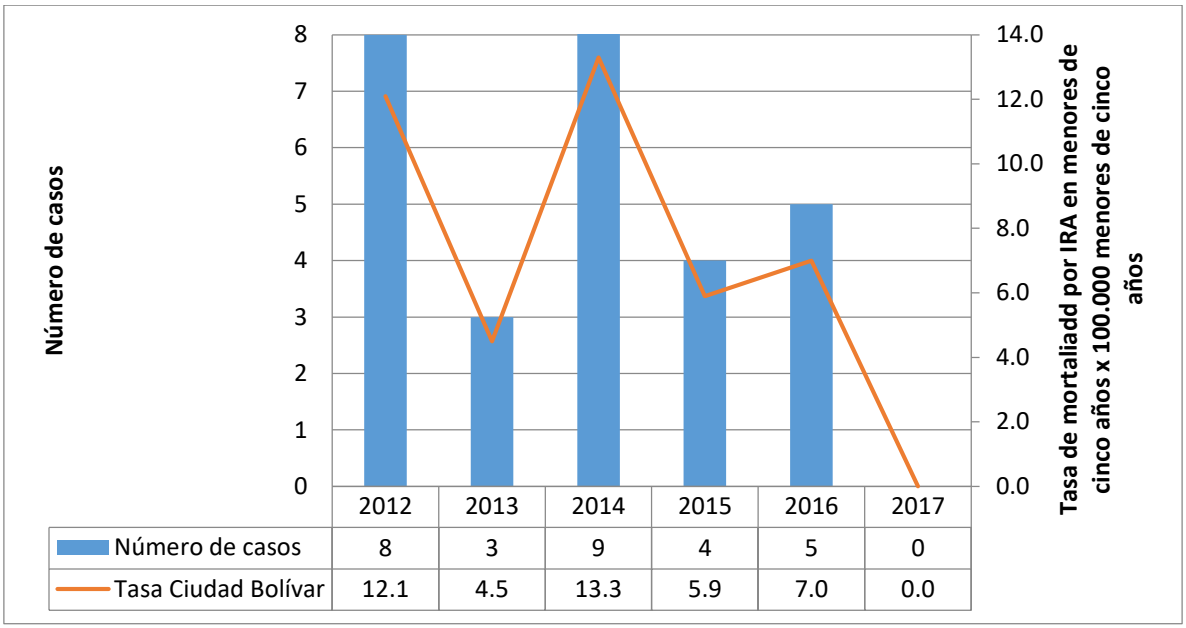
Los eventos de inseguridad alimentaria en la localidad se concentran en los barrios Paraíso, Arabia, Estancia, Tres Reyes, Lucero, Caracolí, Juan José Rondón, Alpes y San Francisco donde hay presencia de deslizamientos, de asentamientos informales, carencia de servicios públicos, principalmente agua, pero también gas natural o electricidad para cocinar, hacinamiento y viviendas construidas en lata y madera. Otro determinante ambiental en la localidad es la exposición a olores ofensivos en la parte baja de la UPZ Lucero, zona que limita con la localidad de Tunjuelito.

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles

Mortalidad por infección respiratoria aguda

En el análisis de los últimos seis años se observa que el comportamiento de la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) ha presentado un comportamiento irregular, con una tendencia a la disminución pasando de 8 casos en 2012 a 1 caso en 2017, de igual forma esta disminución se presenta en la tasa.

Grafica 4. Comparación mortalidad menores de 5 años por IRA, localidad Ciudad Bolívar, 2012 - 2017



Fuente: 2010-2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); 2017: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

Se identifican aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de las familias de los niños y niñas para la ocurrencia de este evento como lo son los bajos ingresos de las familias, padres con nivel educativo básico y medio, hacinamiento e inadecuada ventilación en las viviendas, no tenencia de vivienda, necesidades básicas insatisfechas, que en conjunto afecta de forma directa en el cuidado integral de los niños y las niñas. Además se observan otros factores como el bajo peso al nacer, prematurez y mal nutrición. La edad de la población infantil también es un determinante para la ocurrencia de este evento; se observa que ser menor de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad.

Algunos factores que inciden de forma directa en la morbimortalidad por IRA están asociados a que los cuidadores desconocen la prioridad preferencial que se le otorga a la población infantil en el marco de los derechos, el desconocimiento de signos de alarma y cuidados básicos en casa, ligado a las deficientes estrategias de demanda inducida por parte del asegurador, además la demanda de los servicios de salud son superiores a la oferta, barreras de acceso y no adherencia a guías. Otros factores identificados en esta situación es la variabilidad climática y la contaminación ambiental en especial la afectación en la calidad del aire relacionada material particulado y proliferación de olores ofensivos.

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles

La caries dental continúa siendo la enfermedad crónica más común y el principal problema de salud bucal de la infancia, por su contribución a la carga global de morbilidad, su relación con el crecimiento y desarrollo y las implicaciones en la calidad de vida de los niños y las niñas. Se afirma además que la salud bucal de los niños y niñas evidencian las inequidades en salud en la población, y un reflejo de ello es que estos no se han beneficiado con la reducción general de la enfermedad, y constituyen el grupo con mayores necesidades en salud bucal (7).

De acuerdo a lo anterior, en Ciudad Bolívar, se prioriza el evento de caries en primera infancia con el fin de reconocer determinantes sociales en salud que afectan la salud en primera infancia. En el 2017, se notificaron al subsistema SISVESO 633 casos con edades entre 0 y 5 años, de los cuales el 52,8% presentaron caries (n=334).

Se identificó como factor de riesgo en la salud oral, la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de higiene oral a la población infantil; este comportamiento puede estar influenciado por aspectos culturales e imaginarios presentes en la población, tales como: "*son los dientes de leche, se le van a caer*" y también porque las prácticas de higiene oral son delegadas a los menores, quienes no tienen las capacidades para realizarlo de manera correcta; en algunas ocasiones se delega la responsabilidad a docentes e instituciones en el caso de los menores que asisten a jardín o instituciones como hogares comunitarios de bienestar familiar (HCB).

En la mayoría de los niños se evidenció inadecuados hábitos de higiene: el 89,5% presentaron baja frecuencia del cepillado; frente a la calidad del cepillado el 71,9% fue deficiente, 17,4% regular y solo el 10,8% es bueno; en la mayoría de los casos no se identificó uso de seda dental (93,4%) y enjuagué bucal (98,8%). De igual forma se identificó inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas, frutas y verduras.

Dentro de los factores analizados en la deserción a los servicios de salud oral y tratamientos odontológicos se identifica negligencia por parte de padres y /o cuidadores. Otra barrera son los problemas de afiliación, especialmente en poblacion víctima del conflicto armado quienes presentan multiafiliación; dentro de las barreras de accesibilidad se encuentra el desplazamiento de las familias a las unidades de servicios de salud, especialmente de las familias de los sectores de Mochuelo, Paraíso Mirador, Bella Flor y Alpes, en ocasiones puede ser de

aproximadamente media hora o una hora caminando para acceder al servicio. En relación al caso afiliado al régimen contributivo se observó que existían barreras geográficas y acceso por no agenda para programación de citas y era necesario el desplazamiento al centro de la ciudad.

Para los padres la salud oral de la población infantil, se toma como una necesidad, donde "*el dolor*", se considera una señal para solicitar cita a odontológica y no lo reconocen como un servicio de prevención y cuidado de la salud en la primera infancia.

Otro factor incidente del no cuidado de la salud oral está relacionado con el estado nutricional de niños y niñas y su óptimo desarrollo psicomotor y del aprendizaje, existe una relación sinérgica entre nutrición, estado bucal y afecciones por lo cual deficiencias nutricionales pueden traer como consecuencia cuadros clínicos bucales. La malnutrición tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño y puede tener como consecuencia efectos secundarios en el desarrollo de la estructura de los dientes que junto con los hábitos de consumo de alimentos azucarados van a condicionar la formación de caries dental.

Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *discapacidad* es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Para el periodo 2004 a 2017 la localidad de Ciudad Bolívar registró 155 niños en momento de curso de vida primera infancia con alguna discapacidad, es decir un 1% del total de registrados (n=16252). En relación con el sexo la mayor proporción de niños en primera infancia son hombres con un 60,6%.

De acuerdo al tipo de alteración el 32,4% de la población en infancia presentan alteración del sistema nervioso, seguido del 25,9% alteración en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, el 11,6% alteración en voz y habla, un 10,3% alteración en ojos, 7,7% alteración en oídos y 6,2%, alteración en la digestión, metabolismo y sistema cardiorrespiratorio 3,8% respectivamente, sistema genital y reproductivo 2,5% y demás órganos de los sentidos 1,3%.

Se identifica que existen barreras en los servicios de salud relacionadas con la falta de diagnóstico precoz y oportuno, llevando al deterioro a nivel corporal y funcional que generan limitación en las actividades y restricción en la participación para el goce pleno y efectivo de sus derechos fundamentales en salud. A si mismo se

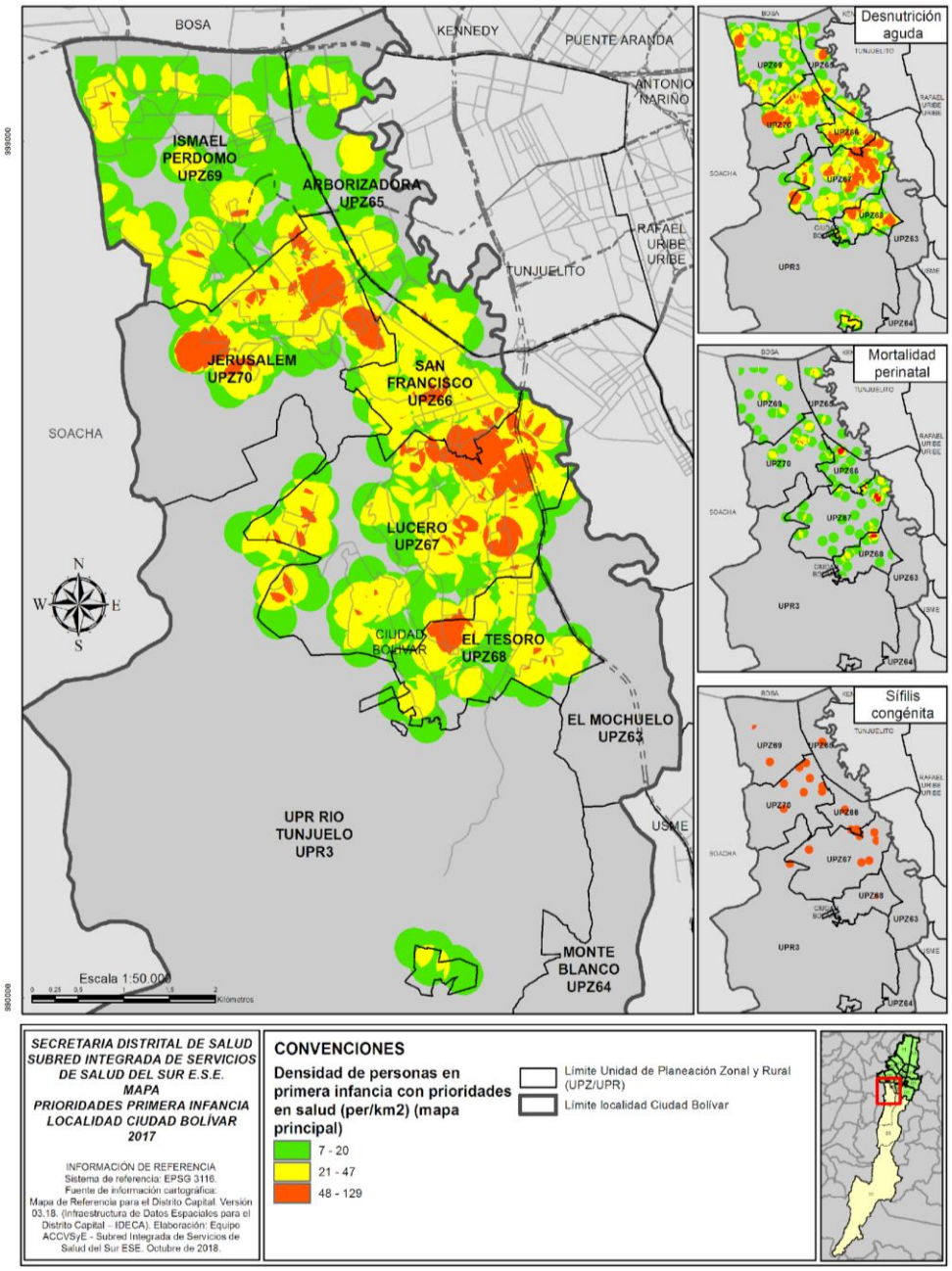
registra barreras de acceso relacionado con la no oportunidad y pertinencia en la asignación de citas; barreras actitudinales por parte del personal de salud que limitan la transformación de imaginarios. Se presentan barreras arquitectónicas en las unidades de atención en salud, las cuales no cuentan con rampas para el acceso a personas con silla de ruedas.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Primera Infancia

En la localidad de Ciudad Bolívar la concentración espacial del riesgo en salud para la población en el momento de curso de vida primera infancia se presenta principalmente en las UPZ Jerusalem, Lucero, San Francisco y el Tesoro, en donde las condiciones sociales y ambientales inciden de manera determinante en la salud de este grupo poblacional, principalmente en los barrios Potosí, Arborizadora Alta II, Jerusalem, Lucero Alto, Gibraltar Sur y Compartir (

Mapa 5). Desde la dimensión social es frecuente encontrar que las oportunidades de empleabilidad y formalidad de las actividades productivas es escaza, lo que implica que las familias estén expuestas a espacios inseguros para su salud, como lo es el trabajo con sustancias químicas, actividades repetitivas que generan riesgos biomecánicos y ergonómicos y especialmente sobrecarga laboral en las mujeres gestantes dada la necesidad de conseguir dinero para suplir necesidades básicas como lo es la alimentación de sí misma y su bebe en gestación, así como su atención en salud, sea esta dentro de la localidad o fuera de ella, lo que es reflejo también de un conjunto de barreras geográficas para acceder a los sitios de atención más cercanos, aspectos que desde la dimensión ambiental, junto con las inadecuadas condiciones de las viviendas y la alta densidad poblacional, afectada por migraciones internas y externas que acentúan las inadecuadas prácticas, modos, estilos de vida y hábitos en salud, consolidan territorios de complejas relaciones que afectan la salud no solo de la población en primera infancia sino de las familias que residen estas UPZ.

Mapa 5. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Ciudad Bolívar, 2017.



Acciones de respuesta del momento del curso de vida de primera infancia

Desde el espacio vivienda se desarrollan acciones interdisciplinarias orientadas al abordaje integral del núcleo familiar de acuerdo al proceso de caracterización social y ambiental en el cual se identifican alertas en salud sobre las cuales se orienta las intervenciones. En relación con los problemas descritos en el curso de vida de

primera infancia las acciones se enfocan en fortalecer desde el área psicosocial los procesos de comunicación al interior del hogar, expresión de emociones, estrategias de afrontamiento, resolución de conflictos y manejo de pautas de crianza con el fin de fortalecer vínculos y relaciones de los integrantes de la familia.

Por otra parte, desde el área biológica se brinda educación en salud sexual y reproductiva para la toma de decisiones informadas en relación con métodos anticonceptivos, prevención de ITS, asistencia a controles prenatales, identificación de signos de alarma, cuidados durante la gestación, entre otros. Se realiza gestión para el agendamiento de citas de crecimiento y desarrollo, consulta prenatal, consulta de regulación de la fecundidad y procesos de aseguramiento a través de la activación de rutas en salud.

Desde el componente de seguridad alimentaria y nutricional se realiza seguimiento a la cohorte de gestantes con bajo peso gestacional enviado desde SDS, se verifica asistencia a controles prenatales, consulta por nutrición y programas de apoyo alimentario y se realiza activación de ruta.

5.2. Análisis del momento del curso de vida Infancia (6-11años)

El momento de curso de vida Infancia representa el 9,9% (n=72.788) del total de la población en la localidad para el año 2017, desde el ejercicio de priorización en este grupo poblacional se encuentran afectadas las dimensiones de convivencia social y salud mental con relación seguridad alimentaria y nutricional vida saludable y condiciones no transmisibles, salud y ámbito laboral. A continuación se da a conocer los resultados de análisis obtenidos:

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Durante el año 2017 en la localidad se notificaron al subsistema SISVESO 264 niños y niñas de 6 a 11 años, de los cuales el 67,9% presentaron caries (n=264). Se identifica que los factores económicos pueden afectar la salud oral de las familias en la infancia dado que inciden en el consumo alimentos saludables y condiciones para la higiene oral (compra de elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral).

Los factores que se relacionan son la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de higiene oral de niños y niñas. Este comportamiento puede verse influenciado por aspectos culturales e imaginarios aún presentes en la población como que “*los dientes de leche, se le van a caer*”. De igual forma las prácticas de higiene oral se delegan a los menores, quienes no tienen la capacidad

para realizarlo de manera correcta, en algunas ocasiones se delega la responsabilidad de generar hábitos de higiene a los docentes e instituciones.

Frente a los hábitos de higiene oral se identificó que el 79,1% de los menores presentaron baja frecuencia del cepillado; en cuanto a la calidad del cepillado, el 48,6% fue deficiente, 20% regular y el 31,4% bueno, en el 93,9% no se identificó uso de seda dental y en el 96,2% no se identificó uso de enjuagué bucal. En este grupo de edad se identificó inadecuados hábitos alimentarios relacionados al consumo elevado de azucares y carbohidratos, así como bajo consumo de proteínas, frutas y verduras. Se identifica que existen barreras de acceso relacionadas con el aseguramiento, afectando con mayor frecuencia a la población del régimen contributivo, dado que en la localidad hay poca oferta de instituciones de servicios de salud que presten servicios de salud para este régimen.

A nivel social se encuentran afectadas tres dimensiones (comer, sonreír y cepillarse) y autoestima del menor, cuando se ven afectadas la salud oral y la seguridad alimentaria de la población infantil se evidencia alteración cognitiva e intelectual de niños y niñas en el proceso de aprendizaje.

Dimensión Convivencia social y salud mental

La violencia hacia la población infantil está definida por la Organización Mundial de la Salud como los abusos o desatención de que es objeto la población menor de edad, que incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial que causen o puedan causar un daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia.

En el año 2017, se encontró que al SIVIM de Bogotá se notificaron 4.204 casos de algún tipo de violencia contra niños de 6 a 11 años de edad, de los cuales el 15,1% (n=636) residen en Ciudad Bolívar, ubicándose como la localidad de mayor notificación en la ciudad

Tabla 5. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017

Ciudad Bolívar					
Curso de vida	Hombre	%	Mujer	%	Total
Infancia	317	49,8	319	50,2	636

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Los menores de 6 a 11 años aportan el 13,3% de la totalidad de casos notificados en la localidad, con una distribución equitativa por sexo, hecho que es consistente los primeros años de vida, ya que a partir de la adolescencia esta relación cambia

siendo las mujeres las de mayor notificación, siendo equitativa nuevamente en la vejez donde la diferencia es menos marcada. Se registran 407 casos con seguimiento e inicio de proceso de restitución de derechos, dando respuesta efectiva a dos de cada tres casos.

Se presenta una disminución significativa de notificación de casos entre la primera infancia y la infancia de un 55,1%, lo cual puede estar relacionado a un subregistro de casos o a la disminución del seguimiento institucional a partir de los 6 años. En la localidad, el porcentaje de personas en régimen contributivo es del alrededor del 60%.

En los determinantes sociales asociados a la violencia en Ciudad Bolívar se encuentra que el nivel educativo de los padres y madres influye en el manejo de las situaciones que se presentan con los menores al interior de las familias, así como en la repetición de patrones culturales de machismo, dominación y uso de la violencia. El nivel de escolaridad de los menores notificados en la mayoría de los casos se corresponde con la edad, teniendo un 80% cursando la primaria y un 8,8% con primaria culminada e inicio de secundaria; sin embargo, el 11,85% (n=75) de los casos notificados no cuentan con información o no se registra ingreso al sistema educativo, lo cual se puede relacionar con la ocurrencia de maltrato y negligencia hacia los menores, incluida la desescolarización.

De acuerdo a la composición de las familias y al tiempo de permanencia de los niños y niñas con miembros de su familia, se encuentra que la madre es quien presenta el mayor número de notificaciones de violencia con 287 casos, lo que representa cerca del 45,4%, seguido del padre con 123 casos, con un peso porcentual del 19,3%. Es importante tener en cuenta que muchas de las violencias son perpetradas por otros miembros de la familia u otro tipo de cuidadores, a partir de la notificación se identifica que el 35% de las violencias notificadas fueron ocasionadas por otras personas diferentes al padre o la madre; el 9,7% de los casos la violencia fue ejercida por otro familiar, el 6,6% por una persona conocida, el 5,8% por padrastros, el 4,1% por personas desconocidas, el 3,6% por hermanos y el 2,2% por abuelos. Esto se relaciona con la estructura de las familias, donde los padres no pueden hacerse cargo del cuidado directo de los niños y niñas, delegando esta responsabilidad a personas no adecuadas para el mismo y aumentando el riesgo de ocurrencia del evento.

Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017

MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Infancia	317	319	92	47	40	148	2	7	187	156	20	11	1346
Total / %	636 / 47,3		139 / 10,3		188 / 14,0		9 / 0,7		343 / 25,5		31 / 2,3		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Según el sistema de información SIVIM, los casos notificados reciben más de un tipo de violencia, es decir, los 636 casos registran 1,346 eventos de violencia, esto implica que cada evento lleva consigo un componente emocional, presentándose también la ocurrencia simultánea con otras violencias como la física, sexual, económica, por negligencia y abandono.

El comportamiento de los eventos de violencia de este momento de curso de vida varía significativamente con respecto a la primera infancia, lo cual está asociado a las características propias de la edad. A pesar que la negligencia continua siendo la de mayor porcentaje, este disminuye significativamente en relación a su ocurrencia en la primera infancia, lo cual puede estar relacionado a que las instituciones prestan menor seguimiento a estos menores.

Los eventos de violencia física se incrementan significativamente en la infancia, lo cual puede estar relacionado con una mayor independencia de los menores, mayor curiosidad y actividad, lo cual puede dificultar el control por parte de los padres, quienes al desconocer o no saber utilizar métodos diferentes de educación ejercen la violencia física. Se presenta con mayor frecuencia en hombres, siendo el doble en relación a las mujeres, lo cual puede estar asociado al tipo de actividades que practican, a una mayor actividad y exposición a riesgo.

En cuanto a la violencia sexual, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, se corresponde con “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”[3]. Este tipo de violencia en la infancia, genera repercusiones graves a lo largo de la

[3] Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

vida, además de ser una población vulnerable que requiere de la protección y cuidados especiales por parte de la sociedad.

En la localidad de Ciudad Bolívar se notificaron al subsistema SIVIM 188 casos de violencia sexual en infancia, la cual presenta un incremento significativo respecto a los 141 casos notificados para primera infancia, adicionalmente presenta un peso porcentual más alto en cuanto a los diferentes tipos de violencia, aportando el 14%, dato muy superior al 4,8% visto en primera infancia. La relación por sexo evidencia una marcada mayoría de casos en mujeres con el 78,8% (n=148), lo cual puede relacionarse a que las jóvenes se desarrollan a una edad más temprana y a patrones culturales de machismo.

Los principales agresores notificados hacen parte de la familia, es así como en el 25,5% (n=48) se dio por otro familiar, en el 11,7% (n=22) por padrastro, en el 9,6% (n=18) por hermano, en el 6,9% (n=13) por padre y en el 3,2% (n=6) por abuelo. Respecto al lugar de ocurrencia se identifica que en el 92,6% de los casos (n=174) se dan en el hogar. Esto está relacionado con factores como el hacinamiento y las condiciones de la vivienda, donde varios miembros del hogar deben compartir la misma habitación o se presenta cohecho, adicionalmente, la necesidad de dejar los niños al cuidado de otros miembros de la familia, pueden incidir en que se presente el abuso. Relacionado con el cuidado, y otras situaciones como el rapto o el descuido de los padres, se identificó que en 39 casos, lo que representa cerca del 20,7%, el agresor fue un conocido, en siete ocasiones o el 3,7% fue un vecino y en 20 casos, cerca del 10,6% fueron por un desconocido.

Es importante tener en cuenta que el dejar a los menores al cuidado de terceros, se relaciona con mayor frecuencia en la localidad a factores económicos, donde los padres deben trabajar en lugares retirados de la vivienda, agravado por el estado de las vías y la poca oferta de transporte público, lo cual genera que lleguen tarde casa o no cuenten con el tiempo para un cuidado adecuado. Adicionalmente, se cuenta con una baja oferta para los menores para el manejo del tiempo libre y el cuidado, lo cual también se refuerza cuando se carece de recursos económicos para suplir estas necesidades. Teniendo esto en cuenta, las estrategias de prevención deben ser fundamentales, siendo la comunicación entre los niños y sus padres un eje fundamental para evitar estos eventos o la identificación temprana, generando la denuncia pertinente.

Para los eventos de violencia sexual notificados durante el 2017, no se muestran diferencias significativas entre las edades de 6 a 11 años, presentándose el mayor número de casos a los 9 años. Respecto a la edad del agresor, la mayoría se encuentra en el momento de curso de vida adultez, seguido por jóvenes y

adolescentes. Esto se puede relacionar con las relaciones de poder ejercidas por los adultos hacia los menores, son adicionalmente quienes se les asignan mayor responsabilidad sobre el cuidado y quienes ejercen una mayor relación de jerarquía respecto a los mismos.

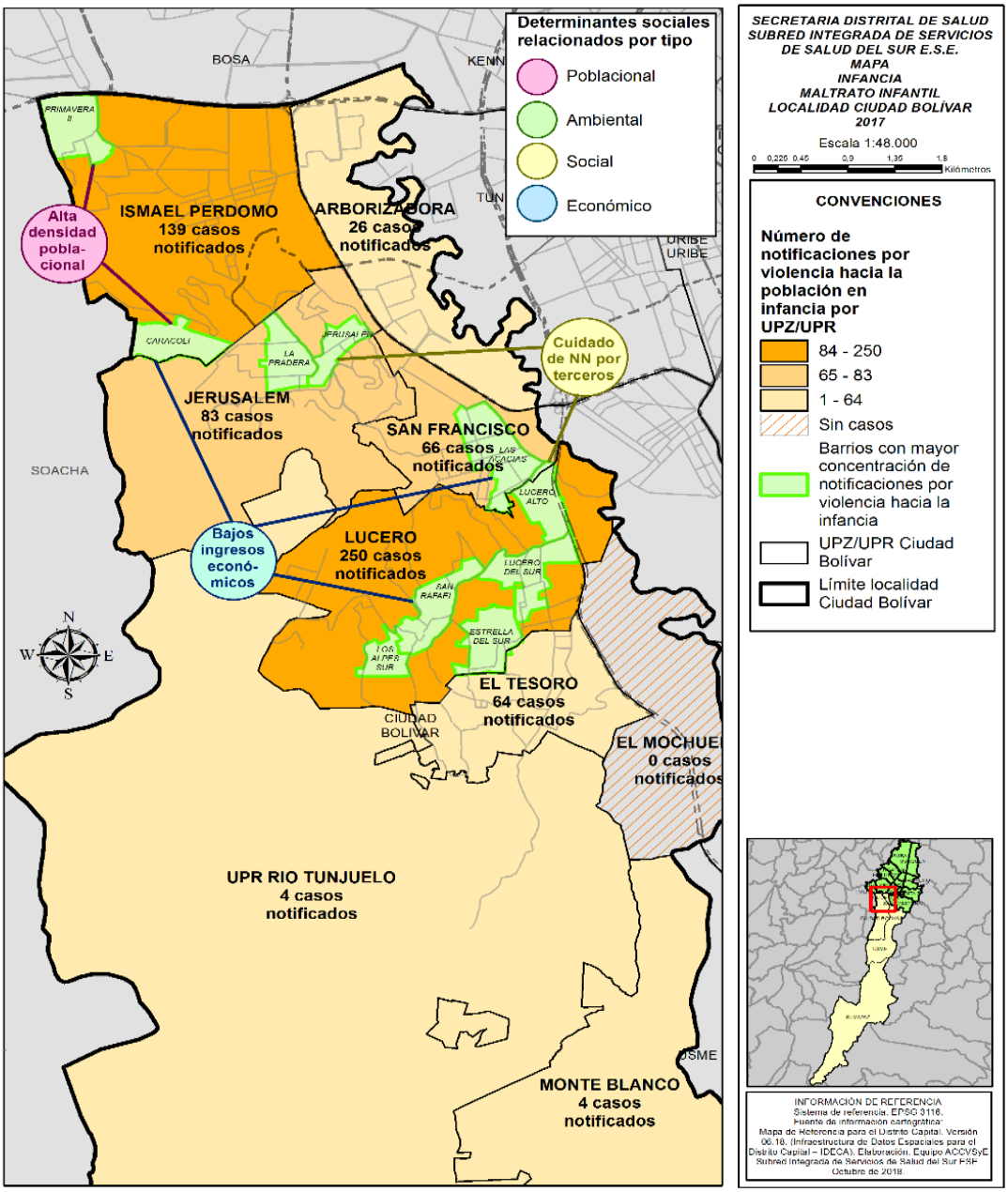
Los servicios de salud son los lugares donde se realiza mayor identificación de violencia sexual con un 72,9% (n=137), lo cual se relaciona con el tipo de atención que se realiza, la experticia de los profesionales de la salud y la necesidad de las familias en cuanto a la atención. Los planteles educativos aportan el 12,8% (24 casos), sin embargo es necesario fortalecer los procesos de identificación al interior de las instituciones, en los docentes y personal del sector educativo. Adicionalmente se contó con seis notificaciones (3,2%) por la línea 106 y dos casos (1,1%) como reporte comunitario, donde se establece contacto con una institución para establecer denuncia de este tipo de eventos.

Es importante mencionar que de los 188 casos notificados, 65 de ellos (34,6%) fueron considerados como fallidos al no ser posible la identificación de la familia y luego de hacer diferentes acciones como visitas domiciliarias y llamadas telefónicas. Esto se presenta con mayor frecuencia en los casos de violencia sexual, lo cual puede estar relacionado con el miedo a las repercusiones de una notificación y a la dificultad de esclarecer la información debido a la gravedad de los casos.

El comportamiento espacial de los eventos reportados por maltrato infantil en la localidad de Ciudad Bolívar se caracteriza por concentrar su ocurrencia en las UPZ Lucero e Ismael Perdomo, con concentración de casos notificados en los barrios Lucero Alto, Lucero del Sur, Estrella del Sur, San Rafael, Los Alpes Sur, Caracolí y Primavera II. Así como barrios Jerusalem y Pradera de la UPZ Jerusalem, y el barrio Las Acacias de la UPZ San Francisco (

Mapa 6), territorios en donde converge una alta densidad poblacional, reflejado en el número de integrantes de las familias de la localidad y la alta demanda de transporte público y servicios sociales, bajas oportunidades de empleo que generen ingresos para que las familias logren superar necesidades básicas, lo que en conjunto configuran escenarios con alta carga psicológica en donde la población infantil se ve afectada al no disponer de redes de apoyo para su desarrollo integral, impactando en la adherencia a servicios de salud, espacios y tiempos para la recreación y el ocio, así como acompañamiento a la formación académica básica y media.

Mapa 6. Maltrato infantil, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SIVIM, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2017.

Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional Infancia

En 2017 el componente SISVAN escolar logró realizar valoración nutricional a 243 estudiantes de 6 a 11 años, residentes en Ciudad Bolívar. Se identificó una prevalencia de desnutrición crónica de 4,9% (n=12) y se estima que hay tres hombres por cada mujer notificada con talla baja. No se identificó escolares con pertenencia étnica, ni población LGBTI, tampoco víctima del conflicto armado. Al

momento de la valoración no se identificaron casos de escolares de 6 a 11 años con desnutrición global.

En la localidad de Ciudad Bolívar se reconocen condiciones estructurales en la desnutrición de población escolar, relacionadas a pobreza y necesidades básicas insatisfechas. Los factores socioeconómicos son importantes en las familias de Ciudad Bolívar, la cuales tienen ingresos económicos de 1 a 2 salarios en un 91,9% y el 8,1% reciben ingresos de 3-4 salarios. El bajo poder adquisitivo de las familias influye en la compra y selección de alimentos de alto valor nutricional y reflejan las condiciones sociales y afectivas que enfrentan los niños en sus hogares.

En algunas familias la situación de desplazamiento forzado afecta la seguridad alimentaria y el estado nutricional de las personas que la conforman, dado que la disponibilidad de alimentos y recursos no es la misma que la de su lugar de origen. En algunas familias los recursos no alcanzan para brindar a su familia una alimentación adecuada, y en donde los cuidadores, y en especial la madre, se quedan sin comer para dejar que los niños coman algo más y la preocupación todo el tiempo es que a sus hijos no les falte la comida.

Un factor importante se asocia a los patrones de consumo de alimentos, impartidos en la primera infancia, los cuales reflejan el resultado del estado nutricional de la población en la infancia, es decir, en Ciudad Bolívar la población infantil tienen mayor consumo de azucares, llegando a representar un 95,8% de la población identificada, seguido de cereales y grasas con 95,3% y en menor proporción se ubica el consumo de frutas con 53,3%.

De acuerdo a lo anterior, en la valoración nutricional por índice de masa corporal en población infantil se identificó que el 19,8% (n=48) de escolares presentan sobrepeso, el 13,6% (n=33) obesidad, el 4,5% (n=11) riesgo de delgadez y el 0,8% (n=2) delgadez. Con relación al sexo y diagnóstico por índice de masa corporal, con sobrepeso la distribución de casos es equitativa en ambos sexos con 24 casos en hombres y mujeres respectivamente, frente a la obesidad la mayor proporción de casos se presentan en hombres con el 69,7%.

Llama la atención los casos de delgadez y riesgo de delgadez (n=13), de los cuales el 69,2% se presenta en hombres de 6 a 11 años. La desnutrición crónica en edad escolar conlleva dificultades en el proceso de aprendizaje, lo cual afecta el rendimiento académico y puede desencadenar deserción escolar de los menores. Mientras que los niños obesos y con sobrepeso tienen más probabilidades de padecer enfermedades no transmisibles a edades más tempranas como la diabetes o las patologías cardiovasculares y desencadenan problemas psicosociales

relacionados con su apariencia y autoestima. El acceso de la población infantil a los servicios de salud es bajo y se encuentra supeditada a imaginarios y conceptos de padres o cuidadores como *"el niño está sano*", por lo cual no acceden a los servicios de salud.

Dimensión Salud y ámbito laboral

Se estima que en Bogotá la proporción de trabajo infantil se sitúa en el 6,8%, lo que corresponde alrededor de 106.163 niños, niñas y adolescentes (NNA) realizando algún tipo de actividad laboral. Las localidades de Usme y Ciudad Bolívar presentan un mayor número de NNA en esta situación.

El Espacio de Trabajo reconoce en 2017 un total de 312 niños y niñas vinculados a trabajo infantil; dentro de los razones por las que trabajan el 84,9% aportar a la economía familiar, el 10,9% por necesidad económica, el 3,5% cohesionado por otros y el 0,6% por necesidad personal.

La desescolarización es un factor desencadénate del trabajo infantil; de la población atendida por Espacio Trabajo se encontró que el 3,1% de niños y niñas se encuentran desescolarizados. De acuerdo a la actividad, prevalecen las ventas ambulantes, ayudantes de construcción, ayudante de parqueaderos, ayudantes en pequeños negocios del comercio. En cuanto al tiempo destinado para estas actividades, así como la ganancia son difíciles de estimar debido a la ausencia de información confiable al respecto.

Las principales afectaciones en salud se relacionan con lesiones físicas, enfermedades o accidentes relacionados al trabajo desempeñado, afectaciones respiratorias, desordenes de neurodesarrollo e intoxicaciones y accidentes laborales asociados a condiciones de discapacidad, otro factor de riesgo es no contar con garantías laborales de seguridad social en salud y riesgos laborales.

En cuanto a los riesgos psicológicos, se asocian situaciones de violencia, vinculación con pares negativos, consumo de SPA, deserción o bajo rendimiento escolar, alteraciones emocionales o de autoestima, retardo en el desarrollo mental y demás factores relacionados con la no realización de actividades acordes a su edad como el juego, recreación y deporte, que favorezcan el compartir tiempo con pares y el desarrollo óptimo del proyecto de vida.

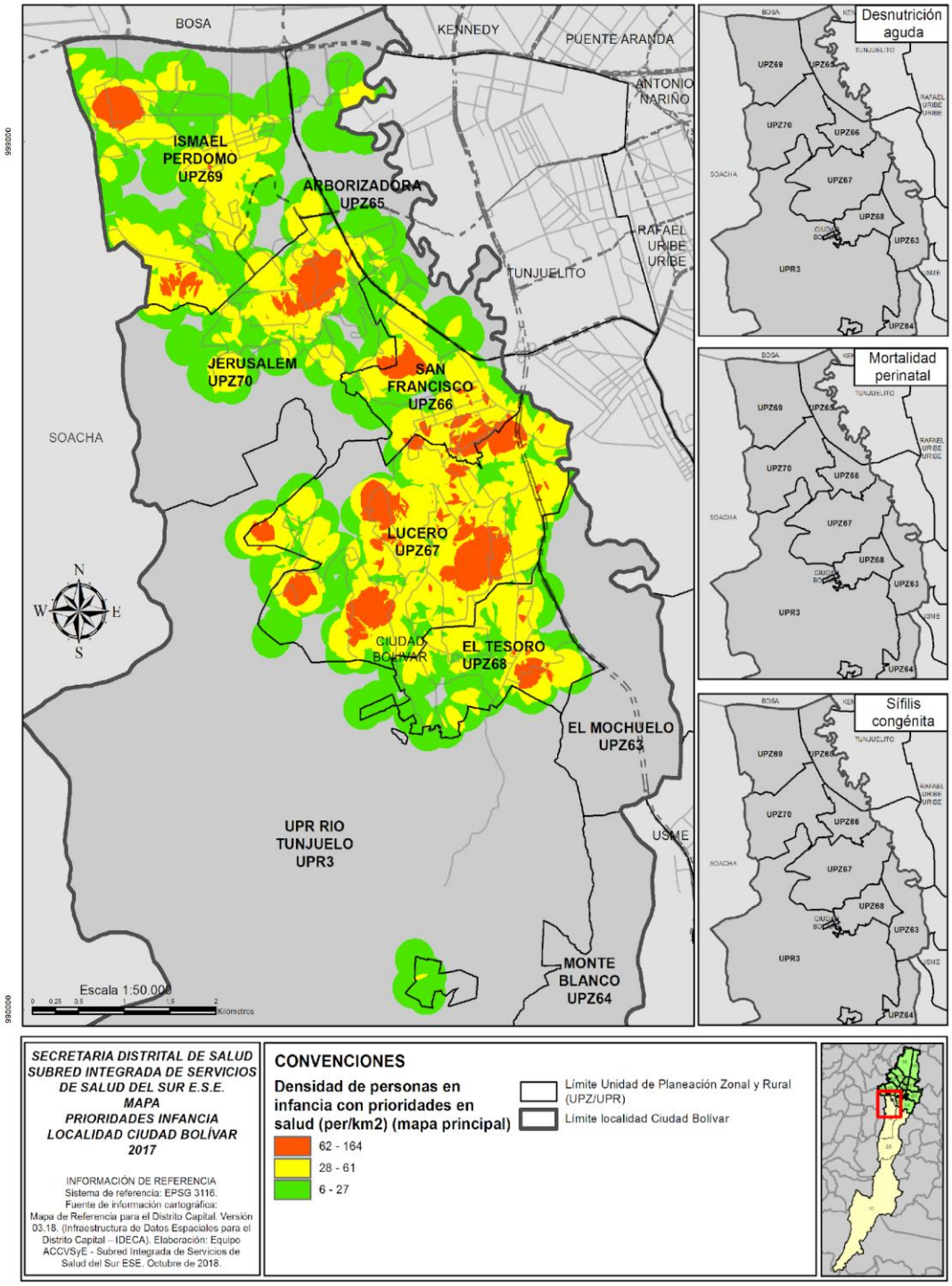
Puntos críticos del momento del Curso de vida Infancia

De acuerdo con la distribución espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida de infancia se establecer que los barrios Caracolí, Primavera II, Jerusalem, Juan José Rondón, Bellavista Lucero Alto, Juan Pablo II, Los Alpes del Sur, Bella Flor, Paraíso Quiba y El Mochuelo concentran la mayor cantidad de situaciones que aportan a comprender el contexto de los determinantes sociales de la salud que afecta el proceso salud – enfermedad (

Mapa 7), dentro de las cuales se pueden nombrar la alta densidad poblacional que implica una alta demanda de servicios públicos, sociales y de salud, competencia en la búsqueda de empleo al interior de las UPZ y la localidad, hacinamiento en las viviendas, y otras condiciones en salud que impactan con mayor intensidad a la población infantil como las enfermedades transmitas por alimentos, agua y otras transmisibles.

Desde una perspectiva social, los barrios en donde se concentra el riesgo en salud para la localidad, citados anteriormente, también presentan condiciones económicas precarias, dado que la falta de oportunidades laborales estables para las familias o el trabajo informal no logra en las familias un ingreso monetario estable y suficiente para superar necesidades en vivienda, vestuario, alimentación o salud, en donde los grupos poblacionales vulnerables como las gestantes y la población infantil restringen oportunidades para el pleno ejercicio de sus derechos, desde la participación incidente hasta el mismo derecho al agua.

Mapa 7. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SISVAN, 2017.Localidad Ciudad Bolívar, Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Años 2012 a 2017, cuadros de salida. Año 2016 (corte 23 enero 2017, ajustado en enero 2017). Año 2017: enero a diciembre (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018), dato preliminar sujeto a cambios.

Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Infancia

Desde Espacio Educativo, a través de la estrategia *Sintonizarte*, se realiza un abordaje a niños y niñas de 4 a 7 años de los grados preescolares a segundo de primaria en instituciones educativas priorizadas, donde se fortalecen las prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud oral; este proceso busca resultados desde el inicio, para contar con comunidades con saberes, actitudes, valores y prácticas saludables basadas en una nueva ética del cuidado que prevenga daños futuros y aporte a la regeneración de daños pasados.

El Espacio Vivienda, desde la estrategia AIEPI comunitario, brinda educación en los cuidados durante la primera infancia entre los cuales se incluyen el fomento de la lactancia materna, alimentación saludable, cuidado del niño enfermo en el hogar, buen trato, prevención de accidentes, entre otros. Se hace uso de estrategias didácticas que facilitan la comprensión y se evalúa la apropiación de la educación dada en cada seguimiento realizado. Se establece un diálogo de saberes con la familia en el cual se busca incidir en cambios de conducta saludables teniendo en cuenta la cultura y los recursos materiales con que cuenta la familia. En relación con las condiciones de habitabilidad y de alta concentración de material particulado se realizan acciones integrales desde los perfiles de enfermería y técnico ambiental en las cuales se educa en medidas preventivas y acciones puntuales en el hogar que puedan mitigar riesgos de acuerdo a las particularidades de la vivienda.

Desde Espacio Trabajo en los niños niñas y adolescentes que acompañan en las Unidades de trabajo se realiza dentro del plan familiar el abordaje de la temática implementando 10 habilidades para la vida orientando tanto a padres, cuidadores como a los niños y adolescentes a la implementación de actividades que fortalezcan el uso adecuado de tiempo libre, vinculación a actividades escolares y cuidado de la salud y el adecuado desarrollo integral.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia

A nivel sectorial Ciudad Bolívar cuenta con 37 centros de atención en salud, de las 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 Integrada de Servicios de Salud del 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.

A nivel de servicios de salud asistencial en este curso de vida se ofertan programas de protección específica: vacunación, atención preventiva en salud bucal y programas de detección temprana: detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo (menores de 10 años) y detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual en cada uno de los centros de atención de la Subred Sur. En salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componentes.

A nivel intersectorial se cuenta con el apoyo de la Alcaldía Local, quien realiza acompañamiento y gestión local; IDARTES con el proyecto 993 E*xperiencias Artísticas para la Primera Infancia* del Instituto Distrital de las Artes; ICBF CZ Ciudad Bolívar realiza *Promoción de la Resiliencia Familiar y Fortalecimiento del Vínculo Afectivo* desde edades tempranas Promoción de la Resiliencia Familiar y Fortalecimiento del Vínculo Afectivo desde edades tempranas desde los centros de desarrollo integral a primera infancia (CDI), Hogares comunitarios (HCB) y programas FAMIS. Secretaria de Integración social con programas de atención a primera infancia, proyecto 1096 Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia y jardines infantiles. Secretaria de educación distrital con oferta educativa para garantizar el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo.

Otras instituciones como Centro Amar con el proyecto 760 *Protección integral y desarrollo de capacidades de niños, niñas y adolescentes*. Colegio Dios es Amor - Lucero Alto a través de proyectos productivos; Centro Crecer en Vista Hermosa desarrolla programas de educación no formal de la Secretaria de Integración Social, niños, niñas y jóvenes de 7 a 18 años en condición de discapacidad.

5.3. Análisis del momento del curso de vida Adolescencia (12-17 años)

Los adolescentes en la localidad aportan el 10,1% (n=74.245) sobre el total de la población, la adolescencia es una etapa llena de oportunidades, de cambios físicos, emocionales y psicológicos, en esta etapa se deben superar inequidades socio-culturales en un contexto que pone en juego procesos de autonomía donde se ven expuestos a situaciones como consumo de sustancias psicoactivas, violencia sexual, conducta suicida, embarazo en adolescentes, inseguridad alimentario y trabajo en condiciones no seguras, las cuales se describen a continuación

Dimensión Convivencia social y salud mental

El consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) es una problemática que en los últimos años se ha incrementado en Bogotá a causa de múltiples factores relacionados con la pobreza, el crecimiento de la ciudad, la falta de oportunidades educativas y laborales para los adolescentes, jóvenes y en general por las dificultades de una sociedad moderna. En el año 2016 se realiza en Bogotá el *Estudio sobre consumo de SPA*, el cual arroja que Ciudad Bolívar es una de las localidades con mayores prevalencias de consumo.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA) en 2017 logró captar 521 personas con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas residentes en Ciudad Bolívar. El momento de curso de vida adolescencia aporta el 41,5% (n=216) de los casos, donde el 79,6% corresponde a hombres y el 20,4% mujeres. Esto significa que por cada mujer que presenta abuso de dichas sustancias se hallan cuatro hombres con el mismo tipo de consumo.

Respecto al nivel educativo, el 76,4% cursan secundaria incompleta, un 12,5% primaria completa y el 9,7% primaria incompleta, se observa un alto porcentaje de consumidores de SPA con educación básica, lo cual puede estar relacionado con deserción escolar asociada al consumo y que se refleja con el 40,3% que presentan deserción escolar. El 59,7% de los adolescentes continúan en procesos educativos.

El grupo de amigos desempeña un papel importante en el desarrollo de los adolescentes, pues es a través de éste que se crean códigos y patrones de conducta sociales, los cuales en ocasiones van en desacuerdo con los establecidos en el hogar. Cuando los adolescentes tienden a relacionarse con un grupo de pares con conductas disruptivas tiene mayor predisposición a adquirir dichas conductas. Con relación a la droga de inicio, el 36,6% de los adolescentes iniciaron con cigarrillo, para los hombres la segunda droga fue la marihuana (34,9%) y en las

mujeres la segunda droga fue alcohol (37,3%), respecto a la edad de inicio del consumo de drogas en ambos sexos se inició en la infancia con una edad promedio de 12 años en hombres y de 13 años en mujeres.

El sitio habitual del consumo en hombres y mujeres principalmente lo realizan en vía pública y en casa de amigos en un 25,2% respectivamente, seguido del parque con 24,2%, en menor proporción se ubica la vivienda 8,6%, bares 8,6% y establecimientos educativos 7,9%. Dentro de las unidades de análisis se identificó que la localidad carece de espacios para la ocupación del tiempo libre de los adolescentes, son pocos los espacios culturales y deportivos. Los parques existentes tienen el imaginario de ser zonas en los cuales se consume SPA y se cometen hurtos.

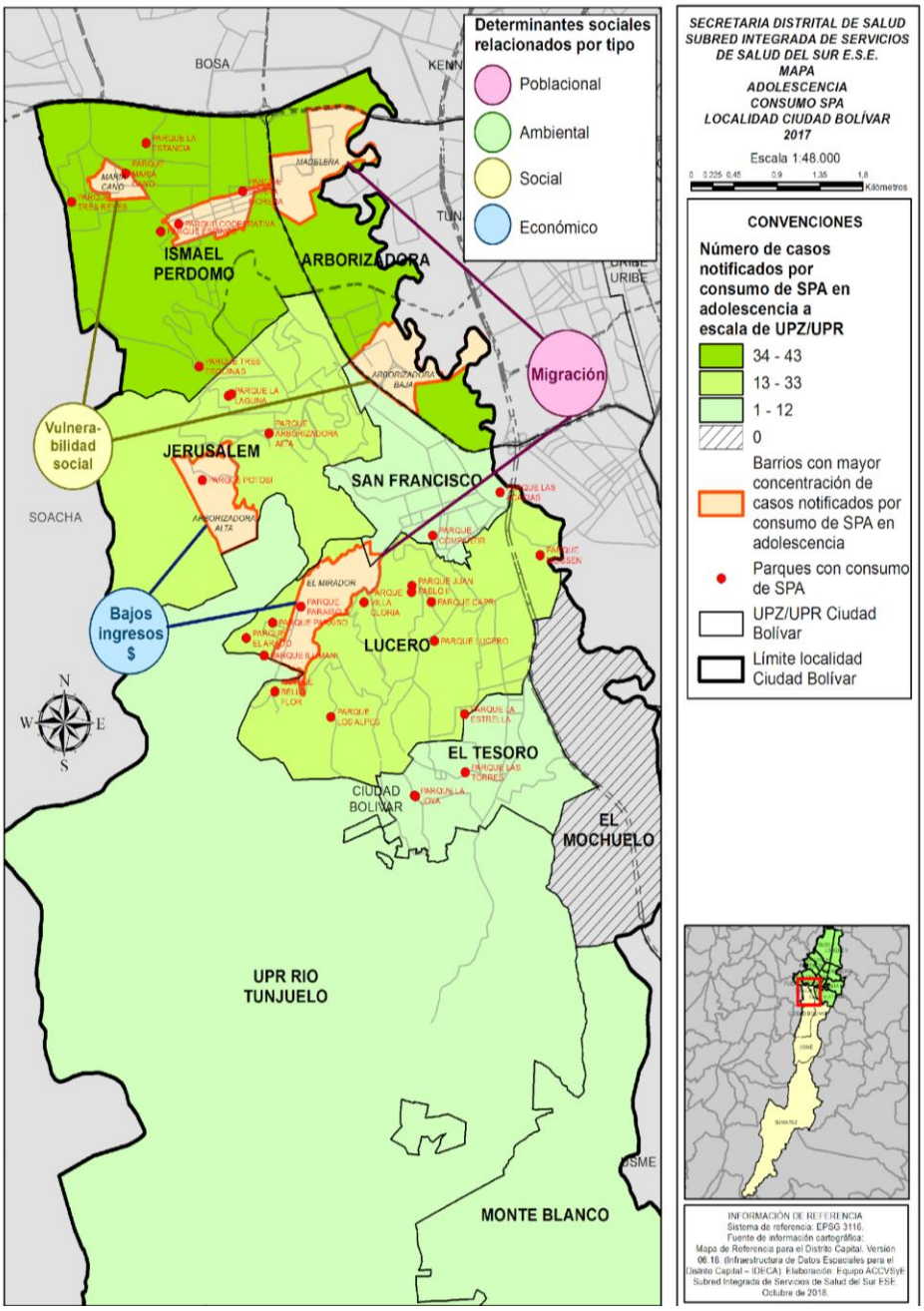
Dentro de los factores de riesgo ante el consumo de SPA, en un primer momento se encuentra la alta permanencia de los adolescentes en calle a causa de falta de supervisión de adultos responsables; los padres que laboran lejos de sus viviendas se ven obligados a dejarlos solos; el déficit de tiempo compartido en familia agudiza la calidad en la comunicación y por los problemas familias como violencia, etc.

Dentro de los factores institucionales y sociales, en la localidad hay carencia de programas sociales que propendan por prevenir consumo de SPA, existe presencia de algunas instituciones o fundaciones que dirigen sus esfuerzos a realizar acciones de rehabilitación de consumo de SPA.

Las UPZ con mayor afectación son Ismael Perdomo y Arborizadora en los barrios Arborizadora Baja, Madalena, María Cano y Perdomo Alto, se presenta vulnerabilidad social con bajas oportunidades de ocupación del tiempo libre, las bibliotecas públicas e inclusive los parques públicos, se convierten en escenarios para la comercialización y consumo de sustancias psicoactivas, sin desconocer que este evento se presenta en calles y avenidas de la localidad y en puntos críticos como el Parque de La Estancia, Parque Sierra Morena, Parque María Cano, Parque El Espino y Parque Cooperativa (

Mapa 8). En los barrios Arborizadora Alta y El Mirador, de las UPZ Jerusalem y Lucero, los puntos críticos se dan en los parques Potosí, Paraíso, El Arado, Illimani, Villa Gloria y Bella Flor.

Mapa 8. Consumo de sustancias psicoactivas adolescencia, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: VESPA, 2017. Localidad de Ciudad Bolívar.

Conducta suicida

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de las Conductas Suicidas (SISVECOS) durante el año 2017 recibió 616 notificaciones de algún tipo de conducta suicida en el curso de vida adolescencia, de las cuales 527 cuentan con

seguimiento para una efectividad del 85,6%, en consecuencia 89 casos no registran una valoración integral que permitan definir el tipo de conducta presentada, pero representa un importante número de casos que evidenciaron señales de alerta para la generación de la notificación. Los casos no pueden atenderse en su totalidad debido a problemas de ubicación en cuanto la calidad de los datos registrados o la veracidad de los mismos

Tabla 7. **Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017**

Tipo de conducta	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Amenaza suicida	12	66,7	6	33,3	18	2,9
Ideación suicida	144	36,6	249	63,4	393	63,8
Intento de Suicidio	28	24,6	86	75,4	114	18,5
Suicidio consumado	1	50,0	1	50,0	2	0,3
Sin seguimiento	32	36,0	57	64,0	89	14,4
Total	**217**	**35,2**	**399**	**64,8**	**616**	**100**

Fuente: Base SISVECOS subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

El cuanto la distribución por sexo se observa que por cada dos casos en mujeres, se presenta uno en hombres, este dato difiere al interior de los diferentes tipos de conducta suicida, en la amenaza suicida, entendida como la intención de hacerse daño frente a una persona o familiar y requiere atención de urgencias, cuenta con más casos en el sexo masculino, caso contrario ocurren en el intento suicida, donde la diferencia por sexo es aún más marcada en el sexo femenino y la relación es de tres mujeres por cada hombre.

La ideación suicida entendida como los pensamientos poco frecuentes, recurrentes e incluso con planes estructurados relacionados con la intención de morir, son el tipo más frecuente de los casos notificados, lo que requiere estar atentos a las señales o conductas relacionadas, así como el entrenamiento al personal de salud en especial, pero también a funcionarios de otros perfiles e incluso la comunidad general que pueda ayudar en la prevención e identificación de casos de conducta suicida en la localidad.

Con relación a los dos casos de suicidio consumado se identificó en uno de los casos, niña de 15 años, con problemas familiares en especial con la madre, antecedentes de ideación suicida, hospitalizaciones, así como antecedentes familiares con suicidio consumado y otros que manifestaban ideación suicida. El segundo caso, varón de 13 años, presentaba una enfermedad que era evidente para los demás generando baja autoestima, adicionalmente perdió a su madre y el padre lo dejo al cuidado de otros familiares, sumado a una decepción amorosa que

pese a su corta edad lo afecto de una manera definitiva, relacionado con la decisión de terminar con su vida.

Según los datos registrados, 123 casos requirieron algún tipo de hospitalización relacionada con la conducta suicida, lo que representa un 20% de los casos, lo que refleja la gravedad del evento y el riesgo que corren estos jóvenes si no se realizan las acciones de seguimiento pertinentes; 82 casos, cerca del 13,3% presentaron una conducta reincidente, lo que refleja la importancia no solo de la detección temprana del caso, sino de una atención integral de la persona más allá de la atención de urgencia o prioritaria a un tratamiento que permita disminuir significativamente que esta situación se repita.

La distribución de casos por aseguramiento, presentan un comportamiento más acorde a la distribución de la población general con un 60,7% adscrito al régimen contributivo, un 33,4% al subsidiado y 2,6% no asegurado, hecho que contrasta con los datos de violencia, donde la relación es contraria, posiblemente debido a estos eventos aún generan temor en cuanto posibles represalias por parte de los presuntos agresores, además de mayor dificultad para la identificación de los casos.

Se identificaron seis casos (1,0%) de menores con discapacidad y 26 (4,2%) en condición o situación de desplazamiento, factores que pueden generar repercusiones emocionales que favorezcan los pensamientos relacionados con la conducta suicida. Adicionalmente se localizan ocho gestantes (1,3%) que no solo ponen en riesgo su vida sino la del bebe por nacer, generando una situación de alerta en esta población. Cabe mencionar que de la totalidad de casos el 5,0% (n=31) registran como factor de riesgo el consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto el tipo de familia se evidencia que cerca de la mitad de casos cuentan con familias de tipo nuclear (26,8%) y mononuclear (23,9%), seguidos por mixta o ampliada (19,6%) y la extensa (15,3%). Por último, es importante mencionar que el hogar es el principal sitio donde se presenta los diferentes tipos de conducta suicida, siendo vital el seguimiento constante de los padres y los miembros de la familia para la detección temprana de casos.

En Ciudad Bolívar los principales factores asociados al evento son los problemas con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, con 70 casos (11,4%), seguido por los problemas relacionados con padres y familiares políticos con 53 casos (8,6%), seguido por inadaptación educacional o desavenencias con maestros y compañeros en 50 casos (8,1%), seguido por problemas relacionados con la crianza del niño, relaciones de pareja y la ausencia de un miembro de la familia con 48 (7,8%), 38 (6,2%) y 36 (5,8%) casos respetivamente, otros factores

relacionados son las habilidades sociales inadecuadas, estrés, bajo rendimiento escolar, separación, abuso sexual, desaparición o muerte de un familiar, apoyo familiar inadecuado, maltrato, SPA, entre otros.

Maltrato en la adolescencia

Con relación al evento de maltrato en la adolescencia el Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM) aporta en Bogotá 6.079 casos en adolescentes, ubicando a este grupo de edad como el segundo de mayor notificación, superado solamente por la primera infancia, en Ciudad Bolívar se registraron 1.049 casos lo que representa el 17,6% y la ubica como la localidad de mayor notificación de casos, reflejando el riesgo latente de eventos de este tipo en dicho sector.

Los adolescentes aportan el 21,9% de la notificación de los diferentes momentos de curso de vida, la distribución por sexo es muy marcada en contra de las mujeres, presentando tres casos en mujeres por cada hombre víctima de algún tipo de violencia, la efectividad para el seguimiento de estos casos es relativamente similar en los diferentes cursos de vida, para adolescencia se realizó abordaje integral a 679 casos, lo que representa un 64,7%, principalmente por dificultades de ubicación de los casos explican estos datos.

A pesar de ser personas muy jóvenes se registran 86 casos (83 en unión libre y 3 separados), con un estado civil diferente a soltero, lo que representa un 7,9% de los casos evidenciando una vida en pareja a muy temprana edad, con lo que implica en cuanto embarazo adolescente, la dificultad para la culminación de la educación básica, inicio temprano al mundo laboral y las condiciones asociadas como la dificultad para acceder a empleo formal bien pago, a la educación superior y la posible violencia intrafamiliar y/o hijos no deseados relacionado con la inmadurez e impulsividad propias de esta edad.

La escolaridad se asocia directamente a la información vista previamente, donde 166 casos (15,8%) registran que no fueron a la escuela o se encuentran en primaria completa o incompleta, pero teniendo en cuenta la edad de estos jóvenes deberían estar en secundaria incompleta, aunque es posible que menores de 16 o 17 años podrían contar con secundaria completa, pero solamente 20 casos (1,9%) registran tener secundaria completa o una educación superior en curso. Con relación a la población especial se registran 29 menores (2,8%) con discapacidad, así como 33 (3,2%) en situación o condición de desplazamiento.

Los principales agresores continúan siendo los padres al igual que en los menores de 11 años, pero en menor proporción con un 51,9% (n=555), en su mayoría la madre con 36,7% seguido por el padre con 16,2%, a partir de esta edad las relaciones de pareja se establecen como un factor para la violencia intrafamiliar, siendo la pareja o expareja responsable de la agresión en 148 casos (14,1%), otros familiares incluyendo abuelos, hermanos, padrastros aportan 105 casos (10,0%), personas conocidas o desconocidas aportan 177 casos (16,9%) asociado principalmente a la violencia sexual.

Por último, el 4,4% (n=46) se trata de mujeres en embarazo quienes son negligentes en cuanto a la gestación que se desarrolla al momento de la notificación, generalmente en relación al inicio de controles prenatales, teniendo en cuenta el elevado número de mujeres de todas las edades con inicio tardío de controles prenatales, se convierte en un factor de riesgo asociado a diversos eventos relacionados con la dimensión de salud sexual y reproductiva en la localidad, evidenciando la necesidad de fortalecer este tipo de notificaciones.

Los 1.049 casos notificados representan 2.185 tipos de violencia, teniendo en cuenta que un evento de este tipo puede relacionarse con seis tipos de violencia, siendo la emocional la primera de manera inherente, además de la negligencia, el abandono, la violencia económica, física y sexual

Tabla 8. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017

MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Adolescencia	262	787	70	127	35	269	4	23	152	405	18	33	2185
Total / %	1049 / 48,0		197 / 9,0		304 / 13,9		27 / 1,2		557 / 25,5		51 / 2,3		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

La negligencia no tiene en cuenta solamente la no satisfacción de las necesidades básicas de los menores, sino al inicio del periodo de gestación en buena parte de ellas, quienes no inician sus controles prenatales o acceden a los exámenes requeridos; la violencia física cambia en cuanto los agresores como ya se mencionó previamente, asociado al inicio temprano de relaciones de pareja, asociado generalmente a celos y a la inmadurez propia de la edad.

La violencia sexual muestra una cantidad significativa de número de casos, así como una marcada diferencia por sexo, siendo las mujeres las principales víctimas con un 88,5%, esto se puede relacionar a desarrollo precoz de los adolescentes,

una estimulación sexual externa, fomentada por los medios de comunicación y factores sociales, inicio de la experimentación, la moda, así como las exigencias socioculturales del entorno.

Según la legislación Colombiana la población adolescentes de 13 años o menos son víctimas de violencia sexual independiente de si la relación es consentida o no o la opinión de padres y/o cuidadores y requieren acciones legales para garantizar la restitución de derechos, estas edades aportan el 40,8% (124 casos) de las notificaciones, de los cuales el 13,8% a los 12 años y el 27,0% a los 13 años; adicionalmente se registran 73 casos (24,0%) a los 14, 53 (17,4%) a los 15 y 27 (8,9%) a los 16 y 17 años de edad cada uno.

En cuanto la edad del agresor tan solo 11 casos (3,6%) cuenta con edades de 12 o 13 años, 59 casos (19,4%) los agresores contaban entre 14 y 17 años, 60 casos (19,7%) se encontraban en el momento de curso de vida juventud, 87 (28,6%) en adultez, 4 (1,3%) en vejez y 83 casos (27,3%) no contaban con información. Estos eventos se relacionan con factores ya registrados anteriormente como el cuidado de los menores por terceros, poca oferta de manejo de tiempo libre además de las características propias de esta edad, relacionada con la curiosidad, el deseo de experimentar, el establecimiento de relaciones sociales al exterior de la familia, entre otras.

Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles

Baja asistencia a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes

Los jóvenes y adolescentes son prioridad en los servicios de salud. Las decisiones que cada adolescente o joven toma con respecto al cuidado de la salud no son estrictamente determinados por factores individuales; al momento de decidir o de tener alguna condición, entran en juego diversos factores entre ellos los sociales, que le dan opciones de conducta que contribuirán a tener resultado favorable o no en las condiciones de salud.

Los servicios de salud pueden influir y ayudar a adolescentes y jóvenes a protegerse y mejorar sus hábitos y cuidados de la salud apoya la toma de decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas. Este "*poder influir*" es una responsabilidad social de la institución de salud.

Contribuyen a la disminución de costos de atención por eventos asociados a la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes. Además, disminuyen la posibilidad

de que adolescentes y jóvenes asuman comportamientos de riesgo que afecten su capacidad para influir en el futuro, aportando al desarrollo económico y social del país.

La misión de la Subred Integrada de Servicios de salud del Sur ESE, es prestar servicios de salud con enfoque en atención primaria en salud y gestión del riesgo, adoptó mediante Resolución Interna No. 0957 del Julio de 2017, las normas técnicas para los Programas de Protección específica y Detección Temprana, a la población de Primera Infancia (0 a 5 años), Niñez (6 a 9 años) y adolescencia y juventud (10 a 29 años), los cuales se prestan en las diferentes unidades de salud de la Subred. Las acciones en de promoción y detección que se desarrollan con este grupo están enfocadas a identificar factores de riesgo y sobre salud sexual y reproductiva a partir de la consulta de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10 a 29 años) y consulta de Anticoncepción.

Para el año 2017, con base en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), se presentaron un total de 636.779 atenciones de consulta externa, hospitalización y urgencias, de los cuales el 13% (n=82.516) corresponden a consulta a servicios para las edades entre los 10 y los 18 años. Respecto al sexo, se observa que desde la adolescencia y para el rango de 10 a 29 años, se presenta una menor consulta por parte de hombres a los servicios de salud, siendo aproximadamente de una tercera parte comparado con la consulta en mujeres.

Desde las unidades de análisis se identificó que los adolescentes y jóvenes tienen baja adherencia a los servicios de salud relacionado la percepción que tienen de los servicios, en algunos casos se les pide ir acompañados de un adulto, otro factor es el pago de cuotas moderadoras donde los y las adolescentes no cuentan con recursos económicos, desconocimiento de la oferta de salud en adolescentes y jóvenes, desinterés por temas de salud relacionados con la percepción de buena salud y desconfianza en el sistema de salud

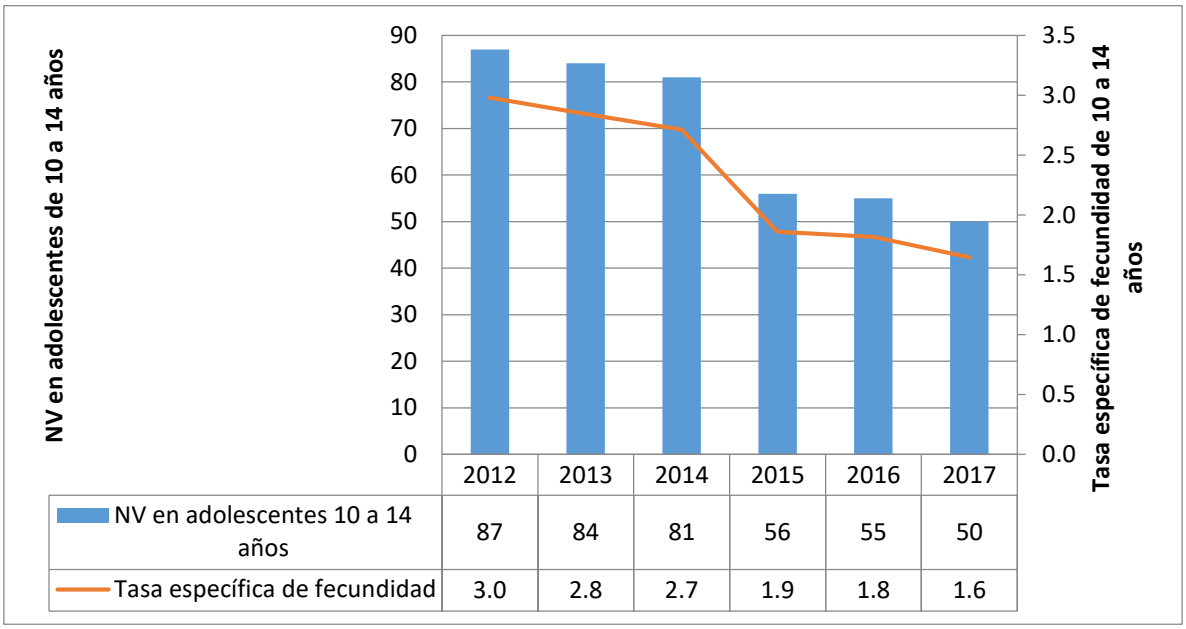
Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Embarazo en adolescentes

El comportamiento de la tasa de fecundidad de 10 a 14 en Ciudad Bolívar, es decreciente pasando de 3,0 en 2012 a 1,6 en el 2017; sin embargo es prioridad, en virtud del código de infancia y adolescencia cualquier relación sexual consentida o no con un menor de 14 años se considera como delito, por lo que la notificación del evento debe ser inmediata.

En el año 2017, se presentaron 50 nacimientos en mujeres de 10 a 14 años residentes en la localidad, con una tasa específica de fecundidad de 1,6 por 1000 nacidos vivos, supera la meta Distrital, establecida en 1,4 en el mismo periodo de tiempo.

Grafica 5. Comportamiento tasa de fecundidad de 10 a 14 años, localidad Ciudad Bolívar, 2012-2017.



Fuente: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018)

Se identifican determinantes sociales en salud desde lo individual, relacionado con el inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes. La edad promedio a la cual los adolescentes inician relaciones sexuales en el país ha disminuido en las últimas décadas; los hombres tienden a perder su virginidad antes de cumplir 15 años y las mujeres antes de cumplir 14 años de edad[4], tiempo en el cual aún se encuentran en inmadurez emocional, lo cual dificulta que se cuenten con conductas de prevención.

La edad de la madre tiene un efecto importante en el desarrollo del bebé y repercute en factores como el aumento de riesgo de los recién nacidos a tener condiciones inadecuadas de salud como el bajo peso al nacer. En la localidad, el 82% (n=41) de los casos fueron recién nacidos a término, de los cuales un 7,9% (n=3) presentó

[4] http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/06/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio.pdf

bajo peso al nacer y el 18% (n=9) que corresponden a recién nacidos pretérmino presentaron bajo peso al nacer en todos los casos.

Uno de los determinantes para el embarazo es el nivel educativo de la madre, en este sentido, al ser madres en etapa de formación y al encontrarse en una fase de desarrollo, presentan vacíos en la apropiación de información relevante para el manejo de su sexualidad como los métodos anticonceptivos, la prevención de ITS y el cuidado del recién nacido. En el año 2017, el 64% (n=32) de las gestantes cursaban estudios de básica secundaria y el 32% (n=16) se encontraban cursando quinto grado, lo cual es consecuente con las edades entre 10 y 14 años; el 2% (n=1) no posee ninguna formación académica y otro 2% (n=1) complementario no aporta información. Es importante tener en cuenta que los casos en que se tiene menor edad y aún se cursa primaria, se presenta un mayor desconocimiento de los métodos anticonceptivos y de la sexualidad en general, por lo tanto se evidencia la gravedad del inicio temprano de relaciones sexuales y de la tipificación como forma de abuso.

Teniendo en cuenta la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se identifica que el 60% (n=30) de las madres, se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado, el 30% (n=15) al régimen contributivo y el 10% (n=5) al régimen complementario. En cuanto a los factores culturales analizados, los aprendizajes son generacionales, es decir, las gestantes adolescentes provienen de hogares en que las progenitoras también lo fueron a temprana edad. Resalta el caso de una menor indígena de 14 años que reporta estar casada con un hombre de 24 años, lo cual está relacionado con prácticas culturales en las cuales el matrimonio y el embarazo a temprana edad tiene una mayor aceptación, requiriendo un abordaje diferencial por parte del sector salud para incidir positivamente en las condiciones de vida de las poblaciones diferenciales, a partir de acciones que tengan en cuenta las particularidades culturales, pero que así mismo garanticen los derechos de los menores de edad.

Respecto a la edad del padre, se identificó que el 50% (n=25) tenía entre 14 y 17 años de edad, el 36% (n=18) entre 18 y 21 años de edad y 10% (n=5) de 22 a 26 años, lo cual evidencia que el progenitor sea mayor en edad a la gestante. En la localidad se presentó un caso de menor gestante de 14 en la cual el progenitor tenía 37 años, lo cual suscita la situación de abuso sexual o explotación sexual y comercial en menor de edad. Respecto al estado conyugal, el 74% (n=37) de las gestantes son solteras, lo cual en muchas ocasiones implica no contar con el apoyo de la pareja o de sus familias, teniendo como determinante en muchos casos la baja existencia de redes de apoyo generando mayor riesgo debido a la vulnerabilidad.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional adolescencia

En Ciudad Bolívar desde el componente SISVAN escolar se logró valorar 256 adolescentes con residencia en Ciudad Bolívar. Según la medición del índice de masa corporal, se identificó que el 13,3% (n=34) presentan sobrepeso, el 11,7% (n=30) obesidad, el mayor se da en mujeres en relación a los hombres. Otro riesgo que se identifico fue delgadez con 7,8% y el riesgo de delgadez en 1,2%. El resto de la población valorada presenta un peso adecuado.

Se identificó que el comportamiento alimentario de adolescente está influenciado por hábitos familiares, interacción con sus pares y la creciente preocupación acerca de la imagen corporal y el reconocimiento y aceptación social. Los principales factores asociados con el sobrepeso y la obesidad son el sedentarismo, inadecuado aprovechamiento del tiempo libre desde edades tempranas y las prácticas alimentarias inadecuadas. Por otra parte, el tiempo excesivo que la población dedican a actividades como ver televisión o jugar con videojuegos

En Ciudad Bolívar la obesidad está asociada a hábitos alimenticios, relacionados con que los adolescentes tienen mayor consumo de carbohidratos, alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables, con relacion al consumo de verduras y frutas. Así como ausencia de actividad física, lo que constituye un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas

Sumado a lo anterior, la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 421 escenarios recreo deportivos, de los cuales el 51,8% (n= 218) son parque vecinales; seguidos de parques de bolsillo con el 46,1% (n=194) y en menor proporción se ubican los parques zonales con el 2,1% (n=9). Frente a la distribución por UPZ Ismael Perdomo contiene el 27,3% (n=115), seguido del 25,4 (n=107) en el Lucero y Jerusalem agrupa el 15,4% (n=65). Los de menor proporción se encuentran en Arborizadora y el Tesoro con el 10%, San Francisco 8,1%; Monte blanco y UPR Río Tunjuelo con 1,4% y 1,0% respectivamente.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con una pobreza del 8,94% según los resultados de la encuesta multipropósito de Bogotá del año 2017; lo que muestra

que una parte importante de los hogares de la localidad no cuentan con los recursos económicos para el acceso a bienes y servicios, obligando a algunos adolescentes a conseguir algún tipo de fuente de ingresos como apoyo a la economía del hogar.

En Colombia la ley de infancia y adolescencia, establece que la edad mínima para trabajar son los 15 años con los beneficios de ley y con el permiso del inspector de trabajo. La jornada laboral de los y las adolescentes no puede exceder las 6 horas diarias y/o 36 semanales. Los adolescentes deben, adicionalmente, desarrollar actividades de formación para el ejercicio de una ocupación, arte, oficio o profesión y continuar en el sistema escolar.

Se identificó que la realidad de la localidad no se ajusta con la norma, a través de las acciones de los Espacio de Trabajo y de instituciones distritales que abordan el tema, los adolescentes de Ciudad Bolívar desarrollan actividades laborales, en condiciones no seguras por la forma en la que se desarrolla; sin permiso, sin reconocer la remuneración de ley y sin prestaciones legales. Las principales causas para que los adolescentes trabajen son:

- ✓ Bajos recursos económicos de las familias.
- ✓ Búsqueda de recursos económicos para suplir sus necesidades personales.
- ✓ Familias numerosas cuya cabeza (con frecuencia monoparental femenina) no logra suplir las necesidades de los miembros.
- ✓ Escaza o nulas redes de apoyo social.
- ✓ No participación en programas estatales que apoyan las necesidades familiares.
- ✓ Se ha encontrado que algunos adolescentes laboran en establecimientos comerciales de sus familias.

Entre las principales actividades que realizan se encuentra atención al público en establecimientos comerciales, en negocios familiares o de terceros; atención a mesas (meseros), organización de mercancía en estantería, entrega de productos en domicilios (domiciliarios) entre otras actividades. No se cuenta con un promedio de horas trabajadas al parecer porque no se contabilizan el tiempo empleado para estas acciones.

En relación a la escolaridad se identificó que el 11% (n=38) de los adolescentes se encuentran desescolarizados, mientras que el 89% (n= 334) se encuentran en el sistema escolar pero algunos no asisten con regularidad lo que afecta en mayor medida la estructuración del proyecto de vida.

Al analizar los determinantes y consecuencias del trabajo adolescente en condiciones no seguras, se encuentra:

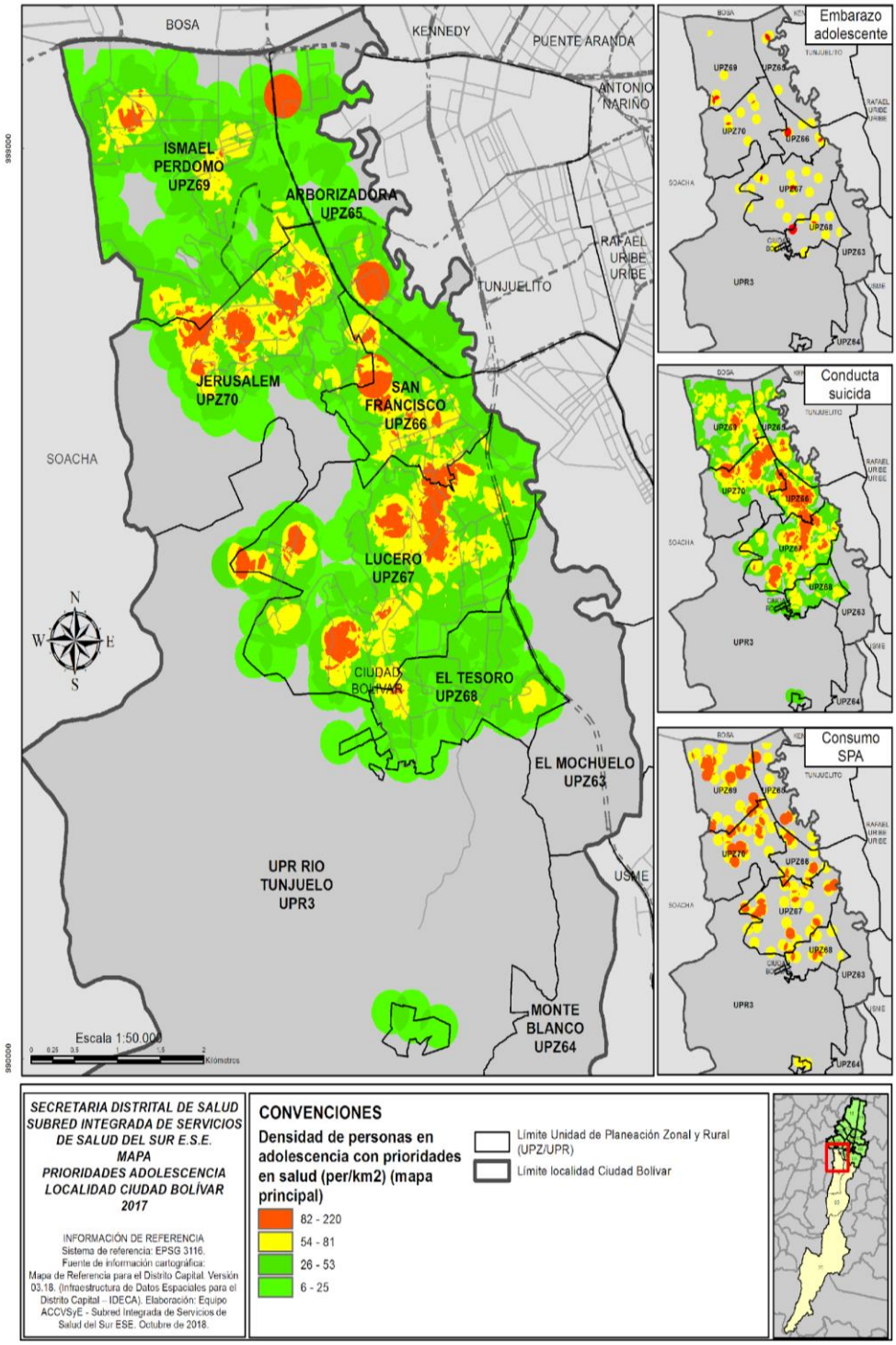
- Efectos negativos sobre la salud de los adolescente trabajadores, por alteraciones físicas y emocionales al estar expuestos a esfuerzos físicos, largas jornadas de trabajo y alteraciones ambientales, lo que genera situaciones de amenaza o peligro como estrés, accidentes y en ocasiones enfermedades afectando su condición y calidad de vida.
- Afecta en el adolescente trabajador su desarrollo social y psicológico, ya que al desempeñar actividades económicas se apartan de su entorno social y la posibilidad de relacionarse con sus pares, prevalece en el menor el interés y preocupación por ejercer su actividad de trabajo debido al ingreso económico que le genera, lo cual lo conlleva a la deserción escolar por dificultades en su aprendizaje y bajo desempeño académico.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Adolescencia

De acuerdo con la distribución espacial de los riesgos en salud en la localidad de Ciudad Bolívar para la población del momento de curso de vida adolescencia se logra identificar que las UPZ Jerusalem, San Francisco y Lucero las que concentran la mayor cantidad de situaciones que inciden en las condiciones de salud y calidad de vida; es por esto que por ejemplo barrios en la UPZ Jerusalem como Potosí, Las Brisas, La Pradera y Jerusalem se exponen permanentemente a contextos de pobreza y bajo ingresos, lo que restringe las posibilidades de invertir en mejoras a las viviendas, en vestuario, alimentación, educación y ocio (

Mapa 9); por su parte en los barrios en donde se concentran los riesgo en salud en la UPZ Lucero se caracterizan por que las viviendas mantienen con constante hacinamiento, las relaciones familiares y comunitaria son problemáticas y la permanente falta de recursos económicos a nivel población conlleva a que los adolescentes se enfrenten a preocupaciones y con ello alta carga psicosocial, que impacta en el desempeño académico, que resulta esencial en esta etapa de la vida para el logro de otras oportunidades como empleo y seguridad social. En la UPZ San Francisco los jóvenes se exponen en los barrios Juan José Rondón, Candelaria La Nueva, San Francisco y Las Acacias a violencia intrafamiliar y bajos ingresos económicos en las familias residentes, lo que implica no contar con los medios necesarios para atender necesidades en salud y sociales, como lo es la alimentación adecuada, vivienda saludable y tiempo de calidad para el esparcimiento y el ocio.

Mapa 9. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SISVAN, 2017.Localidad Ciudad Bolívar, Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Años 2012 a 2017, cuadros de salida. Año 2016 (corte 23 enero 2017, ajustado en enero 2017). Año 2017: enero a diciembre (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018), dato preliminar sujeto a cambios. Fuente: VESPA, 2017.SIVIM 2017. Localidad de Ciudad Bolívar.

Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Adolescencia.

Desde Espacio Vivienda se aborda el área de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazo adolescente, ITS, definición de un proyecto de vida con acciones desde los perfiles de psicología y enfermería. Se brinda educación a los adolescentes y sus padres para la prevención del consumo de SPA.

Desde Vigilancia en Salud Pública Comunitaria en el espacio del COVECOM se abordó el tema de consumo de sustancias psicoactivas con los jóvenes del sector de Bella flor, los temas se enfocaron en prevención del consumo y oferta de servicios desde salud pública.

Dentro de las acciones de la Gestión del Riesgo en Salud se cuenta la obesidad no hace parte de las estrategias de intervención y por lo general siempre se atacan las consecuencias y no las causas. Desde el componente de programas relacionan que actualmente no se llama Ruta de desnutrición sino que cambio a ruta de mal nutrición y dentro de las estrategias que se vienen desarrollando se va a crear la ruta de sobre peso y obesidad lo que no se sabe es cual curso de vida estará dirigida.

La Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE consciente de la importancia de fortalecer las acciones en esta población, implementó la estrategia de SEXPERTOS, en las dos localidades de mayor concentración como es el caso de Ciudad Bolívar y Usme, para lo cual se estableció el CAPS Betania, CAPS Vista Hermosa y la USS Jerusalén para dichos servicio, a la fecha se realiza el diagnostico de las unidades para verificar que cumplan con la infraestructura y recurso humano, de acuerdo a lo establecido en la estrategia del Ministerio.

5.4. Análisis del momento del curso de vida Juventud (18-28 años)

Los jóvenes en la localidad de Ciudad Bolívar aporta el 30,1% (n=147.499) del total de la población, en este grupo poblacional se priorizaron eventos de salud mental relacionados a conducta suicida, consumo de SPA, lesiones de causa externa, prevención de la maternidad y la paternidad y trabajo informal en condiciones no seguras.

Dimensión: Convivencia social y salud mental

Consumo de SPA

Al sistema de vigilancia epidemiológica VESPA durante el 2017, se notificaron 235 jóvenes con residencia en la localidad en Ciudad Bolívar por consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas; el 75,3% son hombres y el 24,7% mujeres.

El 1,3% de los jóvenes se auto reconocen afrocolombianos, el 0,4% indígenas y el 2,6% refirieron ser víctimas del conflicto armado; no se identificó personas con discapacidad, población LGBTI, población en ejercicio de prostitución, ni ciudadano habitante de calle. En cuanto al nivel educativo el 86% de los jóvenes tienen básica secundaria, seguido de básica primaria con 7,7%, el 4,3% es técnico, el 1,3% es analfabeta y el 0,9% universidad incompleta, en cuanto a la condición escolar el 52,8% estudian, el 46% no se encuentran vinculados académicamente y el 1,3% abandono estudios recientemente. Se puede inferir que la deserción escolar se encuentra relacionada con el consumo de SPA.

Frente al aspecto económico en jóvenes con consumo de SPA, el 59,6% refieren ingresos de trabajo individual, el 8,1%, refieren que son producto de la ilegalidad, el 7,7% no brindan información al respecto, el 6,4% refieren actividades por días, mientras que el 8,3% refieren contrato a término fijo y el 0,4% mendicidad.

La droga de inicio en jóvenes es el tabaco, principalmente cigarrillo, con 49,8% seguido por marihuana con 22,1% y alcohol 17, 4%. Estas tres sustancias agrupan 89,4% del total de los casos. La droga secundaria de mayor consumo es alcohol con 37% (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Ciudad Bolívar, 2017.

Sustancias psicoactivas	Droga de Inicio		Droga 2		Droga 3		Droga 4		Droga de mayor impacto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco (Cigarrillo)	117	49,8	37	15,7	9	3,8	11	4,7	24	10,2
Marihuana	52	22,1	55	23,4	88	37,4	11	4,7	94	40,0
Alcohol	41	17,4	87	37,0	29	12,3	13	5,5	17	7,2
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	12	5,1	15	6,4	16	6,8	20	8,5	20	8,5
CB, Tusi	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metanfetaminas(Meterían)	2	0,9	0	0,0	3	1,3	2	0,9	0	0,0
Bazuco	2	0,9	12	5,1	14	6,0	21	8,9	61	26,0
Clonazepam(Rivotril, Ravotril, Coquan, Sedatril, Clonatryl, Acepran)	1	0,4	0	0,0	7	3,0	8	3,4	1	0,4
Cocaína	1	0,4	12	5,1	24	10,2	39	16,6	6	2,6
Akinetón	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lorazepam (Ativam)	1	0,4	2	0,9	5	2,1	1	0,4	1	0,4
Marihuana Cripi o Cripa	1	0,4	4	1,7	2	0,9	3	1,3	3	1,3
Metilfenidato (MFD, Ritalina, Concerta)	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Popper(Nitrito de amilo, Butilo)	1	0,4	3	1,3	1	0,4	2	0,9	3	1,3
No hay droga	0	0,0	6	2,6	32	13,6	86	36,6	0	0,0
Dic, Ladys o Leydis (Cloruro de metileno o dichlorometano)	0	0,0	2	0,9	5	2,1	13	5,5	3	1,3
Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
Éxtasis (MDMA)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Meperidina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Mezclas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Otras	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
TOTAL	235	100,0	235	100,0	235	100,0	235	100,0	235	100,0

Fuente: sistema de vigilancia epidemiológica VESPA 2017

Lesiones de Causa Externa:

Las lesiones de causa externa son definidas por el Instituto Nacional de Salud como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional[5].

[5] Lesiones intencionales: Son entendidas como el resultado de violencia que ejerce una persona contra sí misma (Lesión autoinflingidas), o entre las personas con el propósito de lesionar, herir o quitarle la vida a otra persona.(Lesión por terceros). Lesiones no intencionales: Referidas a los accidentes de cualquier índole (accidentes de tránsito, accidentes laborales, accidentes en el hogar, Las quemaduras, intoxicaciones, caídas, etc.)

El Subsistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) durante el año 2017 registro 3.372 notificaciones de eventos en la localidad, de las cuales el 38,1% (n=1.286) se presentaron en el momento de curso de vida juventud, un 30,1% (n=387) fueron lesiones intencionales y el 69,7% (n=896) no intencionales, encontrando que las lesiones intencionales representan un mayor porcentaje en la juventud respecto a los demás momentos de curso de vida.

Tabla 10. Lesiones de causa externa intencionales y no intencionales por mecanismo, momento de curso de vida juventud, Ciudad Bolívar, 2017.

Evento	No Intencional	%	Intencional	%	Total
Otro Mecanismo	347	83,0	71	17	418
Arma / Objeto Corto punzante	171	41,3	243	58,7	414
Arma / Objeto Contundente	146	68,9	66	31,1	212
Caída de su propia altura	187	98,9	2	1,1	189
Caída	32	100	0	0,0	32
Quemadura	28	96,6	1	3,4	29
Arma de fuego	0	0,0	19	100	19
Ahogamiento	1	50	1	50	2
Intoxicación / Envenenamiento	1	50	1	50	2
Explosivo	0	0,0	1	100	1

Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud 2017.

De acuerdo a la notificación, las lesiones no intencionales más comunes están relacionadas con caídas desde su propia altura, arma u objeto corto punzante y arma u objeto contundente. Se presenta una alta incidencia de otros mecanismos, entre los cuales se encuentran caídas, accidentes de tránsito, mordeduras y aplastamiento, entre otros. Las lesiones intencionales notificadas se presentan en su mayoría por arma u objeto corto punzante, arma u objeto contundente, arma de fuego y otros mecanismos, relacionándose en un alto porcentaje con agresiones y eventos de violencias.

La ocurrencia de cada uno de los eventos está relacionada con las condiciones de vida y los determinantes presentes en el territorio, influyendo así mismo en el mecanismo y el tipo de lesión. Factores geográficos y del ambiente construido como las condiciones de la vivienda, el estado de las vías y andenes y la accesibilidad pueden incidir en la ocurrencia de accidentes en el hogar y accidentes de tránsito.

La pobreza, la baja educación y la impunidad son determinantes en la generación de factores de riesgo para la violencia intencional. Otro de los determinantes es el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el consumo de bebidas

alcohólicas durante los fines de semana y días festivos, el cual puede incidir en la ocurrencia de situaciones que afectan la convivencia social, desencadenando en riñas callejeras o accidentes de tránsito. Al realizar análisis de la notificación, se encuentra que el 6,1% se presentó consumo de alcohol y en el 2,2% consumo de SPA.

El acceso y uso inadecuado de armas de fuego y corto punzantes es otro de los factores encontrados que inciden en la ocurrencia de eventos de lesiones. En la localidad, se presentaron cinco fallecimientos en jóvenes, dos por arma de fuego, dos por arma corto punzante y uno por accidente de tránsito. Las muertes por arma se relacionaron con violencia común y fueron ocasionadas por un tercero; adicionalmente en las dos muertes por arma corto punzante se presentó consumo de alcohol. Los sistemas de regulación saturados por la alta demanda, generan impunidad para los casos de delincuencia común, lo cual incide en que no se tenga un castigo por lesiones como atracos.

En el caso de accidente de tránsito, se presentó en joven de 20 años en calidad de peatón en vía de Transmilenio, un determinante identificado es la dificultad de afrontamiento e inadecuado resolución de conflictos por parte de jóvenes.

Tabla 11. Distribución de investigaciones epidemiológicas de campo de lesiones no intencionales por evento y sexo, Ciudad Bolívar, 2017

Evento	Hombre	Mujer	LGBTI	Total	%
Caída de su propia altura	55	42	3	100	37,2
Otro mecanismo	53	15	0	68	25,3
Arma / Objeto Corto punzante	31	19	1	51	19,0
Arma / Objeto Contundente	24	4	0	28	10,4
Caída de Altura	9	9	0	18	6,7
Arma de fuego	1	1	0	2	0,7
Quemadura líquido hirviente	2	0	0	2	0,7
Total	175	90	4	269	100

Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud 2017.

Dentro de los eventos con mayor notificación e IEC se encuentra las caídas de su propia altura con el 37,1% (n=100), seguido de otro mecanismo con el 25,2% (n=68) y las lesiones con arma y objeto corto punzante con el 18,9% (n=51), estos últimos atribuidos principalmente a accidentes caseros con vidrios. No se presentaron por químicos.

Con respecto a las intervenciones realizadas a usuarios con lesiones no intencionales en la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, se evidencia que el 53,7% se desarrollaron en Ciudad Bolívar. Dentro de los eventos con mayor notificación e IEC se encuentra las caídas de su propia altura, las cuales ocurren en igual proporción en hombre que en mujeres. En segundo lugar, se encuentran las lesiones con arma y objeto corto punzante de las cuales 52 se presentaron en hombres y 24 en mujeres, atribuidos a accidentes caseros con vidrios en la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE.

Las lesiones no intencionales obedecen a circunstancias y factores sociales, educativos, ambientales, económicos, culturales, políticos, urbanísticos y jurídicos, que relacionados entre sí constituyen un daño mayor a la población. Se presentan dos lesionados con arma de fuego en Ciudad Bolívar en mujer de 32 años de edad quien se encontraba en celebración en vía pública y es impactada en cabeza y por otro lado, niño de 9 años quien acciona de manera accidental arma de fuego con impacto en tórax. Los dos eventos sin desenlaces fatales. Además, se realiza IEC en mujer de 31 años quien se causa quemadura en mano limpiando escaleras con ácido.

Los accidentes de tránsito se presentan principalmente en población joven y adulta con 27 casos, atribuible principalmente a personas que por su mismo grupo de edad, deben salir a realizar diligencias o a laborar en vehículos, por lo tanto se encuentran más expuestas.

Conducta suicida

Durante el año 2017 el proceso de SISVECOS se encargó de registrar y realizar seguimiento a 342 casos de conducta suicida en jóvenes, con una efectividad del 69,9% representado en 239 casos con seguimiento efectivo, los restantes 104 no cuenta con una definición final del tipo de conducta suicida al no poder establecer contacto. Los casos no pueden atenderse en su totalidad debido a problemas de ubicación en cuanto la calidad de los datos registrados o la veracidad de los mismos además de contar con una población mayor de edad que puede rechazar el seguimiento por diferentes motivos.

Tabla 12. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, localidad Ciudad Bolívar, 2017.

Tipo de conducta	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Amenaza suicida	3	42,9	4	57,1	7	2,0
Ideación suicida	27	26,5	75	73,5	102	29,8
Intento de Suicidio	48	37,8	79	62,2	127	37,1
Suicidio consumado	1	50,0	1	50,0	2	0,6
Sin seguimiento	41	39,4	63	60,6	104	30,4
Total	**120**	**35,1**	**222**	**64,9**	**342**	**100**

Fuente: Base SISVECOS subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

La distribución por sexo evidencia mayor incidencia del evento en mujeres, consistente en todos los tipos de conducta, siendo más marcada la ideación suicida; lo anterior refleja una diferencia importante en comparación con los adolescente donde prevalecen los casos con intento suicida, lo que lleva a un mayor riesgo al pasar a la ejecución de los pensamientos recurrentes de morir, acciones que pueden generar repercusiones importantes a la salud relacionada con el método elegido.

Según información registrada 179 casos (52,3%) de jóvenes, requirieron hospitalización relacionado con la gravedad del evento suicida, datos que reafirman la importancia de las estrategias de prevención y detección temprana, es importante mencionar que 70 casos (20,5%) presentaron conducta reincidente, lo que refleja la importancia no solo de la detección temprana del caso, sino de una atención integral de la persona más allá de la atención de urgencia o prioritaria a un tratamiento que permita disminuir significativamente que esta situación se repita.

Los dos casos registrados en la localidad por suicidio consumado, el mecanismo fue ahorcamiento en el hogar, en el núcleo familiares se reflejan relaciones familiares distantes, aunque no se evidencia violencia intrafamiliar si se determinan factores desencadenantes claros de la conducta suicida según lo indagado en el seguimiento de los casos.

El aseguramiento de los casos registrados refleja que la mayoría de casos pertenecen al régimen contributivo con un 58,2%, seguido por el subsidiado con 32,2% y los no asegurados con 7,3%, dato congruente con la distribución de la población general en cuanto aseguramiento de la localidad de Ciudad Bolívar.

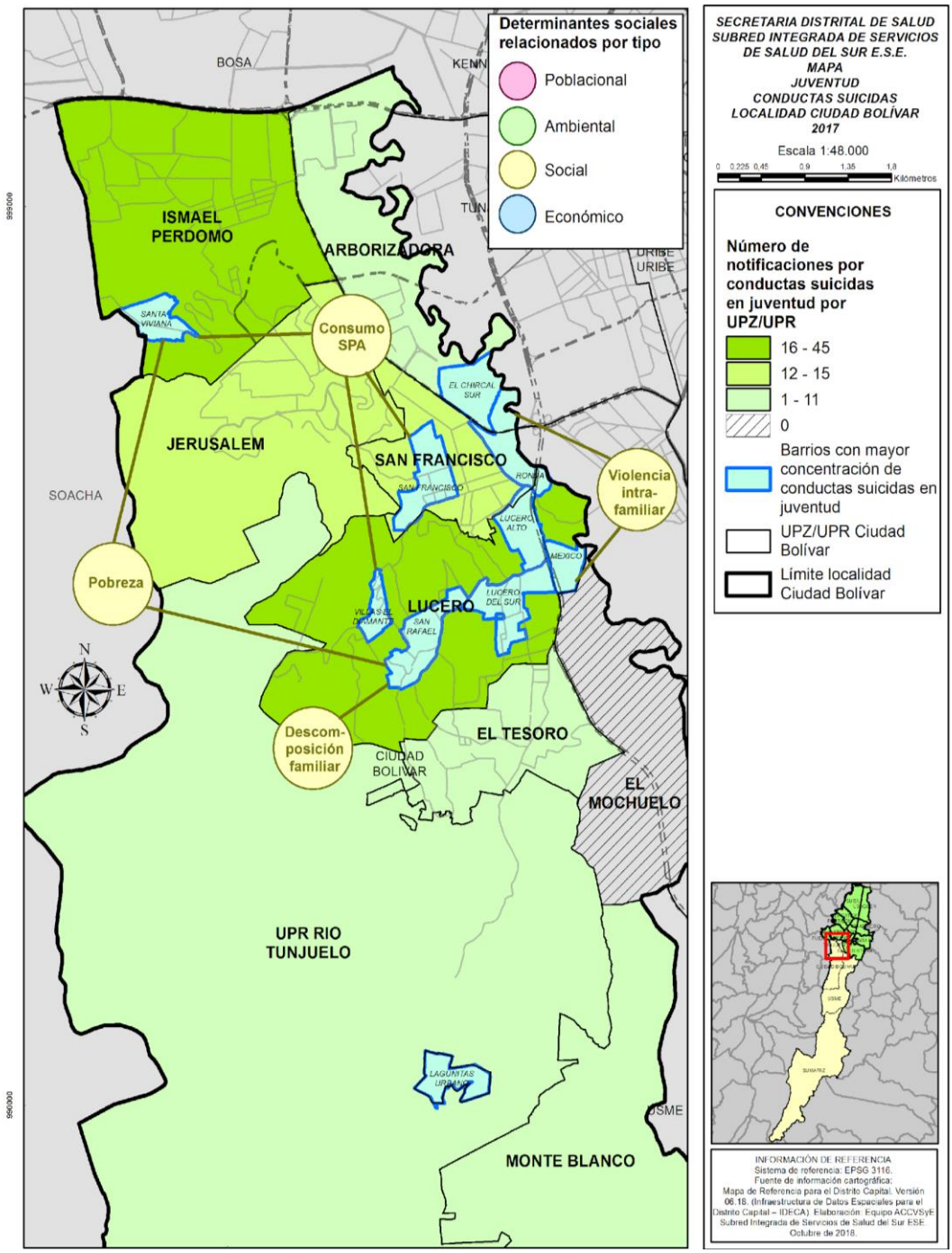
Las poblaciones especiales reflejan cinco casos con discapacidad, lo que equivale a 1,5%, 10 casos en condición o situación de deslizamiento (3,0%), así como 22 gestantes (6,4%), factores que de una u otra forma pueden estar relacionados con la situación que los dirige a la conducta suicida. Adicionalmente 39 jóvenes (11,4%) confirmaron consumo de SPA, siendo este un factor de riesgo adicional.

En cuanto el tipo de familia se evidencia la mayoría cuenta con familias de tipo nuclear (24,3%), seguido por la familia extensa (16,7%), mononuclear (12,9%) y mixta o ampliada (11,4%), en este momento de curso de vida se observa un 3,8% de casos que reportan vivir solo, factor de riesgo para esta población por recaídas asociadas a sentimientos de soledad o la dificultad de detectar señales previas al intento suicida.

En Ciudad Bolívar los principales factores se relacionan con problemas de pareja con 56 casos (16,4%), seguido por la separación con 23 casos (6,7%), el estrés en 21 casos (6,1%), factores económicos con 18 casos (5,3%), problemas con el grupo primario de apoyo inclusive circunstancias familiares en 17 casos (5,0%), desaparición o muerte de un familiar y la relación con padres y familiares políticos con 10 casos c/u (2,9% c/u), otros factores asociados son apoyo familiar inadecuado, maltrato, abuso sexual, consumo de SPA, desempleo, habilidades sociales, entre otros.

Las UPZ Lucero, Ismael Perdomo y San Francisco agrupan la mayor cantidad de eventos de esta naturaleza (Mapa 10), territorios caracterizados por familias disfuncionales o fragmentadas, pobreza generalizada y violencia intrafamiliar y en espacio públicos que conllevan en conjunto a que los jóvenes permanezcan en estados de desesperanza y preocupación; además las mismas condiciones físicas del territorio, el cual presenta vías sin pavimentar, lugares donde se trafican y consumen sustancias psicoactivas y que junto con escasos espacios públicos para el disfrute adecuado del tiempo libre y la conformación de redes de apoyo comunitaria, son factores de riesgo en salud para la población joven dado que impacta en el desempeño laboral y familiar.

Mapa 10. Conducta suicida, juventud, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SISVECOS, 2017.

Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Prioridad prevención de la maternidad y paternidad en mujeres menores de 24 años

La regulación de la fecundidad es reconocida como una herramienta para mejorar la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, dentro del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, basados en los Derechos Humanos y que por tanto tienen un carácter universal, interdependiente e indivisible.

Para el año 2017 en la localidad de Ciudad Bolívar se presentaron 9409 nacimientos de los cuales el 62,5% (n=5878) corresponde a mujeres de 18 a 28 años. Del total de nacimientos presentados en mujeres de 18 a 28 años, se observó que el 68,1% de los nacimientos fueron en mujeres menores de 24 años, es prioridad en ciudad bolívar para el cumplimiento de la meta de reducir en dos puntos porcentuales los nacimientos de menores de 19 años.

Se identifican como determinantes sociales para la ocurrencia de esta situación el uso inadecuado del tiempo libre, el madre-solterismo, bajo nivel socioeconómico, ausencia de proyecto de vida, deserción escolar, desconocimiento de métodos de planificación familiar y débil red de apoyo. Otros factores identificados son las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

El trabajo informal en Ciudad Bolívar es un tema de vital importancia si se tiene en cuenta la alta proporción de familias que uno o más miembros deben ejercer estas actividades para el sostenimiento del grupo familiar, donde se afectan diferentes dimensiones como salud, educación, relaciones familiares y sociales..

La tasa de informalidad de la localidad fue 48,4%, la tasa de dependencia total (relación entre la población potencialmente productiva: población joven y adulta y la población dependiente: infancia y adulta mayor) fue del 57,4% por lo cual se puede inferir que en promedio 4 de cada 10 personas que residen en la localidad deben trabajar para sustentar económicamente a los 6 restantes.

A partir de lo anterior, el espacio trabajo fundamenta su accionar en las Unidades de Trabajo Informal (UTI) de alto y medio impacto, según los datos establecidos entre abril 2018 y junio 2018 se abordaron a 1780 personas UTI de alto y medio impacto, en pro de la motivación, caracterización y concertación de un plan de trabajo para la mejora de las condiciones laborales, la promoción del autocuidado y el seguimiento y evaluación del plan desarrollado.

La localidad de acuerdo a su ubicación al sur de la ciudad, se convierte en una barrera geográfica para el acceso de oferta laboral de la poblacion que generalmente se ubica en el centro y norte de la ciudad, se requiere de tiempo largos en desplazamiento, con relación al sistema de transporte en Transmilenio, se deben realizar trasbordos en alimentadores o SIPT y las demás vías pueden presentar situaciones improvistas que afectan los traslados.

Las actividades económicas predominantes son aquellas que realizan manufactura de alimentos, textil y calzado, los establecimientos pertenecientes a estas se llevan a cabo en áreas geográficas de carácter comercial dentro de la localidad; el mayor número UTIS se distribuyen en las zonas con topografía suave como lo son Candelaria, San Francisco, Perdomo y Lucero. La población trabajadora de la localidad pertenece en mayor proporción al régimen de salud subsidiado, corresponde a personas pertenecientes a estratos uno y dos, esta situación refleja la desprotección que existe a nivel ocupacional en caso de eventos en salud como enfermedad o muerte. Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional

Las unidades de trabajo informal de la localidad son administradas por sus propietarios, en su mayoría son cabezas de familia quienes desarrollan la actividad y se caracterizan por ser unidades de trabajo con dos trabajadores o unipersonales. El nivel de ingresos de la población trabajadora informal objeto de estudio por el ámbito laboral de la localidad de ciudad bolívar percibe menos de dos salarios mínimos legales, esta situación se confronta con familias numerosas a las cuales deben soportar la población trabajadora informal, creando así condiciones que no favorecen suplir las necesidades básicas de la población en general. Las condiciones de trabajo de las unidades de trabajo informal las cuales refieren las garantías mínimas para el control de factores de riesgo al interior de los establecimientos se caracterizan por ser inadecuadas y ponen en riesgo constante a las y los trabajadores presentes en ellas; no siendo estas condiciones aquellas que requieren inversión económica importante las que no se cumplen al interior de las UTIS.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo se pueden asociar a la antigüedad en el oficio y un número excesivo de horas de trabajo a la semana. Los accidentes

de trabajo están directamente relacionados con el número de horas trabajadas en la semana al interior de las UTI. Las personas que realizan tipos de labores mixtas en las UTI presentaron mayor reporte de accidentes relacionados con el trabajo. La sintomatología de mayor prevalencia en la población trabajadora se relaciona con la sensación continua de cansancio, dolores de cabeza y dolor en miembros inferiores, esta puede obedecer a las extensas jornadas de trabajo que superan las 10 horas, así como el inadecuado control de factores de riesgo prioritario y la inadecuada rotación de puestos de trabajo. Factores de riesgo pueden generar en la población de la localidad de Ciudad Bolívar un incremento en consecuencias a la salud por factores de riesgo psicosocial.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional

La estrategia *Cuídate, Se feliz* en el periodo agosto a diciembre del 2017, logro valorar 631 jóvenes de 18 a 28 años de edad, de acuerdo al sexo el 65,9% (n=416) son mujeres y 34,1% (n=215) hombres. Frente a la valoración nutricional el 25% de la población tiene sobrepeso, el 9,8% obesidad.

Se identifican diversos factores de riesgo en el estado nutricional de la población: el primero se relaciona con la ingesta de alimentos, los jóvenes deciden qué comer, dónde, cómo y cuándo, por lo general consumen alimentos de preparación rápida, industrializados y comidas fuera de casa, el segundo, es comer demasiado como resultado de la tensión o estrés. De los jóvenes valorados por la estrategia se identificó un consumo de alimentos bajo en frutas y verduras y consumo de tabaco y alcohol.

El tercer factor de riesgo es la carencia de actividad física, en Ciudad Bolívar la población mayor de 13 años tienen tendencia al sedentarismo con 68,4% (1). De acuerdo a los tamizajes *Cuídate, se feliz*, el 61,4% de la población joven con obesidad y sobrepeso no realizan ningún tipo de actividad física. Entre las razones de no practica de deporte se encuentra no le gusta 13,4%, es muy costoso 42,9%, no tiene con quien practicarlo 5,5%, la localidad no cuenta con instalaciones deportivas cerca 20,5%, no cuenta con instalaciones deportivas adecuadas 60,6%, porque le da pereza 16,2%, sale muy cansado/a de su trabajo o estudio 20%, está muy viejo/a 16,6%, presenta limitaciones físicas para practicarlo 13,8%, y no sabe cómo practicarlo 18,4% (1).

Otro factor de riesgo es el acceso a los servicios de salud, por lo general la población joven solo consulta cuando “se siente enferma”, prima la actividad productiva frente al cuidado de la salud. La población joven no reconoce la obesidad como un

problema de salud, por lo cual no accede a los servicios de manera oportuna. Lo que conlleva al desarrollo de enfermedades crónicas latentes y no controladas.

En el periodo enero a agosto del 2018, a los servicios de salud del CAPS Abraham Lincoln, consultaron 1.632 jóvenes al servicio de detección de alteraciones del joven; en relación a población con enfermedad crónica en el grupo de 15 a 29 años se identificaron 19 personas, el 68,2% con diagnóstico de hipertensión arterial y el 31,8% diabetes mellitus.

Frente a las causas de morbilidad por consulta externa de la USS Meissen en 2017 acudieron 14.047 jóvenes de 19 a 29 años de edad, dentro de las primeras quince causas se encuentra la Obesidad debida a exceso de calorías, las mujeres son quienes con frecuencia acuden a los servicios de salud.

Tabla 13. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa en juventud, USS Meissen, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujer	Hombre	Total	%
1	O479	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	809	0	809	5,8
2	O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados	372	0	372	2,6
3	O342	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	340	0	340	2,4
4	O268	Otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo	272	0	272	1,9
5	O470	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	242	0	242	1,7
6	O289	Hallazgo anormal no especificado en el examen prenatal de la madre	179	0	179	1,3
7	G409	Epilepsia, tipo no especificado	81	76	157	1,1
8	K010	Dientes incluidos	109	35	144	1,0
9	G401	Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales simples	71	69	140	1,0
10	O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	131	0	131	0,9
11	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	121	0	121	0,9
12	O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo	116	0	116	0,8
13	E660	Obesidad debida a exceso de calorías	106	2	108	0,8
14	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	98	9	107	0,8
15	O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo	92	0	92	0,7
Resto de las causas			**8430**	**2287**	**10717**	**76,3**
Total			**11569**	**2478**	**14047**	**100,0**

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

En cuanto a prácticas y hábitos de vida saludable, el 45,2% no realiza ningún tipo de actividad física. Otro factor incidente del acceso a servicios de salud es la oferta institucional y el tipo de aseguramiento de la población, con relación a los jóvenes valorados el 54,2% pertenecen al régimen contributivo, seguido del subsidiado con

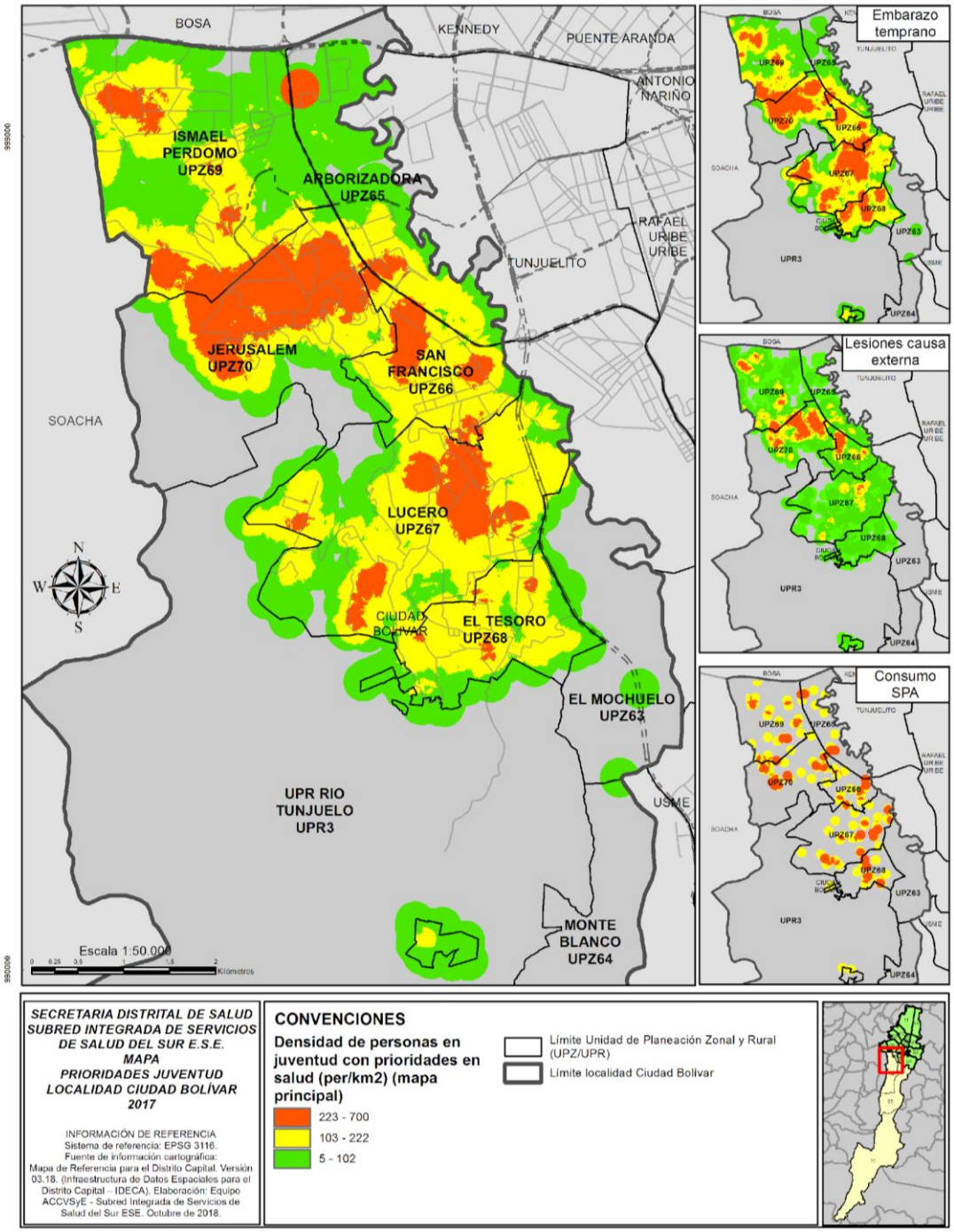
36,8%, en menor proporción se encuentra la población pobre no asegurada con 6,5%, régimen especial y de excepción 1,9%. En Ciudad Bolívar la población contributiva y del régimen especial no cuenta con IPS que garanticen la atención en salud.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Juventud

De acuerdo con la distribución espacial de las prioridades y factores de riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud en la localidad de Ciudad Bolívar se identifica con especial atención que la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Jerusalem en su total extensión presenta condiciones determinantes en el proceso salud – enfermedad de la población joven, dentro de los cuales se encuentran la alta informalidad laboral, consumo de sustancias psicoactivas, inadecuadas prácticas de autocuidado, bajos niveles educativos y desinformación sobre cómo generar o fortalecer redes de apoyo, sean estas familiares o comunitarias (

Mapa 11). Igualmente en la UPZ Lucero, y dentro de ella los barrios Juan Pablo II, Sumapaz, Bellavista Lucero Alto, Estrella del Sur, Quintas del Sur y Lucero del Sur en donde es recurrente situaciones relacionadas con la malas relaciones de convivencia al interior de la familia y a nivel comunitario; además, las oportunidades laborales de tipo formal son escasas en esta UPZ, lo que conlleva a que dada la necesidad de ocupación de los jóvenes de la localidad se vinculen a actividades productivas de tipo informal que se desarrollan en condiciones no seguras, tanto por la misma actividad, que puede acarrear pesos excesivos o tareas repetitivas que impacta en la salud osteomuscular, como por las condiciones locativas en las cuales de desarrollan dichas actividades, que pueden no tener una iluminación adecuada o tener expuestos sustancias químicas como en el caso de los talleres de mecánica automotriz o peluquerías.

Mapa 11. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. 2017. VESPA, 2017. Localidad de Ciudad Bolívar.

Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Juventud

Con relación a acciones de respuesta, desde Espacio Vivienda se realizan acciones educativas que promulgan el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

En Espacio Educativo se encuentra la estrategia *Sintonizarte*, en la cual se realiza una acción pedagógica; el componente *Amarte*, desarrolla revisión conjunta mediante proceso de articulación. Para la incorporación de la estrategia "Amarte" se desarrollan sesiones tanto para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos.

Desde el componente de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública se realiza aplicación de listas de chequeo en las IPS de la subred con el fin de identificar la oferta de servicios para jóvenes y adolescentes. La implementación de la línea 106 por los profesionales de las IPS, identificación de las IPS que ofertan servicios de atención en joven. En cuanto a la consulta de jóvenes, no se tienen servicios amigables para jóvenes y adolescentes. Se realiza consulta de regulación de la fecundidad en las IPS, se entrega fórmula con el método de regulación de la fecundidad.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Adolescencia y Juventud

A nivel intersectorial se cuenta con: Casa de la juventud Ciudad Bolívar a través del proyecto 1116 distrito joven; Fundación San Antonio que trabajan con niños, niñas y adolescentes en programas de educación formal y aprovechamiento del tiempo libre; Fundación Oasis quienes desarrollan programas y proyectos de promoción del desarrollo humano. IDIPRON realiza atención desde un modelo pedagógico basado en principios de afecto y libertad, atiende las dinámicas de la calle y trabaja por el goce pleno de los derechos de la niñez, adolescencia y juventud en situación de vida en calle, en riesgo de habitarla o en condiciones de fragilidad; Asociación Cristiana de Jóvenes (ACJ) es una organización que busca la transformación autónoma de jóvenes con altos factores de vulnerabilidad en jóvenes líderes con sentido de vida claro y proyección social; Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte cuenta con el programa distrital de estímulos para la cultura; IDEPAC con la estrategia “Uno más uno igual todos, Una más una igual todos” busca fortalecer los procesos de participación ciudadana; la Secretaria Distrital de Integración Social cuenta con los proyectos: 1093 prevención de la maternidad y paternidad temprana, 1101 Bogotá diversa y 1116 distrito Joven; la Secretaria Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia desarrolla la estrategia de entornos escolares seguros; la

Casa de Justicia cuenta con servicios de justicia formal y no formal y el Instituto de recreación y deporte (IDRD) desde la de actividad física y escuelas deportivas.

Desde el sector salud las acciones que se desarrollan con este grupo son, están enfocadas a identificar factores de riesgo y sobre salud sexual y reproductiva:

Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10 a 29 años): los jóvenes de diez a veintinueve años son atendidos en la consulta médica de primera vez, garantizando que en cada periodo de desarrollo (adolescencia temprana, adolescencia media, adolescencia final y adulto joven) se realiza atención, sobre el entorno familiar y sociocultural, promoviendo buenos hábitos de salud que permitan preparar al individuo para la edad adulta, brindar educación en salud sexual y reproductiva, identificando factores de riesgo.

Consulta de Anticoncepción: El programa busca ofrecer a los usuarios métodos tanto temporales como permanentes para el control de la natalidad, haciendo una asesoría que permita la toma de decisiones informadas dentro de los derechos de salud sexual y reproductiva, disminuyendo los embarazos no deseados, gestaciones en menores de edad y fortalece además las acciones preventivas en enfermedades de transmisión sexual.

5.5. Análisis del momento del curso de vida Adultez (29- 59 años)

Según proyecciones DANE en el año 2017, en Ciudad Bolívar el 43% (n=315471) de la población es adulta, este curso de vida se ve afectado por procesos de vida familiar y cargas laborales que inciden negativamente en los procesos de autocuidado de la salud.

Dimensión: Vida saludable y enfermedades transmisibles

La tuberculosis es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, en 2017 en Colombia se notificaron al SIVIGILA 14.480 casos de tuberculosis. En Bogotá en el mismo periodo de tiempo, se identificaron 1.128 casos confirmados de tuberculosis (TB), con una proporción de incidencia de 14 casos por 100.000 mil habitantes (18). La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE aporto con el 17,9% (n=202) de los casos de TB; la localidad de Ciudad Bolívar tuvo una incidencia de 1,4 casos por 100.000 mil habitantes (n=111 casos).

De los casos con TB de Ciudad Bolívar el 45% (n=50) de la poblacion se encuentran en el grupo de 29 a 59 años, de acuerdo al sexo el 66% son hombres y el 34%

mujeres; se identificó que por cada mujer con TB hay dos hombres con el mismo diagnóstico. El 4% de la población es población afrocolombiano, el 6% víctimas del conflicto armado, el 4% ciudadano habitante de calle y el 2% población con discapacidad.

Se identificó que el nivel educativo juega un papel importante en los procesos educativos, de prevención y adherencia al tratamiento. En Ciudad Bolívar el 62,5% de la población con TB cuenta con básica primaria, un 20,8% básica secundaria, el 8,3% no brindo información al respecto y 4,2% es analfabeta y universitario respectivamente. Las personas con menor acceso a información incide en la capacidad para tomar decisiones frente a la atención en salud, dado que los pacientes con nivel de educación bajo son más proclives a abandonar el tratamiento (19).

Otro factor importante es el tipo de ocupación laboral y los ingresos económicos de la familia, los cuales son causales del abandono en el tratamiento; la enfermedad predomina en personas cuyas ocupaciones principales son las de obreros, campesinos, servicio doméstico, amas de casa y desocupados (20). Estos factores no discuten con la realidad local, la población con TB se dedican al hogar con 18%, seguido del 14% se desempeñan en áreas de construcción y vigilancia respectivamente, el 12% actividades de servicios generales, el 8% estilistas, el 6% carpinteros, 4% son comerciantes, agricultores, conductores de transporte público y mecánicos respectivamente, en menor proporción se encuentran cocineros, bibliotecarios, técnicos en sistemas, mensajero, electricista e Inspector de seguridad y salud y control de calidad con una distribución del 2% cada uno.

Las actividades laborales anteriormente descritas no garantizan estabilidad económica del paciente y su familia en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, lo que conlleva a que el paciente no de continuidad con el tratamiento. El 40% de la población se encuentra activa en el programa de TB y reciben tratamiento, el 24% terminaron el tratamiento, el 20% fallecieron durante el tratamiento, el 6% de las personas se curaron, el 2% fueron descartadas y el 8% de los pacientes desertaron durante el tratamiento. El problema del abandono del tratamiento se presenta cuando el paciente es la persona responsable del ingreso económico y no tiene la propiedad de los medios de producción. Una vez enfermos a pesar de contar con un empleo, se ha observado que algunos pacientes dejan de trabajar o trabajan con grandes esfuerzos. Acudir al centro de salud significa no darle continuidad al trabajo, y esto a su vez la posibilidad de perder la única fuente de ingresos familiar.

El sistema de salud juega un papel fundamental en el control de la tuberculosis reflejado en el fortalecimiento de la detección temprana y en el tratamiento oportuno de la enfermedad. La realidad frente a los servicios de salud en el control de la TB muestra que existe un diagnóstico tardío (19). En Ciudad Bolívar el 56% de los pacientes fueron diagnosticados en IPS privadas y el 44% en IPS públicas. El 46% pertenecen al régimen contributivo, el 38% al subsidiado, el 14% es población pobre no asegurada y el 2% pertenecen al régimen especial.

En Ciudad Bolívar el 80% (n=40) de los casos corresponden a TB pulmonares[6] y el 20% (n=10) corresponden a otras TB extra pulmonar[7]. En cuanto a las formas de TB extra pulmonar el 40% son ganglionares, seguido de TB meníngea con 30%. En las investigaciones de campo epidemiológicas (IEC) al ítem de cicatriz de la vacuna BCG se encontró que el 66,6% de los casos no la tienen y el 33,3% no cuenta con información respecto. Llama la atención la proporción de casos con TB pulmonares que asociadas a actividades laborales que desempeña la población con TB (conductores, de transporte publico etc.) y la no adherencia al tratamiento, hay mayor probabilidad de riesgo para la salud de la población en la localidad.

Respecto de las principales comorbilidades de TB en población adulta se identificó que el 12% presentó diabetes mellitus, el 6% coinfección con VIH, un 4% desnutrición y silicosis respectivamente y el 2% hipertensión y artritis. Dentro de los antecedentes personales se identificó que el 12% consumen alcohol y cigarrillo, el 10% de los casos son o han sido consumidores de SPA.

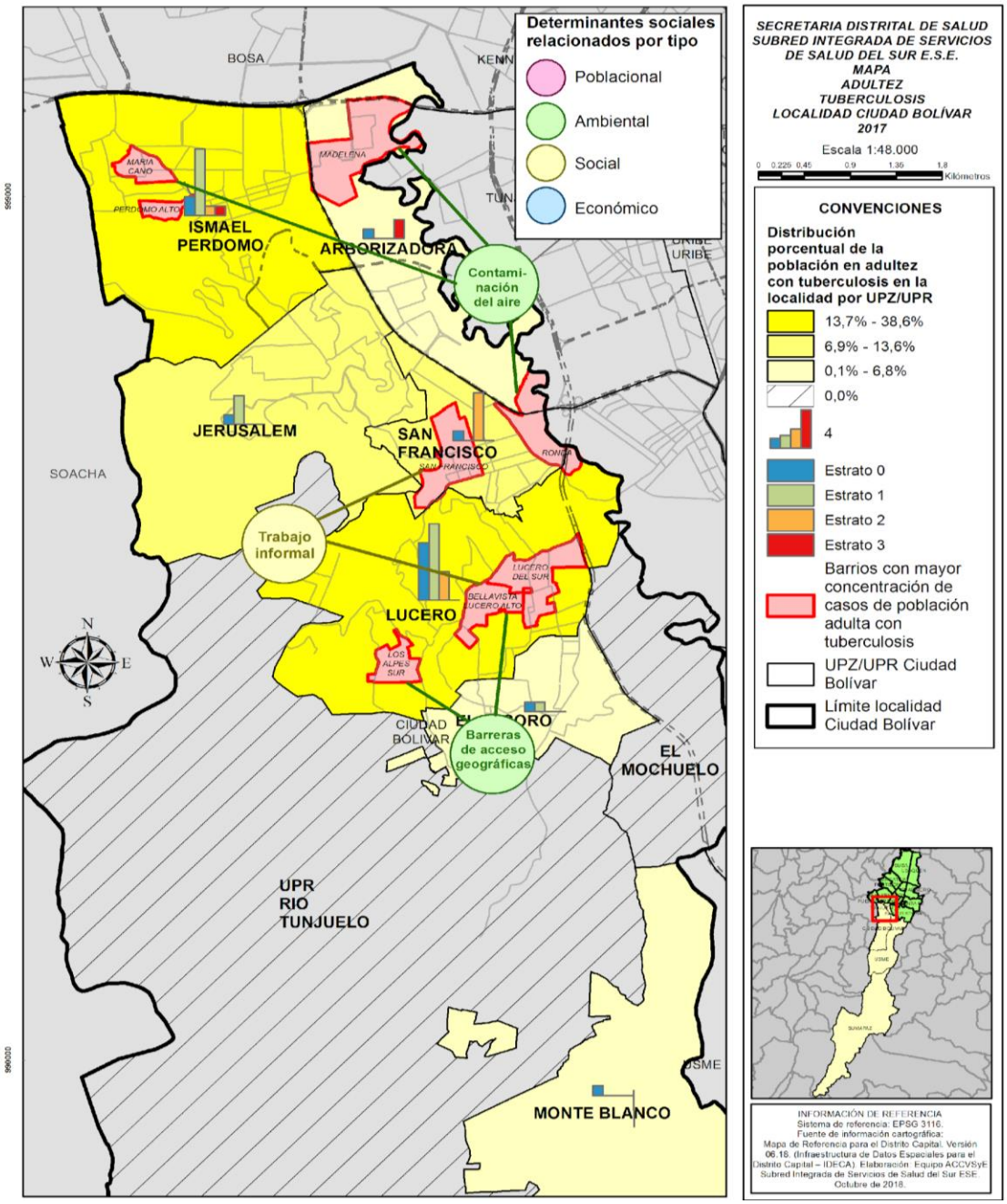
La distribución espacial de las personas en adultez con tuberculosis en la localidad de Ciudad Bolívar permite identificar que el 38,6% (n=19) de los casos se concentran en la UPZ Lucero, el 25,0% (n=13) en la UPZ Ismael Perdomo, el 13,6% (n=7) en la UPZ San Francisco, estas unidades de planeación zonal son receptoras de población migrante, donde las condiciones de vida no generan seguridad para la salud en la población, (hacinamiento en las viviendas, habitabilidad en calle, consumo de SPA, desnutrición, diabetes), la topografía de los UPZ Lucero e Ismael perdomo conlleva a barreras de acceso geográfico limitan la posibilidad de recibir servicios sociales y de salud, donde la distancia entre los USS, la dispensación de medicamentos y el lugar de residencia de la población con tuberculosis genera una barrera en la adherencia al tratamiento.

---

[6] TB pulmonar es la afección del tracto respiratorio M. tuberculosis, la principal y más común forma de la afección y para efectos epidemiológicos, la única capaz de contagiar a otras personas. (Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Min salud.).

[7] TB Extra pulmonar se localiza en órganos no comunicados con la vía aérea y, por tanto, imposible de aerosolizar bacilos, no conlleva el peligro de contagio a otras personas y, a pesar de producir graves cuadros clínicos al huésped, no representan un problema de salud pública. (Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Min salud.).

Mapa 12. Tuberculosis, adultez, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SIGIVILA, 2017.

Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles

Durante el año 2017 la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE contó con un total de 1.304.659 atenciones, de la cuales el 636.779 se atendieron en las USS de atención ubicadas en Ciudad Bolívar, de acuerdo a la distribución por servicio el 51,3% (n=327.016) fueron en consulta externa, el 31,2% (n=198.790) Urgencias y 17,4% (n=110.973) hospitalización. El 27,4% (n=174.369) de las atenciones se presentan en el grupo poblacional de 30 a 50 años.

Según la Organización Mundial de la Salud define la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como *"una enfermedad caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire"*. La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos); otros factores de riesgo son la contaminación del aire, la exposición laboral a polvos y productos químicos, las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores. Y La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

En el año 2017 en Ciudad Bolívar se presentaron 13.911 atenciones por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en personas de 10 años en adelante, con una distribución de 1.031 casos en personas de 30 a 59 años lo que equivale al 7,4%. De acuerdo a la distribución de atenciones por tipo de EPOC, prevalece la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada con 63,1%, seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada 29,4%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores aporta 5,7% y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas con el 1,7 %.

Según los datos registrados por el programa *Corazón y Vida* de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE e cuenta con 3.335 caracterizados con EPOC en el periodo 2003 a 2017. Ciudad Bolívar aporta el 54,9% de la población con una relación de dos mujeres por cada hombre en el programa.

Hipertensión Esencial (Primaria)

La hipertensión esencial primaria es uno de los eventos de mayor prevalencia en las localidades que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, registra un total de 67.367 atenciones durante el año 2017. Ciudad Bolívar contribuye al 45% (n=30.319) de las atenciones con este diagnóstico. La distribución por grupos de edad evidencia que el 18,2% (n=5.516) de las atenciones se da en la población de 30 a 59 años, de acuerdo a la distribución por sexo la mayor

prevalencia de consulta se da en mujeres respecto a los hombres, evidenciando el hecho que las mujeres presenta una mayor cultura de prevención, atención y seguimiento médico en comparación con los hombres.

Según datos registrados por el programa *Corazón y Vida* de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE se cuenta con 22.358 personas caracterizadas con hipertensión esencial (primaria) en el periodo 2003 a 2017, Ciudad Bolívar aporta el 52,1% de la población vinculada al programa con diagnosticó de hipertensión esencial (primaria) se observa un importante porcentaje entre los 40 y 59 años, que requieren un seguimiento permanente desde temprana edad.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus, entendida como un conjunto de enfermedades caracterizada por la falta absoluta o relativa de insulina, registra en la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE 28.504 atenciones en los diferentes servicios incluyendo los diagnósticos incluidos entre los códigos CIE 10 E10 - E16 (diabetes Mellitus), donde se incluyen pacientes insulinodependientes o no, con o sin complicaciones y otras condiciones asociadas al evento. En Ciudad Bolívar se diagnosticaron 129.924 personas con diabetes mellitus a través de los diferentes servicios de atención en salud la distribución por grupo poblacional se evidencia que el 27% (n=3.488) pertenecen al grupo de 30 a 59 años.

Se identificó que las enfermedades crónicas se detecta oportunamente, por lo general se asocian a factores hereditarios y no a los hábitos y estilos de vida de los diferentes momentos del curso de vida. Los factores de riesgo cardiovascular presentes se relacionan con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y el pre eclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional

Las primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10, en la USS Meissen en el 2017 en el grupo poblacional de 30 a 59 años, la principal causa de atención son las enfermedades hipertensivas con 3,4%, las diabetes mellitus aportan 2,9% y los diferentes tipos de obesidad 2%.

Tabla 14. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa curso de vida Adultez 30 a 59 años, USS Meissen, 2017

#	CIE 10	Causas	Mujer	Hombre	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1054	262	1316	3,4
2	E039	Hipotiroidismo, no especificado	1088	82	1170	3,0
3	N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	735	0	735	1,9
4	M545	Lumbago no especificado	546	142	688	1,8
5	D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	675	0	675	1,7
6	E119	Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin mención de complicación	462	150	612	1,6
7	E109	Diabetes mellitus insulinodependiente, sin mención de complicación	375	149	524	1,3
8	I839	Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación	395	62	457	1,2
9	N40X	Hiperplasia de la próstata	1	449	450	1,2
10	K30X	Dispepsia funcional	322	123	445	1,1
11	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	324	118	442	1,1
12	E660	Obesidad debida a exceso de calorías	406	36	442	1,1
13	M751	Síndrome del manguito rotatorio	328	69	397	1,0
14	E780	Hipercolesterolemia pura	303	68	371	1,0
15	E669	Obesidad, no especificada	336	34	370	0,9
Resto de las causas			**22807**	**7118**	**29925**	**76,7**
Total			**30157**	**8862**	**39019**	**100,0**

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2017

Se identifican factores de riesgo en seguridad alimentaria relacionados con actividad económica. Ciudad Bolívar registró una tasa de ocupación de 58% y una tasa de informalidad laboral de 54,1% (2). La composición familiar es importante al momento de distribuir los alimentos, según la encuesta multipropósito 2017 en la localidad el 39,1% de hogares está conformado por más de cuatro integrantes, seguido del 27,1% dos personas, el 21% por tres personas y 12,8% una persona. La distribución de alimentos con frecuencia las familias dan porciones más grandes a quien trabaja o mantiene el hogar y no por necesidad nutricional especialmente cuando hay niños, niñas y personas mayores de 60 años.

Otro factor asociado son las conductas e imaginarios de la familia en relación a la nutrición: “quitar el hambre”, “no sientan hambre”, “alimentos que rindan y duren mucho tiempo”, “que el plato este lleno”, estas prácticas están relacionadas con el factor económico, las familias deciden que alimentos comprar, que alcancen para todos, así no aporten nutrientes. El 68,4% de los hogares de Ciudad Bolívar refirieron que los ingresos solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos.

Con relación al acceso y la disponibilidad de alimentos al interior de la localidad, en la ruralidad se identifican familias con vivienda de uso compartido como unidad productora, las veredas Pasquilla, Mochuelo y Santa Rosa son sectores de producción agropecuaria representado por cultivos de papa, arveja, haba, cebolla, maíz, algunas hortalizas y frutales. La actividad pecuaria se centra en producción animal de bovinos, cerdos, gallinas, conejos, los que se emplean para consumo familiar y de la zona.

Sobresale la explotación bovina de doble propósito, la leche es comercializada a empresas de lácteos de la zona para la producción de quesos, yogurt y empresas de lácteos que la recogen para su comercialización en la zona urbana. La carne es para el consumo de la zona y otra parte es transportada a frigoríficos como Guadalupe para la distribución. Los alimentos que producen en la zona rural se distribuyen a otras localidades y /o sectores; eso influye en el precio de los alimentos, en algunos sectores son más costosos debido al proceso de intermediación de los mismos.

La zona urbana de la localidad cuenta con una plaza de mercado “Plataforma Los Luceros” la cual se encuentra deshabitada; alrededor de ella se ubican los vendedores informales. En la mayoría de UPZ y barrios de la localidad se ofertan los alimentos a través de fruver, pequeños tenderos y tiendas de barrio los cuales se consideran como punto de encuentro, caracterizados en la confianza entre vecinos y la estrategia de “fianzas” que permite el acceso de alimentos disponibles.

En Ciudad Bolívar existe disponibilidad de alimentos de buena calidad, los cuales son accesibles para las familias; en la población existen estrategias de afrontamiento en lo laboral, algunas personas trabajan como coteros en la central de abastos y acceden alimentos que les brindan este sector.

El aprovechamiento biológico de alimentos se ve afectado en algunos sectores de la localidad, donde no se cuenta con servicios públicos, especialmente en las zonas de invasión de San Francisco, Lucero e Ismael Perdomo; las vivienda no tienen acceso a servicios públicos por lo cual optan por conexiones irregulares a redes de acueducto y energía. En ruralidad se cuenta con acueductos veredales en las veredas Mochuelo Alto, Las Mercedes Pasquilla y Pasquillita, los cuales a través de vigilancia intensificada de la calidad del agua se identificaron problemas con los niveles de cloro y la aparición de microorganismos en el agua.

Otro factor de afectación es el Relleno Sanitario Doña Juana como fuente importante de contaminación del aire por la descomposición y reacciones químicas de los desechos que se depositan en el lugar, generando olores ofensivos y

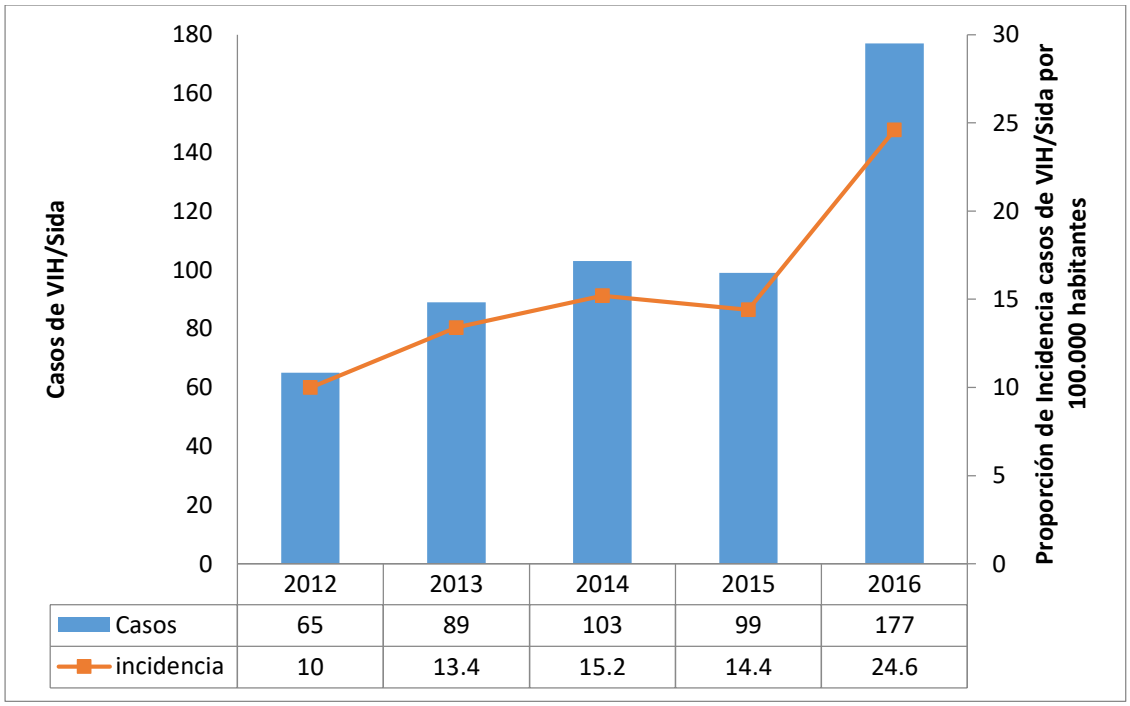
partículas en el aire. Además la localidad cuenta con una importante industria de fabricación de ladrillos y otros productos derivados de la extracción de arcillas y arena que de alguna forma ha ido deteriorando los suelos y contaminando con material particulado al aire, lo que incide de manera indirecta en la calidad de los alimentos.

Dimensión: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Comportamiento VIH en población adulta

En el periodo 2012 – 2016, en Ciudad Bolívar la proporción de incidencia en casos de VIH/Sida es acreciente pasando de 10,0 a 24,6% por 100.000 habitantes; este mismo comportamiento se ve reflejado en el número de casos para el 2016 los cuales aumentaron más de ocho veces en relación a los casos detectados en el año 2012 (n=65) (22).

Grafica 6. Proporción de Incidencia casos de VIH/SISA por 100.000 habitantes, localidad Ciudad Bolívar, 2012 – 2016.



Fuente: Boletín situación actual del VIH en el distrito capital informe iv trimestre de 2.016

Al sistema de vigilancia en salud pública en el año 2017, se notificaron 176 casos con VIH/SIDA residentes en Ciudad Bolívar, más de la mitad de la población notificada es adulta con 52,8% de participación, la mayor proporción de casos se da

en hombres con 77,4% respecto a las mujeres con 22,6%, se estima que hay tres hombres por cada mujer notificada con VIH/SIDA.

Se identificaron factores conductuales que afectan la salud de la población asociados al no uso de protección en relaciones sexuales, uso de sustancias psicoactivas, falta de información y educación en derechos sexuales y reproductivos, uso de agujas de forma indiscriminada (consumo SPA); falta de autocuidado, promiscuidad; cambio de pareja sexual, trabajo sexual; sexo experimental y exploratorio. En la población adulta notificada con VIH/SIDA el mecanismo de transmisión es sexual con 100%; adicional se identifica que el 68,8% de la población es heterosexual, el 25,8% homosexual y un 5,4% bisexual.

Las barreras de acceso al servicio de salud se relacionan con el aseguramiento, se identificó que un 7,5% es población pobre no asegurada, el 62,4%, pertenecen régimen contributivo, el 1,1% pertenecen al régimen especial y 29%, subsidiado. En Ciudad Bolívar no hay IPS privadas especializadas para la atención de la población con VIH/SIDA del régimen contributivo y régimen especial, lo que se convierte en una barrera geográfica y económica en población diagnosticada, que deben desplazarse a otras localidades y si no cuenta con recursos económicos suficientes es un factor determinante para desertar del tratamiento.

Otros factores que afectan la adherencia a servicios de salud se relacionan con la edad productiva del adulto y que puede afectar los ingresos económicos de la familia, otro factor es el miedo al diagnóstico por que algunas personas no reclaman los resultados de las pruebas diagnósticas y no inician oportunamente los tratamientos. El acceso a medicamentos y a un buen tratamiento es una necesidad en la población

La principal complicación y causa de muerte entre las personas viviendo con VIH/SIDA son las coinfecciones y comorbilidades, generadas por la disminución en la respuesta inmunológica relacionado con el avance de la enfermedad. La coinfección de mayor presencia en 2017 fue la Candidiasis Esofágica con el 19,3%, seguida por síndrome de emaciación y tuberculosis Pulmonar con el 17,5% y 15,8%. Es importante tener en cuenta que la neumonía en sus diferentes presentaciones sumadas representa el 14% lo que la ubica en el cuatro lugar.

Tabla 15. Clases de coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, localidad Ciudad Bolívar, 2017.

Coinfección	Casos	%
Candidiasis esofágica	11	19,3
Síndrome de emaciación	10	17,5
Tuberculosis Pulmonar	9	15,8
Neumonía por neumonitis	6	10,5
Toxoplasmosis cerebral	4	7,0
Herpes Zoster	2	3,5
Linfoma Burkitt	2	3,5
Neumonía recurrente	2	3,5
Linfoma inmunoblastico	2	3,5
Criotpcoccosis Extra pulmonar	2	3,5
Sarcoma de Kaposi	2	3,5
Tuberculosis Extra pulmonar	1	1,8
Encefalopatías	1	1,8
Criptosporidiasis crónica	1	1,8
Leucoencefalopatia Multifocal	1	1,8
Hepatitis B	1	1,8
Total	**57**	**100,0**

Fuente: SIVIGILA 2017.

Las redes de apoyo social y familiar son de gran importancia para la salud de las personas que viven con VIH/SIDA, desde la reducción o eliminación de condiciones emocionales individuales, aumentar destrezas de manejo de la información sobre la enfermedad, reconocer las necesidades individuales y sociales, mejorar la calidad de vida y confrontar el estigma social, en la localidad de Ciudad Bolívar se identifica fuerte presencia institucional en salud a través de los servicios presta la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE y se presta atención en diferentes programas que brinda Secretaria Local de Integración Social, no se cuenta con presencia de entidades no gubernamentales en la localidad que brinden apoyo a la población con este evento. Se identificaron instituciones como FONADE y Liga SIDA que ofertan sus servicios en otras localidades.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

La población adulta que realiza actividad laboral informal contempla las mismas problemáticas descritas en juventud, en cuanto la ausencia de trabajo formal, dificultades en la movilidad, baja oferta educativa, desempleo, entre otros, pero a este momento del curso de vida se suman factores como la pérdidas de empleos legales y la dificultad conocida de acceder a un empleo a partir de cierta edad, orillando al individuo a acceder al trabajo informal ya que las obligaciones no dan

espera, modificando todo el contexto familiar, generando posibles secuelas en la salud mental a diferencia de personas que pudieron ejercer este tipo de trabajo desde jóvenes. Un cambio tan marcado genera estrés debido a las necesidades y obligaciones económicas generadas, ya que la población adulta en ocasiones no solo debe hacerse cargo de sus hijos, sino de sus padres que ya ingresan a la tercera edad o inician con las enfermedades propias del trascurso de la edad.

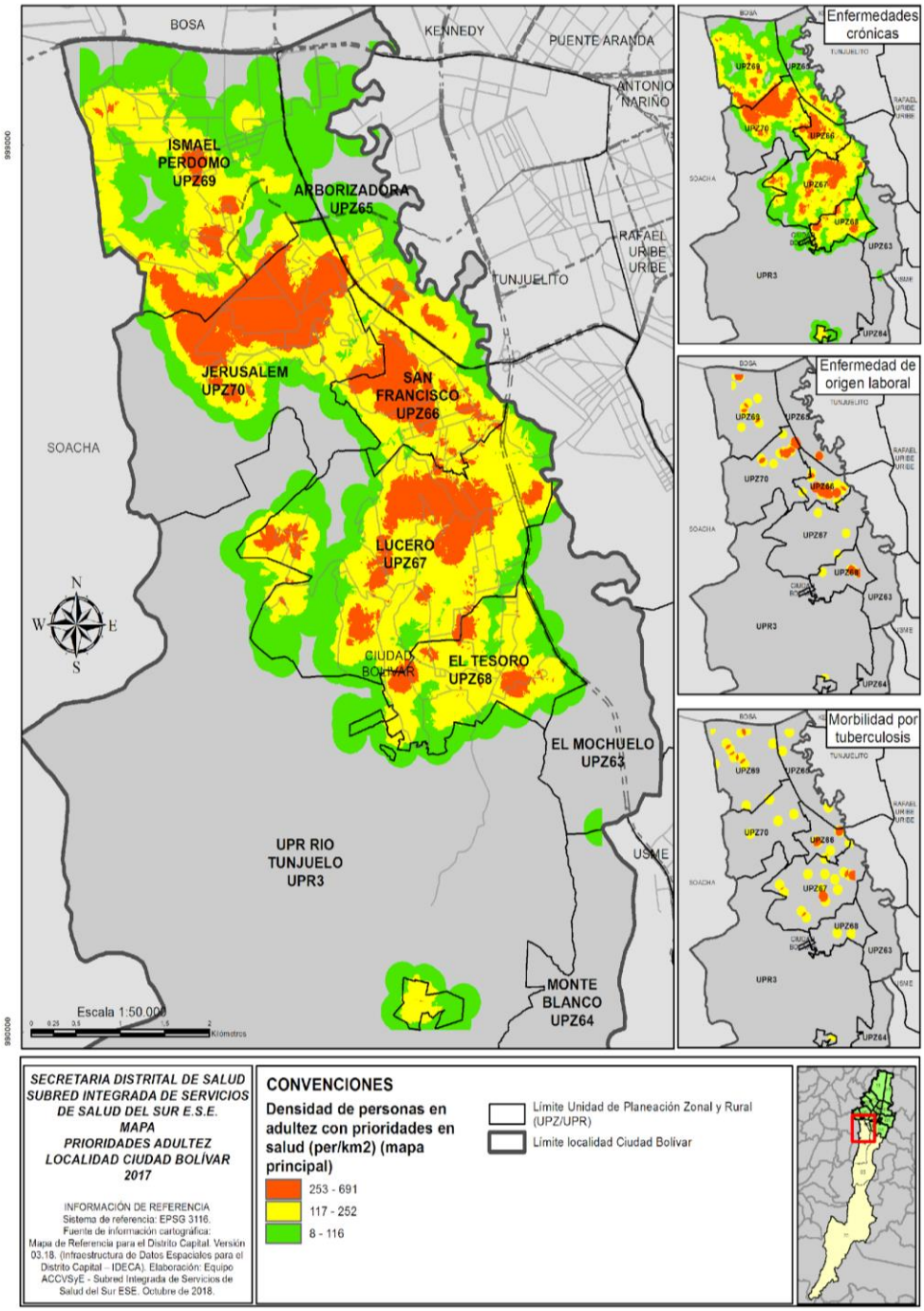
Es importante mencionar que en el trascurso de la adultez a la vejez inicia la manifestación de las condiciones de vida previa, asociadas a tipo de alimentación, los cuidados con los que se cuenta para prevenir enfermedades o identificación temprana, la realización de ejercicio, el manejo del estrés, las repercusiones de los factores de riesgo a los que se enfrentó durante su vida laboral, los cuales pueden tener mucho más impacto en el trabajo informal, asociado a las malas prácticas laborales, realización de trabajo en condiciones no seguras y demás factores ya mencionados, propiciando que en el trabajo informal confluyan todas las dimensiones del ser humano evidenciando que las acciones deban ser integrales y en diversos frentes para generar un real impacto en la comunidad.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Adultez

La distribución espacial de las prioridades en salud para la población del momento de curso de vida adultez en la localidad de Ciudad Bolívar permitió identificar que las unidades de planeación zonal (UPZ) Jerusalem, San Francisco y Lucero concentran territorialmente el riesgo en salud para este grupo poblacional (

Mapa 13), impactando principalmente en las condiciones y enfermedades crónicas, dado que, como hallazgos del análisis, recurrentemente coexisten en los barrios Jerusalem, Bellavista, La Pradera, Las Brisas, Potosí, Las Acacias, Lucero del Sur y Bellavista Lucero Alto los inadecuados hábitos, estilos, modos y prácticas saludables, pasando tanto por falta de actividad física como por el consumo de alimentos poco nutritivos, junto con condiciones laborales inseguras y la contaminación ambiental, tanto de aire como la producida por la inadecuada disposición de residuos sólidos en espacios públicos, principalmente en las calles.

Mapa 13. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Ciudad Bolívar, 2017.



Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Adultez

Desde Espacio Vivienda en este momento de curso de vida se fortalece el autocuidado para la promoción de estilos de vida saludable relacionados con alimentación, actividad física, manejo del estrés, asistencia a consultas de detección

temprana. Partiendo de los hábitos, el tiempo, la disposición, el acceso a espacios recreo deportivos, se busca establecer acuerdos que permitan fortalecer conductas saludables. Se parte de la promoción de la salud como acción de reforzamiento positivo y se educa en prevención de la enfermedad con base en las conductas de riesgo (consumo alto de azúcar, grasas, sedentarismo, etc.). Se realiza activación de ruta según las alertas identificadas. Se orienta desde el área psicosocial frente a la adecuada resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento.

Desde la Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública en el tema de seguridad alimentaria y nutricional se realiza socialización de temas de alimentación saludable en las IPS dirigido a pacientes crónicos y se da a conocer ley de obesidad.

Desde Espacio público se realizan acciones comunitarias en temas de educación a población general en VIH/Sífilis, entrega de preservativos en jornadas de salud, toma de pruebas rápidas con población LGBTI, pruebas rápidas en servicios de acogida a población consumidora de SPA, canalización y notificación, prevención y promoción en VIH, sensibilización frente al uso del condón, Información completa, en que consiste la enfermedad, sus consecuencias y cuidados y prevención frente a la enfermedad.

Desde el componente de programas se implementó una ruta de atención para el acompañamiento apacientes con VIH/SIDA desde la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, se realizaron jornadas de conmemoración del día mundial del VIH/SIDAa y capacitación al talento humano de la subred en pruebas rápidas; para el año 2017 se logró capacitar a 25 profesionales de enfermería de consulta externa, 29 profesionales y técnicos de enfermería de sala de partos y 19 auxiliares de enfermería de los diferentes servicios de salud.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez

A nivel intersectorial se cuenta con la Secretaria de Integración Social desde los proyectos: 1086 Una Ciudad para las familias**,** 1093 Prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana, y 1098 Bogotá te nutre; Alcaldía Local con proyecto 1098 Bogotá te nutre y el Instituto para la Economía Social (IPES) con acompañamiento y procesos educativos.

Desde el sector salud en servicios asistenciales se oferte el programa de consulta Preconcepcional, Detección temprana de las alteraciones del embarazo, Detección temprana del cáncer de cuello uterino y Detección temprana del cáncer de seno. En

salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componentes.

5.6. Análisis del momento del curso de vida Vejez (Mayor de 60 años)

El 7,5% (n= 733857) de los habitantes de Ciudad Bolívar son personas mayores de 60 años. El momento de curso de vida vejez presenta cambios violentos, tanto en la forma de vivir como en las situaciones a las que se enfrentan los y las adultos mayores,

Dimensión: Vida saludable y condiciones no transmisibles

Edentulismo

Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en parcial y total. Las causas que lo producen son diversas; las principales causas son la caries dental y la enfermedad periodontal. Durante el año 2017 en la localidad se notificaron al subsistema SISVESO 250 adultos mayores, de los cuales el 87% presentaron edentulismo (n=217). Las afectaciones en salud oral relacionadas al edentulismo, que afectan la seguridad alimentaria y nutricional y la salud mental (autoestima, auto concepto, autocuidado, entre otros) de los adultos mayores.

La mayoría de los adultos mayores que presentaban edentulismo pertenecían al estrato socioeconómico 1 con 72,8%, en segundo lugar al estrato 2 con 25,3% y en tercer lugar estrato 3 con 1,4%, estos estratos son considerados bajos y con menores recursos.; es importante mencionar que 0,5% estaban registradas con estrato cuatro. Se identificó que el factor económico afecta la salud oral, debido a que incluye en el consumo alimentos saludables y en las condiciones para la higiene oral (compra de elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral).

Otro de los factores que presentan mayor relevancia en la salud oral de los adultos mayores son los hábitos de higiene oral, comportamiento que se ve influenciado por aspectos culturales e imaginarios, aun presentes en la población como "*es normal que con la edad los dientes se caigan*". También se ha identificado que los hábitos de higiene son inadecuados: la mayoría presentaron baja frecuencia del cepillado (entre 1 y 2 veces al día), en cuanto a la calidad del cepillado, en la mayoría de los casos se identificó que el cepillado fue deficiente (80,2%), 6,5% regular y 0,9% bueno; además se encontró que la mayoría de las personas no usan seda dental y enjuagué bucal.

Así mismo se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas frutas y verduras. Respecto al sistema general de seguridad social en salud, el 21,7% pertenecían al régimen contributivo, 77,9% al subsidiado y 0,5% se encontraban en el régimen especial. Se identificó que existen barreras estructurales en el sistema general de salud y barreras geográficas, afectando con mayor frecuencia a la población perteneciente al régimen contributivo, debido a que en la localidad hay poca oferta de instituciones de servicios de salud que presten servicios para este régimen.

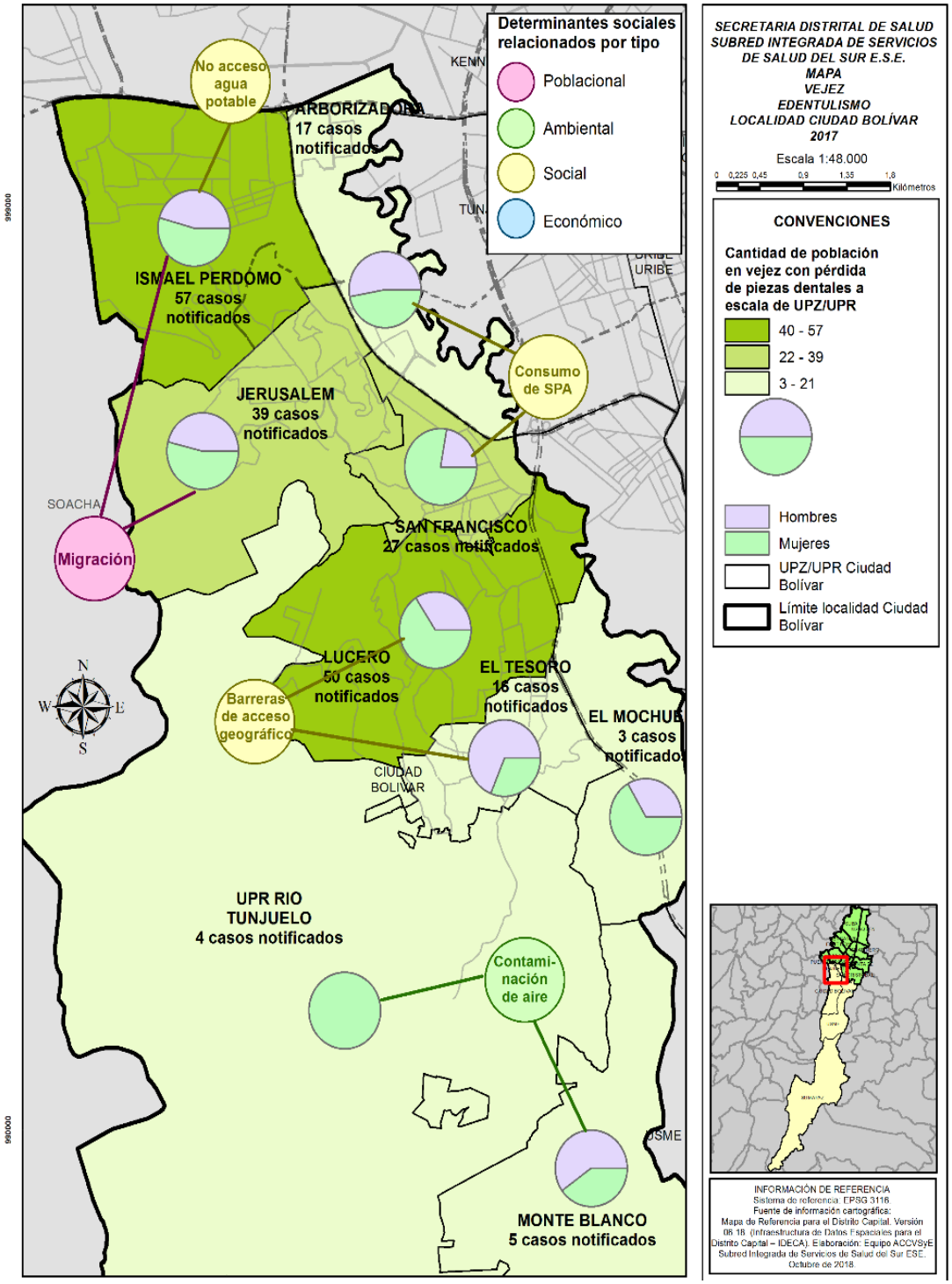
En los factores que refuerzan esta situación están: desempleo, bajo nivel educativo, adultos mayores en abandono, negligencia por parte de las familias, consultorios privados con talento humano no capacitado.

Respecto al número de notificaciones por pérdida de piezas dentales en la población del momento de curso de vida vejez a escala de Unidad de Planeación Zonal (UPZ) son los territorios de las UPZ Ismael Perdomo y Lucero en donde se presenta la mayor cantidad de reporte para el año 2017, con 57 y 50 eventos registrados, respectivamente por UPZ (

Mapa 14); barrios caracterizados por condiciones sanitarias inadecuadas, dificultades para acceder a servicios públicos domiciliarios completos en acueducto y alcantarillado, por ejemplo Caracolí y Los Alpes, así como en los barrios con mayor impacto de población migrante asentada, aumenta el riesgo de caries y pérdida de piezas dentales, que junto con un conjunto amplio de barreras de accesibilidad geográfica para llegar a los centros de atención y recibir orientación frente a la salud oral, entre las que se encuentran la baja oferta de transporte público y la baja frecuencia, bajos ingresos económicos y alto costo en el transporte, así como el mal estado de la malla vial.

Igualmente las UPZ Jerusalem y San Francisco el número de notificaciones para el evento de edentulismo para el año 2017 fue de 39 y 27 eventos de esta naturaleza, en donde además de los determinantes relacionados anteriormente con esta situación en salud para la población en vejez, se agrega en consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, en donde el cigarrillo, alcohol y en menor medida alucinógenos aumentan el riesgo de adquirir caries y de que las piezas dentales deban ser retiradas por su deterioro, proveniente inclusive de inadecuados hábitos en la higiene oral desde momentos de curso de vida anteriores, inclusive desde la primera infancia.

Mapa 14. Pérdida de piezas dentales (edentulismo) en la población en vejez, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: SISVESO, 2017

Discapacidad

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta 6678 personas con discapacidad en el momento de curso de vida vejez, es decir el 41,1% del total de población con discapacidad registrada para la localidad, en relación al sexo el 58,8% son mujeres y el 41,2% son hombres.

Teniendo en cuenta el tipo de alteración identificada, el 25,8% refirió alteración en el movimiento del cuerpo, piernas y brazos, el 20,2% alteración en los ojos, el 14,5% alteraciones en el sistema nervioso, 12,9% alteraciones en el sistema cardiorrespiratorio y defensas, 8,2% alteraciones en los oídos, el 6,8% alteraciones en digestión, metabolismo y hormonas, 4,5% sistema genital y reproductivo, 3,7% alteraciones de voz y habla, 1,4% alteraciones de piel, 0,9% alteraciones en los demás órganos de los sentidos, alteración en los oídos 8,5%, alteraciones en el sistema genital y reproductivo 5,2%, alteraciones en la voz y habla 2,3%, alteraciones en la piel 1,5%, alteraciones en los demás órganos de los sentidos 0,8%, otras alteraciones 0,4%.

Del total de población en momento de curso de vida vejez el 45,6% requieren de ayuda permanente para realizar las actividades de la vida cotidiana, lo cual puede ocasionar en el núcleo familiar de la persona con discapacidad problemas importantes a nivel económico y social al requerirse un cuidador permanente.

En relación con las barreras identificadas, la población en el momento de curso de vida vejez reporto el 43,4% del total de barreras identificadas en la población con discapacidad de la localidad de Ciudad Bolívar. En mayor proporción se encuentran las barreras en el vehículo con un 13,1%, seguido están barreras en escaleras con un 12,8%, barreras en la calle con un 12,7%, barreras en la acera con un 9,2%, siendo estas las de mayor peso porcentual en este grupo de edad.

Dimensión: Convivencia social y salud mental

Violencias

La ciudad de Bogotá registró 1.322 casos de violencia en adultos mayores, de los cuales el 12,1% se dieron en Ciudad Bolívar, lo que representa 160 casos.

Tabla 16. Distribución del momento de curso de vida vejez notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017.

Curso de vida	Hombre	%	Mujer	%	Total
Vejez	69	43,1	91	56,9	160

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Los 160 registros conservan la tendencia de una mayor proporción en mujeres, pero la diferencia es mucho menos a la vista en el resto de mayores de edad, relacionado a una mayor vulnerabilidad en esta etapa de la vida que afecta a ambos sexos, la afectividad es similar a la vista en el resto de los cursos de vida con un 63.1% con 101 casos abordados.

Con relación al aseguramiento se observa un comportamiento diferente al visto en el resto de la población en cuanto una mayor proporción de personas adscritas al régimen subsidiado y no asegurados con 75,6% y 5,6% respetivamente y tan solo el 18,1% en el régimen contributivo, hecho que puede tener diversas lecturas; por un lado pertenecer al sistema contributivo indica un trabajo formal o una pensión, hecho que puede generar una mayor independencia, disminuyendo la negligencia por parte de cuidadores, así como la sumisión, otra lectura se puede relacionar a un subregistro debido a que las instituciones de salud privadas no tienen la misma cultura de notificación que el sector público, dejando sin seguimiento a adultos mayores que pueden requerir un abordaje para valoración e inicio de restablecimiento de derechos. Con relación a población especial se cuenta con 12 (7,5%) personas con discapacidad y solo una (0,6%) en condición de desplazamiento.

En los adultos mayores el porcentaje de personas que no cuentan con una pareja estable por diversos motivos es del 72,5% (118 casos) dato muy superior al 26,5% (42 casos) de hombres y mujeres que comparten la vida con una pareja; adicionalmente el 23,8% (38 casos) refieren vivir solos, lo cual puede ser un factor de riesgo a nivel físico y emocional.

El nivel educativo puede ser considerado un factor de riesgo ya que de la totalidad de los casos el 78,1% (125 casos) refiere no haber asistido nunca a la escuela, solamente a preescolar, o primaria incompleta o completa, el 14,4% (23 casos) registran contar con bachillerato completo o incompleto y solo el 1,3% (2 casos) refieren contar con educación superior.

En cuanto el principal agresor de los diferentes eventos de violencia, como es de esperarse los hijos ocupa el primer lugar con un 51,1% (93 casos), asociado a los eventos de negligencia y abandono, los restantes agresores se distribuyen principalmente en diferentes miembros de la familia. Teniendo en cuenta el régimen se aseguramiento, es posible que gran parte de estos adultos mayores no cuenten con ingresos fijos y deban "rebuscar" ingresos o depender de familiares y terceros para su manutención lo que puede relacionarse con los eventos de violencia.

De los 160 casos notificados, se registran 331 eventos de violencia, siendo el más representativo, la negligencia, seguido por el abandono, coherente con la condición de este grupo de edad donde se genera nuevamente la necesidad de recibir cuidados, siendo los hijos los principales responsables de su manutención.

Tabla 17. Distribución del momento de curso de vida vejez notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Ciudad Bolívar, 2017.

MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Adultez	69	91	3	9	1	1	5	15	45	51	19	22	331
Total / %	160 / 48,3		12 / 3,6		2 / 0,6		20 / 6,0		96 / 29,0		41 / 12,4		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Teniendo en cuenta lo anterior y las dificultades para el acceso a un trabajo estable con prestaciones legales para gran parte de la población residente en las localidades más pobres de la ciudad la tendencia de agresiones en contra de adultos mayores se mantendrá con una tendencia a incrementar con el tiempo, a lo que se suma la ausencia o poca oferta de instituciones que se encarguen de la atención de esta población.

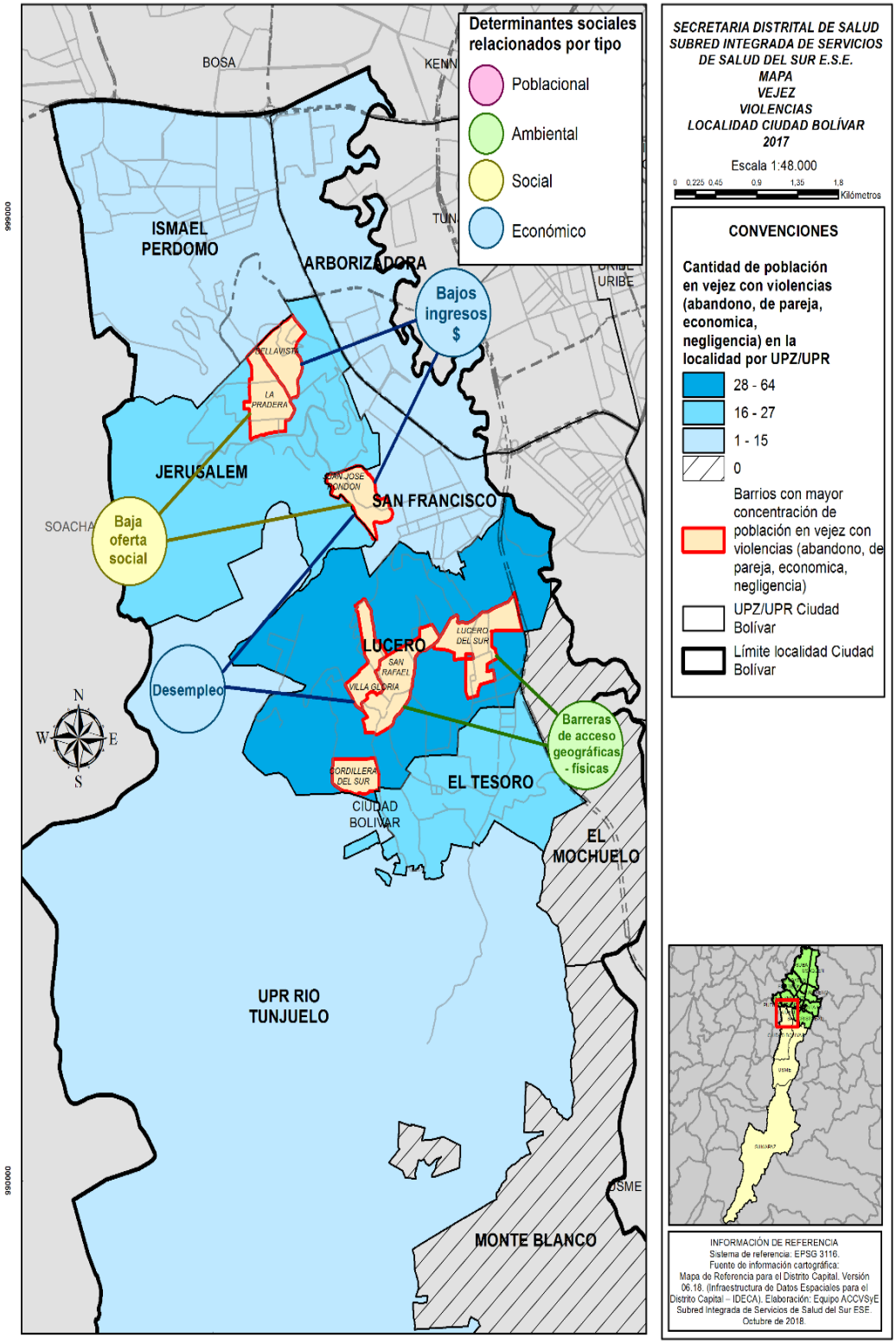
La distribución espacial de las violencias hacia la población en el momento de curso de vida vejez para la localidad de Ciudad Bolívar en el año 2017, relacionadas estas con negligencias, abandono, emocional, de pareja y económica, permite identificar que es la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Lucero en donde se presenta la mayor cantidad de notificaciones por eventos de esta naturaleza, principalmente en los barrios Lucero del Sur, San Rafael, Villa Gloria y Cordillera del Sur, en donde tanto las condiciones de desempleo y desocupación, condiciones socioeconómicas

adversas e inclusive dificultades y limitaciones para la movilidad, sea en el hogar o para desplazarse entre los barrios o en la ciudad, impactan en la salud mental tanto de las personas en vejez como de sus cuidadores, expresado en un conjunto de agresiones que pueden desencadenar en el aumento de la dependencia y deterioro físico y de la red de apoyo (

Mapa 15).

Por otro lado se identifican los barrios Juan José Rondón, La Pradera y Bellavista de la UPZ Jerusalem también como barrios en donde se concentran las violencias hacia la población en el momento de curso de vida vejez, en donde, sumado a los determinantes sociales de la UPZ vecina, la baja oferta social, principalmente la relacionada con emprendimientos, autocuidado y redes de apoyo y de recreación y uso saludable del tiempo se queda corta frente a la complejidad de los factores de riesgo estructurales hallados.

Mapa 15. Violencia hacia la vejez, Ciudad Bolívar, 2017.



Fuente: Base Espacio de trabajo Subred sur 2017

Dimensión: Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

En el momento de curso de vida vejez se inicia generalmente la presencia de enfermedades, relacionadas o no, con el ejercicio laboral que demandan un cuidado por parte de familiares, así como un acceso más continuo y en ocasiones de mayor complejidad al sistema de salud. Pero posiblemente el principal factor de riesgo adicional de esta población es el no acceso a una pensión, hecho que genera una dependencia del adulto mayor para su sustento o en el peor de los casos, la obligación de seguir trabajando a pesar de la edad. Estos factores de dependencia pueden generar afectaciones en la salud mental de esta población, ya que el individuo pasa de ser una persona productiva a ser visto en ocasiones como una carga para el resto de la familia, en donde culturalmente quien provee del dinero tiene una valoración mayor en cuanto a su opinión como al trato general.

Las condiciones descritas se relacionan con factores como la violencia contra el adulto mayor, en especial la negligencia y el abandono, donde estos adultos mayores no cuentan con las necesidades básicas por parte de, principalmente sus hijos, requiriendo, salir a trabajar a pesar de su avanzada edad, depender del Estado o de lo poco que quieran o puedan aportar hijos o familiares y en ocasiones vecinos y amigos.

Es así como además de las acciones ya mencionadas relacionadas con el trabajo informal en especial para la jóvenes y adultos, en cuanto la oferta de trabajo formal y mejora en condiciones laborales y educativas no se debe olvidar las repercusiones que dejan este tipo de formas de empleo en los adultos mayores que a pesar de continuar o no ejerciéndola, continuaran recibiendo las repercusiones de una vida en la informalidad que dificultaran una vejez digna y segura.

Puntos críticos del momento del Curso de vida vejez

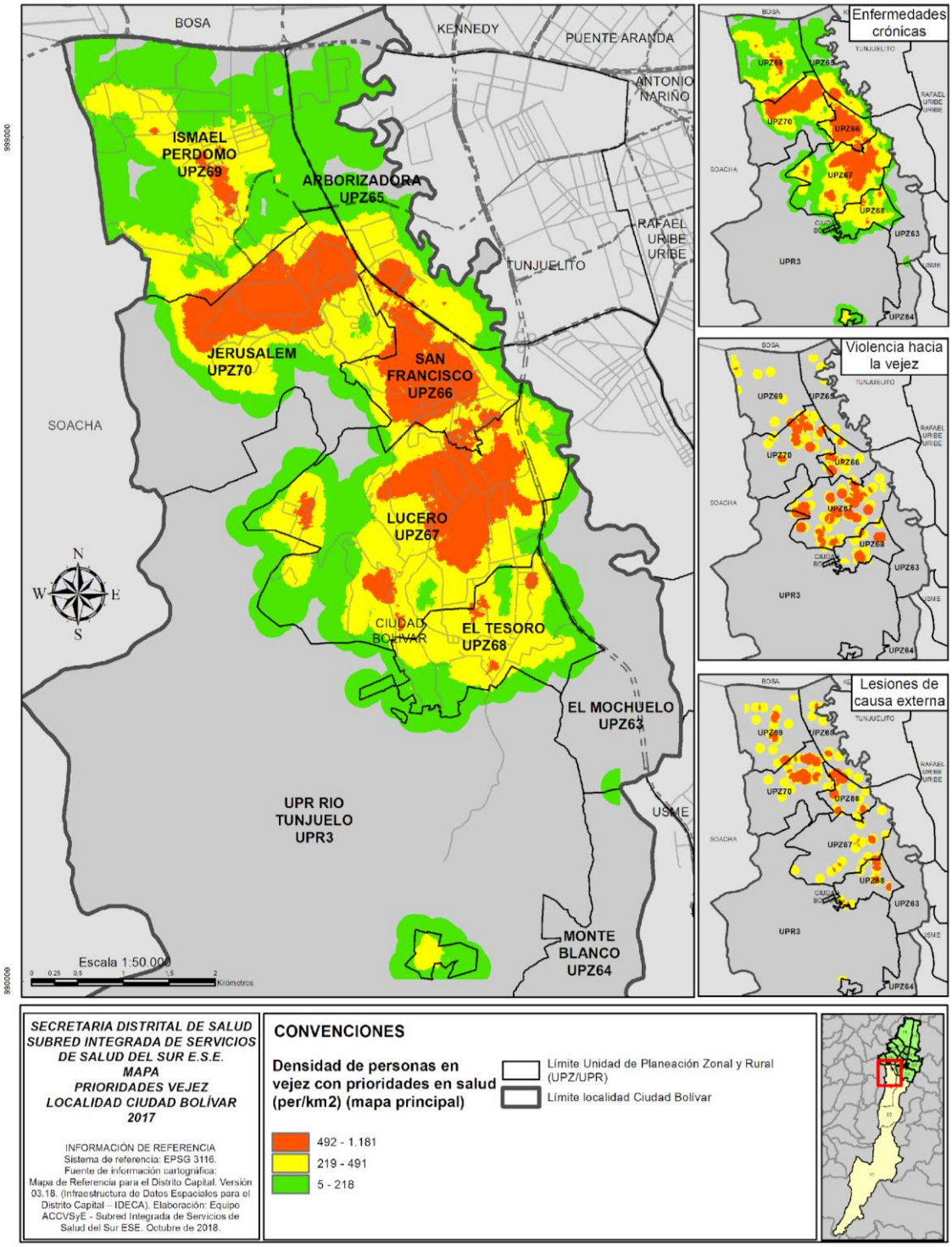
La concentración espacial del riesgo en salud para la población en el momento de curso de vida vejez en la localidad de Ciudad Bolívar se localiza con mayor intensidad en las unidades de planeación zonal (UPZ) Lucero, San Francisco y Jerusalem en casi la totalidad del territorio de cada una de ellas en donde convergen de forma compleja un conjunto de determinantes sociales que impactan tanto en el proceso salud – enfermedad del momento de curso de vida especifico de vejez como en los anteriores a este (Mapa 16). En la UPZ Lucero fue recurrente identificar

condiciones relacionadas con el desempleo y falta de ocupación en las personas mayores, inclusive sedentarismo, como aquellas que mayor inciden en el estado de salud de la población en vejez, dado que esto desencadena en dependencia, violencias, discapacidad y la aparición de enfermedades crónicas; igualmente esta UPZ presenta amplias dificultades respecto a la movilidad y condiciones de accesibilidad geográfica, lo que dificulta que sea fácil la movilidad entre la residencia de la población en vejez y los centros de atención, considerando los recursos, tanto económicos como en tiempo que debe también disponer el cuidador para este tipo de actividades.

En la UPZ San Francisco prevalecen como determinantes sociales que impactan en la salud de la población en vejez que este grupo participe en actividades laborales de tipo informal, con alta carga en actividades y en condiciones no seguras, dado que los recursos económicos en los hogares son insuficientes para satisfacer necesidades básicas, lo que aumenta el deterioro natural físico y mental, al presentarse lesiones de causa externa y violencias, exposición a factores de riesgo biomecánico, como actividades repetitivas o inclusive inadecuado consumo de alimentos, sea porque no existe una preparación nutritiva o el alimento es escaso.

Finalmente, en la UPZ Jerusalem fue recurrente identificar como determinantes sociales en el marco del proceso salud – enfermedad de la población del momento de curso de vida vejez

Mapa 16. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Ciudad Bolívar, 2017



Acciones de respuesta del momento del curso de vida de Vejez

Desde Espacio Vivienda, en vejez y en condición de discapacidad se cuenta con un equipo conformado por terapeuta y enfermero y/o psicólogo desarrolla acciones que favorecen desde el área física y psicosocial la adaptación al entorno y la realización de tareas independientes de manera progresiva y según condición del usuario. Se brinda educación al cuidador frente a uso de elementos, ejercicios diarios y autocuidado para el manejo del cansancio del rol de cuidador. Se realiza gestión para la obtención de ayuda estatal según el caso a través de activación de ruta. Se realiza educación para la prevención de enfermedades crónicas y se fortalecen cuidado en usuarios que ya presentan la enfermedad.

Desde el componente Gobernanza, para el proceso de Registro de Localización y Caracterización de Persona con Discapacidad (RLCPD), se realiza verificación previa en el sistema de información web a nivel distrital y nacional en el que se comprueba si se encuentra caracterizado o no. Si el caso es nuevo se procede a direccionar con el registrador de la localidad, se inicie el proceso de caracterización y localización. Se realiza como ajuste razonable, visita domiciliaria aquellas personas que no pueden trasladarse hasta un punto fijo de registro. De tal forma que la registradora se encargue de realizar la caracterización del paciente con los soportes establecidos. Se brinda información de los proyectos de inversión específicamente del subsidio de la tarjeta tu llave SITP y en qué tiempo puede proceder a solicitarlo y a los casos de Ciudad Bolívar se canaliza e informa al banco de ayudas técnicas para que estos determinen inicio de contacto.

Desde Vigilancia en Salud Pública Comunitaria se trabajó desde la investigación acción participativa con un grupo de persona mayor en identificación y empoderamiento frente a manejo inadecuado de residuos sólidos, buscando fortalecer empoderamiento de líderes- lideresas y respuesta frente a problemáticas colectivas presentadas.

Desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se realizan intramuralmente actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: control de placa bacteriana, detartraje y atención especializada.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Vejez

Secretaria de Integración Social desde los proyectos: 1103 espacios de integración social y 1099 envejecimiento digno, activo y feliz; el Instituto Distrital de la Participación y Acción Distrital con fortalecimiento conceptual en mecanismo de

participación a la población y diferentes organizaciones que trabajan con población adulta mayor en la localidad.

Desde el sector salud se implementó el programa *Corazón y Vida*, el cual brinda atención integral a los usuarios con diagnóstico de Hipertensión arterial o Diabetes Mellitus, con un abordaje terapéutico multidisciplinario, que involucre al usuario y su familia en la formulación de su plan de manejo, impactando positivamente la morbimortalidad, generando hábitos y estilos de vida saludable. En salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componentes.

Dimensión Transversal Salud Ambiental

Con relaciona a esta dimensión se definieron algunas prioridades que son trazadoras en la vida de todos o al menos gran parte de los pobladores de la localidad de Sumapaz, independiente el momento de curso de vida que transite, es así como se realizó un análisis de calidad del agua y calidad del aire, con el fin de conocer las características de estos eventos y como pueden afectar la salud y la calidad de vida de sus pobladores.

Calidad del aire

Para el año 2017 los indicadores de calidad de aire para la localidad de Ciudad Bolívar muestra un comportamiento favorable al no sobrepasar los valores de referencia internacional y nacional: Dióxido de nitrógeno (NO_2) de 5,5 ppb, Ozono (O_3) de 18,9 ppb, material particulado PM2.5 de 2,7 µg/m3 y PM10 de 25 µg/m3. Sin embargo se puede observar el fenómeno de calidad del aire desde las inadecuadas condiciones de la vivienda en el barrio Paraíso de la UPZ Lucero, en donde desde lo ambiental coexiste la mala planeación de la infraestructura, la falta de dinero para mejorar la vivienda, la falta de cobertura de servicios públicos y la inmigración trayendo consigo enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias agudas y enfermedades de la tráquea. Sin embargo, el principal punto de concentración de PM10 se encuentra en la UPZ Ismael Perdomo, en el cruce de la Autopista Sur y la Avenida Boyacá, zona de gran exposición al tráfico de estos importantes corredores viales urbano-regionales.

La baja calidad del aire al interior de las viviendas urbanas, también se presente con especial atención en las zonas de invasión del barrio Divino Niño donde las viviendas tienen poca ventilación, no hay separación de espacios (en un mismo salón cocina y dormitorio) y prevalece la mala disposición de residuos, relacionado con factores desde lo ambiental por la presencia de minería a cielo abierto y la

polución que genera ingresa y se queda en las viviendas, siendo ya de por sí la minería a cielo abierto un modelo deficiente de extracción de recursos minerales; migraciones a zonas geográficamente vulnerables y residencia de un numero significativos de niños; bajos ingresos para hacer modificaciones estructurales a las viviendas, generando enfermedades respiratorias.

Se presenta en la localidad también emisiones de humos metálicos y contaminación del aire en el espacio público en barrio Verona de la UPZ Jerusalem desde las unidades de trabajo informal donde se realizan trabajos de ornamentación y donde la falta de reconocimiento de la norma, la informalidad de la actividad, el aprendizaje empírico y falta de oportunidades educativas y laborales, junto con una única fuente de ingresos en las familias son factores de riesgo para la aparición de cáncer pulmonar por exposición y afectación en vías respiratorias, por ejemplo, EPOC.

Calidad del agua

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

La localidad cuenta con un importante sistema de recursos hídricos en 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. Sin embargo, algunas de las fuentes hídricas como la quebrada Trompeta y Limas han sufrido afectación a causa de 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 se han visto afectadas por la expansión de las zonas cultivables por parte de los pobladores; los servicios de acueductos comunitarios, presentan problemas con niveles de cloro y la aparición de microorganismos en el agua. (Vigilancia intensificada de la calidad del agua). Por lo que se han tomado medidas de desinfección con hipoclorito de calcio el cual está en proceso de calibración con la asesoría de la EAAB.

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. Aunque 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 el sector de Caracolí de la UPZ Ismael Perdomo la baja cobertura del servicio público de agua es originada por condiciones geográficas y topográficas adversas, conflictos en el uso del suelo y la falta de infraestructura; desde lo poblacional alta migración y nuevos asentamientos; desde lo social barreras para acceder a apoyos para el mejoramiento de vivienda y servicios públicos, baja oferta institucional en salud ambiental; desde lo económico bajos ingresos económicos para la instalación y adecuación de infraestructura.

Inadecuada disposición de residuos sólidos

Se identifica como determinantes para que la situación se presente en la localidad es el débil control y seguimiento a las todas las situaciones en general en salud ambiental, relacionado con la baja corresponsabilidad, compromiso, cultura y pertenencia de los ciudadanos e instituciones en el temas, falta de respecto y consciencia conciencia con la naturaleza y desconocimiento y desinterés en los temas de educación ambiental. Además, se presentan barreras geográficas para que la carrocería encargada de la recolección de residuos pueda entrar a zonas de difícil acceso, principalmente en los barrios de las zonas altas de la localidad que aún no cuentan con el total de las vías pavimentadas. Así mismo, desde las instituciones se brindan orientación desactualizada y descoordinada a la comunidad en el manejo de residuos, reflejo de la falta de organización institucional.

6. Conclusiones

- ✓ En los eventos materno perinatales se concluye que el factor preponderante del riesgo materno es la no adherencia de la gestante a los controles prenatales, asociado a factores económicos, desconocimiento de sus derechos y deberes en salud, ausencia de redes de apoyo, barreras de acceso a los servicios de salud relacionados con el aseguramiento y con barreras geográficas de acuerdo al lugar de residencia, así como barreras actitudinales de los y las profesionales de salud que afectan negativamente el concepto de la calidad en la atención de los servicios de salud.

- ✓ La seguridad alimentaria en la población menor de 5 años se encuentra relacionada con la nutrición de la madre y estilos de vida, así como prácticas del cuidado de la salud. En Ciudad Bolívar se reconoce como factor de riesgo la edad de la madre dado por inmadurez o envejecimiento reproductivo, las afectaciones de tipo emocional y psicológico relacionados con la decisión y aceptación del embarazo, ausencia de redes de apoyo conyugal, familiar y comunitario, hábitos y estilos de vida poco saludables (fumar, consumo SPA, alcohol), enfermedades antes y durante el embarazo (preclampsia, eclampsia, infección vaginal), amenazas de parto pretérmino, y periodo intergenésico corto que pueden ocasionar bajo peso al nacer.

- ✓ Los casos de violencia sexual en infancia presentan un incremento significativo respecto a los 141 casos notificados para primera infancia, adicionalmente presenta un peso porcentual más alto en cuanto a los diferentes tipos de violencia, aportando el 14%, dato muy superior al 4,8% visto en primera infancia. La relación por sexo evidencia una marcada mayoría de casos en mujeres (148 casos, 78,8%), lo cual puede relacionarse a que las jóvenes se desarrollan a una edad más temprana y a patrones culturales de machismo.

- ✓ Los adolescentes crean códigos y patrones de conducta sociales, los cuales van en desacuerdo con las normas establecidos en el hogar. Frente al consumo de SPA, los adolescentes iniciaron con cigarrillo en hombres y en mujeres el alcohol (37,3%), la edad de inicio del consumo es 12 años en hombres y de 13 años en mujeres, en algunos casos con aprobación y consentimiento de padres y cuidadores.

- ✓ Las conductas suicidas afectan a jóvenes; el subsistema SISVECOS en 2017 registró 342 casos de conducta suicida, se identificó que por cada hombre hay dos mujeres que presentan algún tipo de conducta suicida; el mayor riesgo se

relaciona con el intento suicida, es decir, pasan a la ejecución de pensamientos recurrentes de morir y acciones que pueden generar repercusiones importantes a la salud relacionada con el método elegido.

- ✓ En adultez se identificó que por cada mujer con TB hay dos hombres con el mismo diagnóstico, la realidad frente a los servicios de salud en el control de la TB muestra que existe un diagnóstico tardío.

7. Recomendaciones

- ✓ En los eventos materno perinatales es indispensable desarrollar intervenciones integrales y oportunas con las familias gestantes a partir de una valoración del riesgo psicosocial que permita reconocer temores e imaginarios de la población en relación al acceso oportuno a controles prenatales, no adherencia a tratamientos,

- ✓ Proveer una atención amigable por parte de los profesionales de salud que genere confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud; implementación de procesos de seguimiento de la calidad de la atención y el desarrollo de estrategias administrativas que permitan mejorar la satisfacción de las usuarias y disminuir las barreras de acceso.

- ✓ Frente a la seguridad alimentaria, se proponen articular estrategias de política enfocada con generación de ingresos, rutas de empleabilidad y ferias de servicios de ofertas laborales no solo el área urbana sino desde la ruralidad, lo cual puede generar beneficios directos en la población infantil y sus familias. Fortalecer rutas de la salud en las zonas más lejanas de la localidad y periurbanas que faciliten el desplazamiento de las familias.

- ✓ En población inmigrante venezolana en condición irregular se han identificado familias con niños y gestantes sin ningún tipo de aseguramiento y acceso a servicios por lo cual se requiere de una estrategia que permita dar respuesta a necesidades en salud de esta población, pues si bien se orienta al servicio de urgencias en el caso de gestantes, se ha identificado barreras por ejemplo en situaciones de accesibilidad a medicamentos o en el caso de los niños acceso a consultas de promoción y detección temprana.

- ✓ En violencia sexual es importante implementar programas educativos dirigidos a niños, niñas y padres de familia en el aprendizaje de destrezas de autoprotección frente a potenciales abusadores. Es de gran importancia que el 100% se encuentre capacitado en “código blanco”; de igual forma es importante contar con redes de apoyo interinstitucional fortalecidas que permitan desarrollar actividades de atención Individual, familiar y comunitaria.

- ✓ Fortalecer iniciativas comunitarias para el aprovechamiento del tiempo libre y la construcción de un proyecto de vida.

- ✓ Realizar un diagnóstico de percepción en atención de servicios de salud en adolescentes, con el fin de reconocer los factores que inciden en la no adherencia a programas de promoción y prevención, y que permitan crear estrategias de motivación y confiabilidad de los adolescentes frente al acceso a los servicios de salud. De igual forma es importante contar con talento humano capacitado e idóneo en el trabajo con adolescente y jóvenes.

- ✓ Realizar alianzas administrativas entre salud y otros sectores en torno a la dimensión sexualidad derechos sexuales y reproductivos; al interior de la subred es importante la organización de servicios de salud para prestación del servicio diferencial según necesidades de la población, fortalecer los modelos de gestión en los servicios de salud, así como el fortalecimiento del talento humano en métodos anticonceptivos modernos, derechos sexuales y reproductivos con el fin de brindar mejor asesoría a los usuarios, retomar el curso de AIEPI Clínico “Conversando con madres”.

- ✓ Implementar estrategias de formación comunitaria a partir de la metodología acción participativa frente a una alimentación sana y nutritiva que integre preparación de alimentos, actividad física y acompañamiento psicosocial en la población de intervención.

- ✓ La atención en salud a jóvenes debe ser abordada interdisciplinariamente con el fin de evaluar el riesgo de manera integral; es fundamental establecer un ambiente de confianza donde prevalezca el respeto y la privacidad, la atención en los servicios de salud debe ser basada desde un enfoque integral, identificando factores biológicos y psicosociales desde el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros.

- ✓ Establecer estrategias de búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios que permitan un diagnóstico oportuno en la tuberculosis a través de

acciones articuladas entre profesionales del PIC-POS activando rutas de atención, capacitando al 100% del talento humano en el reconocimiento de signos y síntomas, así como fortalecimiento de redes de apoyo comunitario en temas relacionados con sintomáticos respiratorios y tuberculosis.

- ✓ Garantizar al 100% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, ingresen al programa de tuberculosis, realizar la búsqueda activa de todos los sintomáticos respiratorios de contacto, crear estrategias de acompañamiento psicosocial a las familias con algún paciente con diagnóstico de tuberculosis.

- ✓ De igual forma es importante que los servicios de salud brinden atención integral a pacientes con diagnostico tuberculosis y VIH en relación con pruebas diagnósticas, y tratamientos con el fin de eliminar barreras de accesibilidad y tramitología en los usuarios y sus familias.

- ✓ El certificado de discapacidad y registro, de acuerdo a la resolución 583/2018 debe realizarse de forma gradual no de acuerdo lo solicita la resolución de ejecutarse a partir del 1 de febrero pues varias instituciones aún no han establecido de forma clara la organización del proceso.

8. Bibliografía

1. Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA) - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital. Mapa de Referencia versión 03.18. Vol. 03.18. Bogotá D.C.; 2018.
2. Álvarez M, Orozco L. Ciudad Bolívar: la historia de una lucha colectiva. Cent Mem Histórica [Internet]. 2015;1–13. Available from: http://centromemoria.gov.co/ciudad-bolivar-la-historia-de-una-lucha-colectiva/
3. Alcaldia Local de Ciudad Bolívar. Plan Ambiental Local. Localidad 19 Ciudad Bolívar 2017-2020. Bogotá D.C.; 2017.
4. Secretaría Distrital de Ambiente, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan Ambiental Local Localidad 19 Ciudad Bolívar 2012-2015. 2012. p. 53.
5. Alcaldia Mayor de Bogotá D.C. Recorriendo Ciudad Bolívar. Diagnóstico físico y socioeconímico de las localidades de Bogotá D.C. Bogotá D.C.; 2004.
6. Secretaria Distrital de Ambiente; Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático. Plan Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático para Bogotá D.C., 2015-2020. Bogotá D.C.; 2015.
7. De, Ramírez-puerta BS, Franco-cortés AM, Ochoa-acosta E, Escobar-paucar G. Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años , Medellín , Colombia. 2015;
8. Organización Mundial de la Salud. Acabar con la obesidad infantil. Bibl la OMS [Internet]. 2016;50. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf
9. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico sectorial de salud. Bogotá D.C.; 2015.
10. López P. JD. Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. Arch Med. 2017;17(1):38–53.
11. Luís J, Zamora C. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular Risk factors and the cerebrovascular disease. 2018;15(2):1–11.