

Documento Análisis de condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad



CIUDAD BOLÍVAR 2016

Contenido

Introducción	11
Objetivo General	12
Objetivos Específicos.....	12
Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	13
1.1 Contexto Territorial.....	13
1.2 Estructura demográfica	16
1.2.2. Densidad de población	16
1.2.1. Aseguramiento.....	19
1.3 Dinámica demográfica	22
CAPÍTULO II: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES) 31	
2.1. Dimensión Salud Ambiental	31
2.2. Dimensión ambiental construida de la localidad de Ciudad Bolívar.	34
2.3. Dimensión social	37
2.4 Dimensión económica.....	39
CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD	45
3.1 Mortalidad	45
3.1.1 Mortalidad por grandes causas.....	45
3.1.2 Mortalidad subgrupos, Grandes Causas 6/67	53
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez	60
3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez	65
Mortalidad Materno– Perinatal	65
Mortalidad Infantil	66
Mortalidad Menor de 5 años.....	67
3.2. Análisis estructura de morbilidad	69

3.2.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad de Ciudad Bolívar, años 2015 y 2016	69
3.2.2. Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67	75
3.2.3. Descripción de la Oferta	83
3.3 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	85
3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA	85
3.3.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles	87
3.3.3 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	88
3.3.4 Convivencia Social y Salud Mental	89
3.3.5 Salud Ambiental	90
3.3.6 Seguridad Alimentaria y Nutricional	91
3.3.7 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	91
3.3.8 Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brotos y morbilidad) ...	92
3.3.9 Salud Ambiental	93
3.3.9 Salud Ambiental	94
3.3.11 Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)	94
3.3.12 Seguridad Alimentaria y Nutricional	96
3.3.13 Convivencia Social y Salud Mental	97
3.3.14 Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles	99
3.3.15 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP)	100
3.4 Eventos precursores	100
Análisis General de la Morbilidad e Identificación de Prioridades en Morbilidad	105
CAPÍTULO V: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA	108

Metodología	108
5.1. Espacio de Vivienda.....	108
5.1.1. Caracterización del espacio, programa o procesos	108
5.2. Espacio Educativo.....	111
5.3. Espacio Público.....	115
5.4. Espacio Trabajo	119
5.4.1. Resultados.....	122
5.5. Vigilancia sanitaria	129
Línea de Seguridad Química:	130
Línea de Medicamentos Seguros:	130
Línea de Aire, Ruido y REM:	131
Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico:	131
Línea de Eventos transmisibles de origen zoonótico:	131
5.5.2. Resultados.....	131
5.6. Vigilancia Epidemiológica	135
5.6.1. Caracterización del Espacio, Programa o proceso	135
Convivencia social y salud mental	136
5.7.1. Caracterización espacio, programas y proceso	171
Crónicos – Cáncer	172
Salud Mental.....	173
Transmisibles.....	173
Enfermedades Transmitidas por Vectores.....	173
PAI	174
5.7.2. Resultados.....	174
5.7.3. Resultados.....	177
5.8. Equipo Gobernanza Componente 1	177
5.8.1. Caracterización del espacio, programa o procesos	177

5.8.2. Resultados	179
5.8.3. Conclusiones del espacio, programa o proceso	187
CAPÍTULO 6. ANALISIS Y SINTESIS.....	189
6.1. Agendas Locales.....	189
6.2. Desigualdades	190
6.3. Estrategia de abordaje territorial y Configuración del territorio	193
Bibliografía	198
Anexo 200	
Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Vista Hermosa, localidad Ciudad Bolívar, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016.....	200
Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Vista Hermosa.....	200
Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Vista Hermosa.....	203
Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Vista Hermosa	206

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad Ciudad Bolívar, año 2016.....	18
Tabla 2. Población por momentos del Curso de Vida, Localidad de Ciudad Bolívar, año 2016	19
Tabla 3. Distribución por aseguramiento, Localidad Ciudad Bolívar, 2016	19
Tabla 4 Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2013, 2014 y 2015	20
Tabla 5 Distribución población rural, Localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015	21
Tabla 6. Indicadores Demográficos, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2005 – 2010 – 2016	23
Tabla 7. Indicadores de dinámica demográfica, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2010 - 2016	24
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2016	25

Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2012 - 2016.....	28
Tabla 10. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2012 - 2016.....	29
Tabla 11 Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales. Localidad Ciudad Bolívar Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE. Año 2014	48
Tabla 12 Tendencia en la mortalidad con datos de tasas crudas según sexo y total. Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014	51
Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas por mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades año 2014.....	52
Tabla 14 Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio según sexo y total, Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014	54
Tabla 15 Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014	55
Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.	56
Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.....	58
Tabla 18. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014.....	59
Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.....	60
Tabla 20 tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades. Periodo 2012-2014.....	62
Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1-4 años, Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014.....	63
Tabla 22. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1-4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades. Periodo 2012-2014.....	64
Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil. Localidad Ciudad Bolívar, 2010 -2016	66
Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, años 2015 y 2016.	70

Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, años 2015 y 2016.	71
Tabla 26. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, años 2015 y 2016.	72
Tabla 27. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consulta según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	76
Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	77
Tabla 29. Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	77
Tabla 30. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	78
Tabla 31. Proporción Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	78
Gráfico 32. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Ciudad Bolívar, 2016.	79
Tabla 33. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	80
Tabla 34. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	81
Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	81
Tabla 36. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	82
Tabla 37. Proporción Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.	82

Tabla 38. Proporción Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016	83
Tabla 39 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	85
Tabla 40 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016.....	86
Tabla 41 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	92
Tabla 42 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016.....	93
Tabla 43 Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	95
Tabla 44 Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	95
Tabla 45 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.....	101
Tabla 46 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.....	102
Tabla 47. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	102
Tabla 48 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	103
Tabla 49. Número de casos caracterizados Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017.....	137
Tabla 50. Número de casos caracterizados por violencia sexual Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	139
Tabla 51. Población con caracterización y priorizada para activación, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017	139
Tabla 52. Distribución de notificación por localidad y mes, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017	140

Tabla 53. Distribución caracterizaciones de riesgo por localidad y mes Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	141
Tabla 54. Distribución de eventos caracterizados SISVECOS por mes y localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	142
Tabla 55. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	144
Tabla 56. Distribución de notificación por localidad abril a julio año 2017 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	146
Tabla 57. Número de casos de menores de 5 años con evento LCE por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	147
Tabla 58. Número de casos para mayores de 60 años con evento LCE por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	147
Tabla 59. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	148
Tabla 60. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	148
Tabla 61. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	149
Tabla 62. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	149
Tabla 63. Respuestas desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred integrada de servicios de salud sur, 2017	150
Tabla 64. Resultados de las IEC desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA, Subred Integrada de Servicios de Salud sur, 2017	151
Tabla 65. Población con discapacidad en la Subred Sur Abril-Julio 2017 (n=836)	152
Tabla 66. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas Localidad Ciudad Bolívar Abril-Julio 2017	153
Tabla 67. Eventos con intervención epidemiológica de campo SSR-SMI Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	154
Tabla 68. Consolidado de eventos con intervención epidemiológica de campo, SSR-SMI, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	155
Tabla 69. Número de casos notificados al sub sistema y el número de casos atendidos Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	158

Tabla 70. Total casos recién nacidos de bajo peso, Subred integrada de Servicios de Salud sur, 2017	158
Tabla 71. Eventos atendidos por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	162
Tabla 72. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017	164
Tabla 73. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017	164
Tabla 74. Distribución de investigaciones socio epidemiológicas de campo por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	167
Tabla 75. Diagnóstico de riesgos barriales Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	167
Tabla 76. Notificación problemáticas colectivas por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	168
Tabla 77. COVECOM, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	169
Tabla 78. Monitoreo participativo, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	169
Tabla 79. Activaciones de ruta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017	170
Tabla 80. Valoración de tensiones en salud. Localidad Ciudad Bolívar, 2017	178

Índice de gráficas

Gráfico 1. Pirámide poblacional, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., comparativo años 2005, 2010 y 2016	22
Gráfico 2. Población, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. años 2005 – 2016	24
Gráfico 3. Total nacidos vivos, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	26
Gráfico 4. Nacimientos según edad de la madre, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016.....	27
Gráfico 5. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	30

Gráfico 6. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	30
Gráfico 7 Mortalidad por grandes Causas Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014. 46	
Gráfico 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo. Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014	51
Gráfico 9 Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Ciudad Bolívar, 2012-2014.	61
Gráfico 10. Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Ciudad Bolívar, 2012-2014.	64

Índice de mapas

Mapa 1. Localización, estructura territorial y zonas de riesgo, Localidad Ciudad Bolívar, 2016	15
Mapa 2. Densidad poblacional, Localidad Ciudad Bolívar, 2015.....	17
Mapa 3. Condiciones sociales y ambientales. Localidad Ciudad Bolívar, Bogotá D.C., 2016.	44
Mapa 4.Oferta de Servicios de Salud, Localidad Ciudad Bolívar	84
Mapa 5. Acciones espacio de viviendas.....	111
Mapa 6. Acciones Espacio Educativo	115
Mapa 7. Acciones Espacio Público. Subred Integrada de Servicios de Salud. Abril – julio de 2017.....	119
Mapa 8. Unidades de Trabajo Informal intervenidas desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio de 2017.	126
Mapa 9. Casos de Trabajo infantil y adolescente intervenidos.....	128
Mapa 10. Acciones Vigilancia Sanitaria y Ambiental. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio 2017.....	133
Tabla 11. Distribución de notificación por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud sur, 2017	137
Mapa 12 Acciones PAI- Programas Localidad Ciudad Bolívar	176
Mapa 13. Acciones Gobernanza Componente 1. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio 2017.....	186
Mapa 14. Ubicación espacial de tensiones Ciudad Bolívar	196

Introducción

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

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

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

Objetivo General

Contar con un documento que brinde información útil y actualizada que aporte para la toma de decisiones relacionada con el comportamiento de la población residente en la Localidad de Ciudad Bolívar, en cuanto a densidad poblacional, distribución espacial en el territorio, análisis y síntesis del comportamiento de la relación salud enfermedad, variables que indican en dicha relación, así como las acciones realizadas para su prevención, atención y/o mitigación.

Objetivos Específicos

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

Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico

1.1 Contexto Territorial

La localidad de Ciudad Bolívar tiene una historia de nacimiento y desarrollo asociada al poblamiento acelerado que vivió la ciudad de Bogotá a partir de los años cuarenta, donde la parcelación progresiva de las grandes haciendas que ocupaban los territorios al sur de la ciudad fue generando de manera progresiva el surgimiento de asentamientos subnormales, nutridos por la creciente llegada de población proveniente de sectores rurales azotados por la violencia que por esa época empezaba a recrudecerse en el país.

De esta forma, desde departamentos tales como Santander, Boyacá, Meta y Tolima fueron llegando a la ciudad de Bogotá flujos de población rural cada vez mayores que fomentaron rápidamente el desarrollo de asentamientos informales que con el tiempo dieron lugar a la localidad de Ciudad Bolívar, siendo los primeros sectores en ocuparse lo que hoy se conoce como los barrios de Meissen, Lucero Bajo, Ismael Perdomo y San Francisco.

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

Es hasta la década de los ochenta cuando por medio del acuerdo 14 del 7 de septiembre el concejo de la ciudad crea la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar y se precisan los límites de esta con la vecina Alcaldía Local de Tunjuelito.

Situada en el sector suroccidental de la ciudad de Bogotá, la localidad de Ciudad Bolívar limita al norte con la localidad de Bosa siendo su límite la Autopista Sur; al oriente con las localidades Tunjuelito y Usme siendo su límite el río Tunjuelo; al sur con la localidad de Usme siendo su límite el río Chisacá y al occidente con el municipio de Soacha.

Tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, cuenta con el 26,1 % de suelo urbano y el 73,9% corresponden al suelo rural, después de la localidad de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa e igualmente es la tercera localidad con mayor superficie rural, en cuanto a área urbana está clasificada como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana.

La localidad se divide en ocho Unidades de Planeación Zonal (UPZ), que son Arborizadora (UPZ 65), Ismael Perdomo (UPZ 69), Jerusalén (UPZ 70), San Francisco (UPZ 66), Lucero (UPZ 67), Tesoro (UPZ 68), El Mochuelo (UPZ 63) y Monteblanco (UPZ 64) y en una Unidad de Planeación Rural (UPR) Río Tunjuelo.

La topografía de la localidad está compuesta por terrenos planos a ligeramente ondulados que se ubican a 2400 msnm particularmente al norte de la localidad, concretamente en la UPZ Arborizadora, a terrenos con pendientes bastante pronunciadas ubicados a 3100 msnm hacia el occidente de la localidad en Unidades de Planeación Zonal como El Tesoro, Lucero e Ismael Perdomo que conforman los denominados cerros de Ciudad Bolívar.

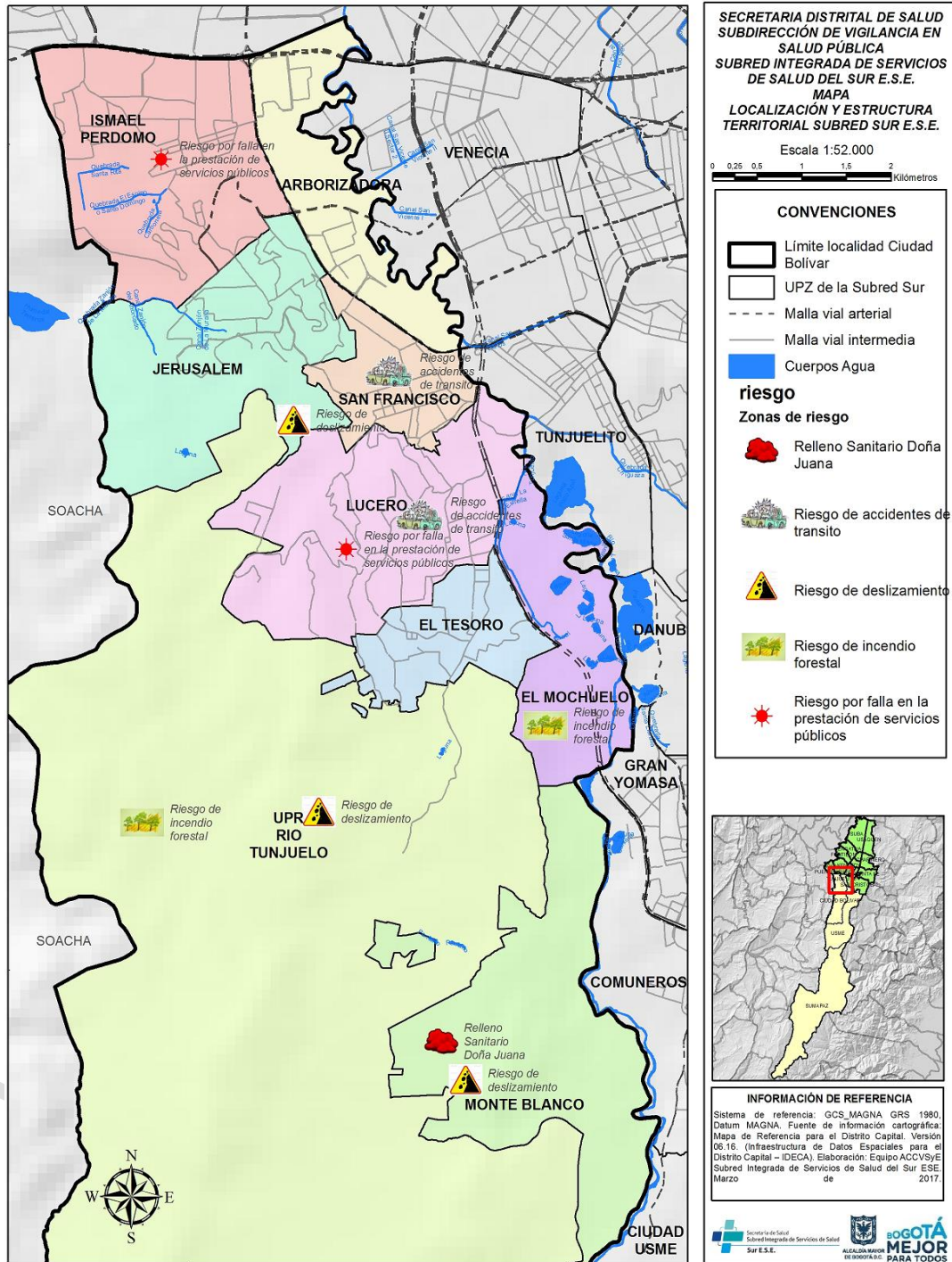
El ambiente en la localidad de Ciudad Bolívar es generalmente seco la mayor parte del año, con temperaturas que oscilan generalmente entre los 9°C y los 19°C. La temperatura promedio es de 14°C.

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 otros afluentes que recorren la localidad. Igualmente en Ciudad Bolívar se ubica la represa La Regadera en las veredas La Mercedes y La Rosa que pertenecen a la UPR Río Tunjuelo, a través de esta represa la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de la ciudad suministra de agua la zona sur de la ciudad.

La localidad Ciudad Bolívar, las demás localidades y en general todo el Distrito Capital, están articulados con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), “el instrumento básico para desarrollar el proceso de ordenamiento del territorio municipal. Se define como el conjunto de objetivos, directrices, políticas, estrategias, metas, programas, actuaciones y normas adoptadas para orientar y administrar el desarrollo físico del territorio y la utilización del suelo” (Ley 388 de 1997).

De esta manera y de acuerdo a las disposiciones consignadas en el POT la superficie total de Ciudad Bolívar es de 13.000,3 hectáreas (ha) de las cuales 3.329,8 ha corresponden a suelo urbano, 152,1 ha están destinadas a suelo de expansión urbana y las restantes 9.608,4 ha constituyen a suelo rural.

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



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

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

Los incendios estructurales en la subred sur se presentan principalmente en la localidad de Ciudad Bolívar, llegando hasta 37 eventos reportados por año.

Frente a riesgos por movimientos en masa e incendios forestales, incluye esta categoría efectos asociados a Fenómeno del Niño y de cambio climático; en la localidad existen un total de 4.650 manzanas en zonas de amenaza por remoción en masa, las UPZ donde se localizan la mayor cantidad de manzanas con esta amenaza son: Ismael Perdomo (amenaza alta); Lucero (amenaza media) y San Francisco (amenaza baja). La UPZ Arborizadora es la única UPZ que no posee ninguna manzana amenazada por remoción en masa.

Respecto a riesgo por inundación por desbordamiento, Ciudad Bolívar presenta amenaza Alta y manejo ambiental en 493,2 hectáreas (ha); amenaza media sin desarrollar en 20,1 (ha) y amenaza baja en 15,6 (ha) principal riesgo se asocia a las zonas próximas al río Tunjuelito y sus afluentes, en la quebrada Limas existen numerosos asentamientos, que se originan en la parte alta con los barrios San Joaquín y Nueva Colombia y se extienden en la parte media, donde se ubican barrios como Juan José Rondón y Marandú, invadiendo así la ronda de esta quebrada. En otros barrios como Meissen, México, y Candelaria, en la convergencia de la quebrada con el río Tunjuelito, también se presenta este riesgo.

Riesgos de baja ocurrencia y alto impacto, asociados a la geodinámica interna del planeta, como los sismos, o a eventos tecnológicos de media o baja ocurrencia. De acuerdo con el Estudio General de Amenaza Sísmica de Colombia.

1.2 Estructura demográfica

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

1.2.2. Densidad de población

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

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

Al analizar el sexo según los grupos quinquenales se observa que hasta los 24 años son más los hombres que las mujeres, para el grupo de 25 a 29 años la distribución porcentual entre hombres y mujeres es similar para los dos sexos con 4,2%, a partir de los 30 años de edad son más las mujeres que los hombres.

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

Quinquenios	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 4 años	36516	5,1	34760	4,8	71276	9,9
5 - 9 años	34427	4,8	33186	4,6	67613	9,4
10-14 años	33376	4,6	32006	4,4	65382	9,1
15-19 años	33518	4,7	32606	4,5	66124	9,2
20-24 años	34119	4,7	33458	4,6	67577	9,4
25-29 años	30379	4,2	29936	4,2	60315	8,4
30-34 años	27230	3,8	29548	4,1	56778	7,9
35-39 años	24478	3,4	26990	3,8	51468	7,2
40-44 años	21586	3	23812	3,3	45398	6,3
45-49 años	19729	2,7	22313	3,1	42042	5,8
50-54 años	17332	2,4	20189	2,8	37521	5,2
55-59 años	13668	1,9	16496	2,3	30164	4,2
60-64 años	9834	1,4	12213	1,7	22047	3,1
65-69 años	6660	0,9	8490	1,2	15150	2,1
70-74 años	4260	0,6	5637	0,8	9897	1,4
75-79 años	2384	0,3	3597	0,5	5981	0,8
80 y más años	1837	0,3	3130	0,4	4967	0,7
Total	351333	48,8	368367	51,2	719700	100,0

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

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

Tabla 2. Población por momentos del Curso de Vida, Localidad de Ciudad Bolívar, año 2016

Momentos del Curso de Vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera Infancia (desde la gestación hasta los primeros 5 años de vida)	43538	6,0	41530	5,8	85068	11,8
Infancia (6 a 11 años)	40812	5,7	39268	5,5	80079	11,1
Adolescencia (12 a 17 años)	39959	5,6	38551	5,4	78510	10,9
Juventud (18 a 28 años)	72227	10,0	70692	9,8	142919	19,9
Adultez (29 a 59 años)	129823	18,0	145260	20,2	275082	38,2
Vejez o Persona Mayor (60 años y más)	24975	3,5	33067	4,6	58042	8,1
Total	351334	48,8	368367	51,2	719700	100

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

1.2.1. Aseguramiento

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

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

Tabla 3. Distribución por aseguramiento, Localidad Ciudad Bolívar, 2016

Aseguramiento	Ciudad Bolívar	%	Bogotá D.C.	%
Régimen Contributivo (estimado)	452.454	62,87%	6.181.534	77,50%
Régimen De Excepción (estimado)	8.636	1,20%	207.739	2,60%
Régimen Subsidiado	187.553	26,06%	1.166.823	14,60%

Encuestados SISBEN No Afiliados	Potenciales Beneficiarios	5.218	0,73%	41.376	0,50%
	No Afiliables a Régimen Subsidiado	531	0,07%	8.033	0,10%
	Total SISBÉN No Afiliados	5.749	0,80%	49.409	0,60%

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

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

Tabla 4 Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Ciudad Bolívar, 2013, 2014 y 2015

Momento de curso de vida	Ciudad Bolívar				
	Hombre	Mujer	SD	Total	%
Primera infancia	303	303	44	650	14,1
Infancia	898	805	7	1710	37,1
Adolescencia	490	549	1	1040	22,5
Juventud	80	208	1	289	6,3
Adulthood	196	431	5	632	13,7
Vejez	96	100	0	196	4,2
Sin Dato	18	79	0	97	2,1
Población APS	2081	2475	58	4614	100

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

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

Adicionalmente, la relación por sexo es diferente a la vista en la población urbana, en donde, la diferencia no es tan marcada como en los datos de la ruralidad, donde las mujeres aportan el 53.6% de la población total.

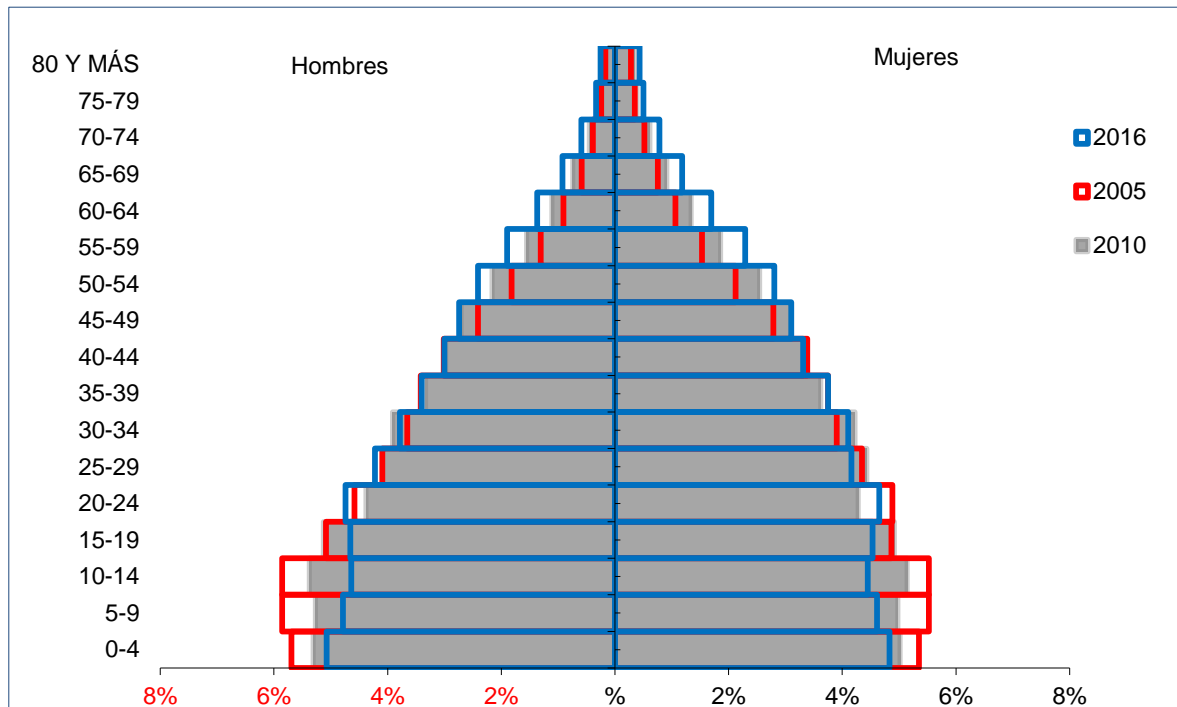
Tabla 5 Distribución población rural, Localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015

Distribución población rural según etnia, población diferencial y tipo régimen de salud		Usme	%
Etnia	Afrocolombiano	1	0,02
	Indígena	2	0,04
	Palenquero	1	0,02
Población Diferencial	Discapacidad	45	0,97
	Reinsertados	3	0,06
	Desplazados	3	0,06
	Víctimas Del Conflicto Armado	38	0,82
Régimen En Salud	Contributivo	1327	28,49
	Subsidiado	2720	58,41
	Especial	79	1,7
	No Asegurado	454	9,75
	Sin Información	77	1,65
Población APS		4657	100

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

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

Gráfico 1. Pirámide poblacional, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., comparativo años 2005, 2010 y 2016



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

La pirámide poblacional de la localidad de Ciudad Bolívar estimada para el 2016 presenta una pirámide estacionaria, que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base con relación al 2005, resultado de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida al nacer que experimenta la población.

Se observa una importante disminución de población de los 20 a 29 años en mujeres y en ambos sexos desde los 19 años, la cual se agudiza en menores de 14 años, relacionado posiblemente al control de natalidad y las acciones de prevención asociadas.

1.3 Dinámica demográfica

Para el año 2016 la población estimada de la localidad de Ciudad Bolívar fue de 719700 habitantes, al comparar con el año 2005 (567861 habitantes); se observa un crecimiento de la población, aproximadamente el 15,9%. La relación hombre – mujer disminuyo levemente pasando de 96 hombres por cada 100 mujeres en 2010 a un dato cercano a los 95 hombres en el año 2016. De igual manera se registra una reducción en la razón de niños y niñas de 0 a 4 años pasando de 40 en 2005 a 36 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) para 2016

Tabla 6. Indicadores Demográficos, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2005 – 2010 – 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	567861	628366	719700
Población Masculina	278643	307784	351333
Población femenina	289218	320582	368367
Relación hombre : mujer	96	96	95
Razón niños : mujer	40	37	36
Índice de infancia	34	31	28
Índice de juventud	28	27	27
Índice de vejez	5	6	8
Índice de envejecimiento	16	20	28
Índice demográfico de dependencia	59	54	50
Índice de dependencia infantil	54	48	43
Índice de dependencia mayores	5	6	8
Índice de Friz	166	151	138

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

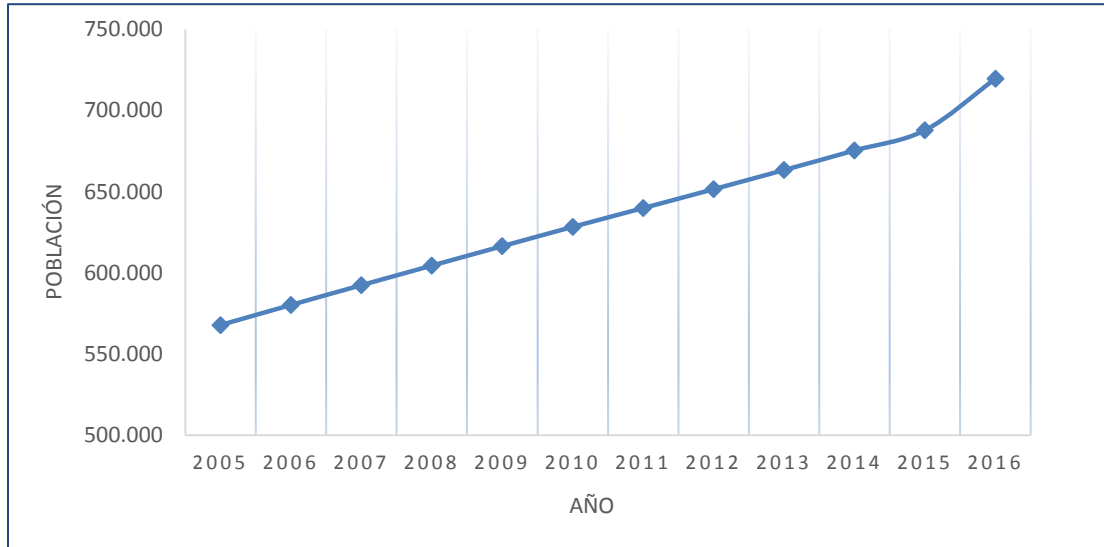
En cuando a los índices de infancia, juventud, vejez y envejecimiento se observan importantes diferencias; en primera instancia en infancia evidencia una marcada reducción de 31 niños menores de 15 años en 2010 a 28 en 2016 con relación a cada 100 personas, confirmado la información registrada en la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

El indicador de vejez y envejecimiento confirma nuevamente la información vista en la pirámide poblacional, relacionado con el aumento de población mayor de 65 años en la localidad, en cuando a vejez se observa que paso de 6 a 8 adultos mayores de 65 años por cada 100 habitantes entre los años 2010 y 2016. Tomando la relación del índice de envejecimiento se observa un incremento considerable en los últimos años entre jóvenes menores de 15 años y adultos mayores de 65 años, pasando de 16 en 2005 a 20 en 2010 y 28 en 2016, por cada 100 jóvenes de las edades mencionadas.

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

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

Gráfico 2. Población, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. años 2005 – 2016



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

Respecto al crecimiento de la población para la localidad Ciudad Bolívar, en la gráfica se observa una tendencia al aumento de la población, con una población estimada de 567861 habitantes en el año 2005 y 719700 habitantes para el año 2016, estos datos reflejan que la población ha presentado aproximadamente un crecimiento 24% en los años analizados.

Tabla 7. Indicadores de dinámica demográfica, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2010 - 2016

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

45 a 49 años	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
50 a 54 años	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0

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

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

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

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

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

Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2016

Quinquenios	Hombres	Mujeres	Índice de Masculinidad
0 - 4 años	36516	34760	105,1
5 - 9 años	34427	33186	103,7
10-14 años	33376	32006	104,3
15-19 años	33518	32606	102,8
20-24 años	34119	33458	102,0
25-29 años	30379	29936	101,5
30-34 años	27230	29548	92,2
35-39 años	24478	26990	90,7
40-44 años	21586	23812	90,7
45-49 años	19729	22313	88,4
50-54 años	17332	20189	85,8

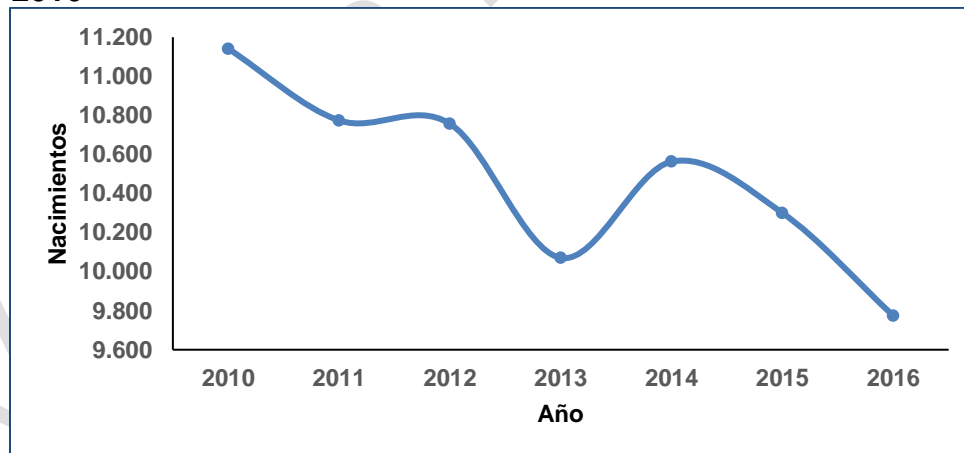
55-59 años	13668	16496	82,9
60-64 años	9834	12213	80,5
65-69 años	6660	8490	78,4
70-74 años	4260	5637	75,6
75-79 años	2384	3597	66,3
80 y más años	1837	3130	58,7
Total	351333	368367	95,4

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

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

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

Gráfico 3. Total nacidos vivos, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



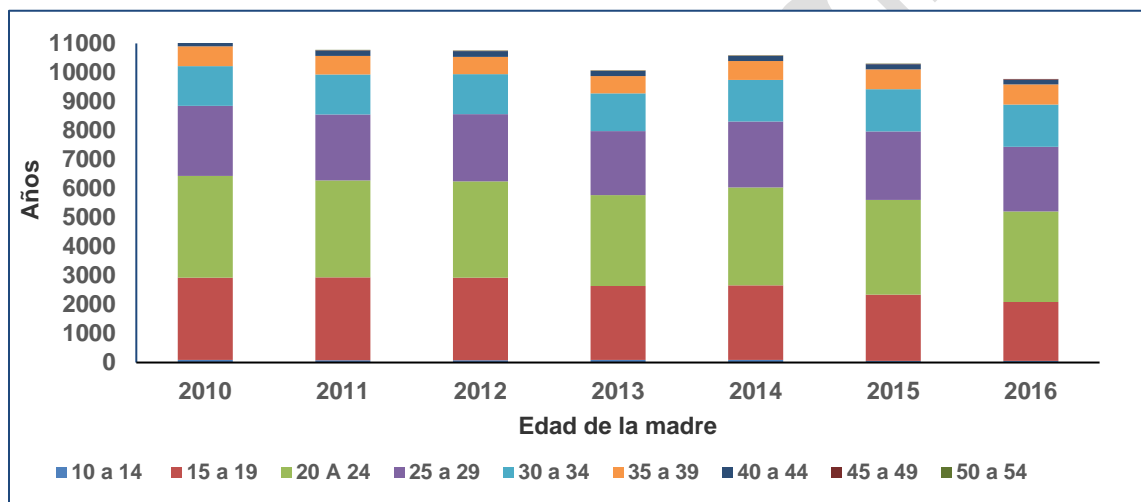
Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND 2010 – 2016; 2014 actualizado el 14 de junio del 2015; 2015-2016 preliminar.

Entre los años 2010 a 2013 se observa una importante disminución en la cantidad de nacidos vivos en la localidad de Ciudad Bolívar, para el 2014 se evidencia aumento en la cantidad de casos, dato que baja nuevamente hasta contar con el número de casos más bajo de los últimos años para el 2016. Al comparar entre los

años 2010 (11141 nacimientos) y 2016 (9774 nacimientos) la reducción de nacimientos fue de 12,3% para 2016.

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

Gráfico 4. Nacimientos según edad de la madre, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



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

Los grupos de edad en los que se presentó tendencia estable en el número de casos fueron: 30 a 34 años, 35 a 39 años y 45 a 49 años, representando un riesgo para la salud materno perinatal a partir de la edad de 35 años.

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

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

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

Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2012 - 2016

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

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

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

Durante los años 2012 a 2015 se cuenta con un registro de 12286 nacimientos de madres con edades entre los 15 y 19 años, con un promedio cercano a 2457 casos por año, de la totalidad de casos el 0,7% pertenecen a alguna etnia indígena, negra, mulato o afrocolombiano. En relación al sexo 51,2% eran hombres y 48,8% mujeres.

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

Tabla 10. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., 2012 - 2016

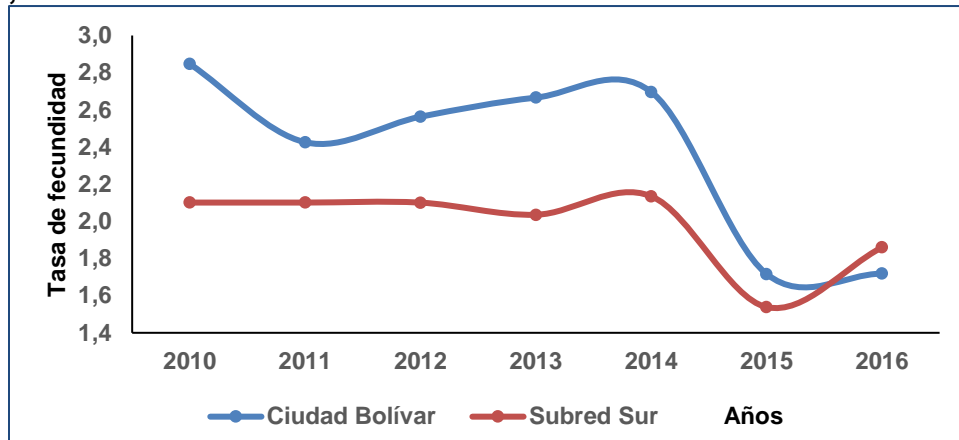
Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	1	0	3	8	5
	Rom	1	0	0	0	1
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	12	21	10	13	13
	Ninguno de los anteriores	2832	2533	2553	2268	2011
	Sin información	1	0	0	0	0
	Total	2847	2554	2566	2289	2030
Sexo	Hombres	1471	1308	1298	1149	1069
	Mujeres	1376	1246	1268	1140	960
	Indeterminado	0	0	0	0	1
	Total	2847	2554	2566	2289	2030
Aseguramiento	Contributivo	930	933	1026	943	888
	Subsidiado	1479	1214	1192	1119	992
	Excepcion	18	25	21	0	16
	Especial	0	1	0	21	0
	No asegurado	420	381	327	206	134
	Total	2847	2554	2566	2289	2030
Nivel Educativo	Preescolar	4	1	1	0	0
	Básica primaria	227	232	179	177	152
	Básica secundaria	1277	1050	1052	910	840
	Media académica o clásica	1196	1130	1161	1082	910
	Media técnica	35	40	24	26	20
	Normalista	0	0	1	0	0
	Técnica Profesional	29	46	56	36	46
	Tecnológica	19	22	21	27	27
	Profesional	24	19	28	11	10
	Ninguno	3	4	5	0	1
	Sin información	33	10	38	20	24
	Total	2847	2554	2566	2289	2030
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	817	708	808	751	627
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	975	865	839	768	696
	Separada, divorciada	6	2	4	727	655
	Viuda	2	1	3	24	21
	Soltera	995	942	855	2	2
	Casada	31	28	26	1	5
	Sin información	21	8	31	16	24
	Total	2847	2554	2566	2289	2030

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

Respecto al estado conyugal de la madre es importante tener en cuenta que son mujeres en el curso de vida adolescencia, de acuerdo a lo anterior la mayoría de casos se dan en menores que no estaban casadas y llevaban menos de dos años viviendo con su pareja (33,7%), seguido se encontraron las menores que no estaban casadas y llevaban dos años o más viviendo con su pareja con 30,2%, el 22,8% eran solteras, 11,3% eran separadas o divorciadas, 0,7% casadas y 0,4% viudas,

es importante mencionar que en el 0,8% no se contó con información para esta variable.

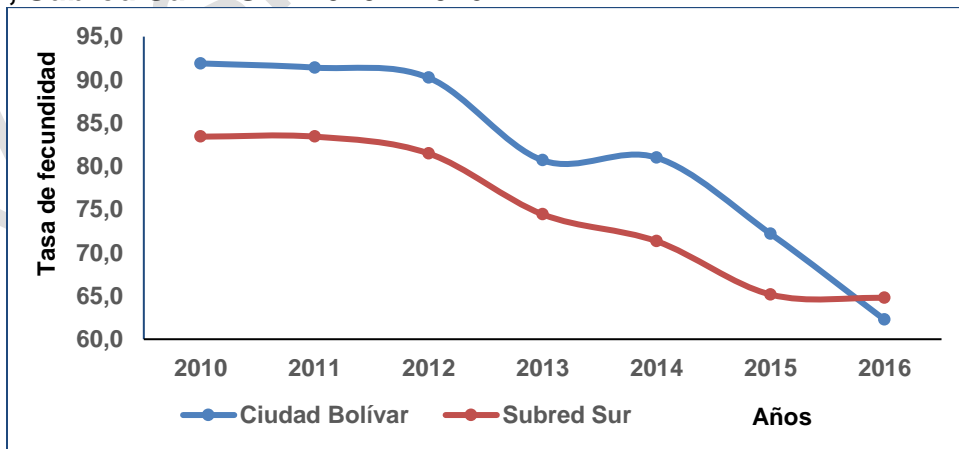
Gráfico 5. Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



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

Según la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años se estima que durante el año 2016 en la localidad Ciudad Bolívar por cada 1000 mujeres de 10 a 14 años nacieron 1,7 nacidos vivos; durante los años 2010 a 2016 se observa una tendencia a la disminución en la tasa pasando de 2,8 a 1,7. Al comparar con la Subred Sur se observa que durante los años 2010 a 2015 la tasa de la localidad Ciudad Bolívar estaba por encima y para el año 2016 se ubicó por debajo con una diferencia de 0,2.

Gráfico 6. Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



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

Con relación a la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años se estima que en Ciudad Bolívar para el año 2016 por cada 1000 mujeres en edades de 15 a 19 años nacieron 62,3 nacidos vivos; en el análisis comparativo de los años 2010 a 2016 se ha presentado una reducción importante, pasando de una tasa de 91,9 a 62,3. Durante los años 2010 a 2015 en la localidad las tasas fueron superiores a las presentadas en la Subred Sur, sin embargo para el año 2016 la tasa de la localidad fue inferior a la presentada en la Subred Sur con 62,3 y 64,8 respectivamente.

CAPÍTULO II: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

Al realizarse análisis de la calidad de vida y salud de una población, puede dar como resultado, la repaso de las desigualdades sociales de la salud presentes, pues la calidad de vida puede ser la consecuencia de la distribución desigual de los ingresos, los bienes y servicios, limitaciones al acceso a atención en salud, educación, condiciones de trabajo adecuadas, vivienda, ocio y diversión, por lo tanto a continuación se realiza un análisis de la calidad de vida y salud de la cada una de las localidades que conforman la red sur, el ejercicio se realizara a partir de las dimensiones del plan decenal de salud el cual abarca aquellos aspectos que inciden directamente en la salud de la comunidad.

2.1. Dimensión Salud Ambiental

Para el análisis de esta dimensión se hace un recuento de los recursos ambientales presentes en el territorio y se busca establecer una relación con la población.

Agua

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con un total de 22 microcuencas¹ y nacederos de agua tanto en zona urbana como rural, que son una fuente importante de abasto de los acueductos veredales en las zonas que aún no cuentan con red de acueducto, como son en las veredas Mochuelo Alto, Las Mercedes, etc.

No obstante, se encuentra que las fuentes hídricas en la localidad han sufrido afectación que va desde la reducción del cauce, hasta la utilización para el depósito de basuras, situación que es gravada por la expansión de las zonas cultivables por parte de los pobladores de las zonas; nacederos como la Quebrada Santa Rosita le han reducido cauce para el cultivo de productos agrícolas. Así mismo, en estudios de calidad del agua por parte de la subred sur se ha encontrado que algunas fuentes hídricas están contaminadas por agroquímicos y otros productos nocivos utilizados para el cultivo.

¹ UT Restaurar. Fortalecimiento a proyectos de mitigación del impacto ambiental negativo en áreas ambientales estratégicas y/o deterioradas de la localidad de ciudad Bolívar. 2014

Algunas iniciativas gubernamentales se han gestado en los territorios rurales, por medio de proyectos 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 la zona urbana la situación de las fuentes hídricas tiene un mayor impacto, pues se ha encontrado que estas fuentes se han convertido en depósitos de basuras y de escombros, lo que causa propagación de malos olores y vectores que son nocivos para la salud. La quebrada La Trompeta es depósito de material de construcción de las viviendas cercanas y en la quebrada Limas es común encontrar una gran cantidad de basuras a lo largo de su cauce.

Desde los equipo de Espacios de vida y componente de Gestión de la salud ambiental –GESA-, se han movilizado estrategias para la recuperación de puntos críticos de acumulación, mediante la concienciación de la comunidad en el cuidado del entorno. Sin embargo, dicha recuperación no permanece en el tiempo debido a que la comunidad vuelve y deposita la basura en estos lugares.

Calidad de Aire

La estación de referencia ubicada en la localidad de Tunjuelito (estación Tunal) que monitorea las concentraciones de material particulado (PM10, PM2.5, PST), de gases contaminantes (SO₂, NO₂, CO, O₃) y los parámetros meteorológicos de precipitación, velocidad y dirección de viento, radiación solar y humedad relativa, dio como resultado que en el año 2015² los contaminantes PM10, PM 2.5 y Ozono contaron con una representatividad mayor a 75% de los datos diarios.

El material particulado presento excedencias superiores a 100µg/m³ en el 20.7% de las mediciones respecto a la resolución 610 de 2010, así mismo el 77.8% de las mediciones superaron los 50µg/m³, limite recomendado en la Guía de Calidad de Aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo anterior se puede relacionar con el aumento de los casos de infección respiratoria aguda en grupos etareos vulnerables (niños, niñas y personas mayores).

Se debe agregar que la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con fuentes de contaminación directa, el relleno sanitario de Doña Juana es una 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

² Boletín Epidemiológico Mensual De La Línea De Aire, Ruido Y Radiación Electromagnética Línea De Aire, Ruido Y Radiación Electromagnética

alguna forma ha ido deteriorando los suelos y contaminado con material particulado al aire.

Por último se debe resaltar que, la localidad es atravesada por dos importantes vías de la ciudad, por un lado se encuentra la venida Boyacá, la cual es un corredor importante para el tránsito de tractomulas las cuales expelen una gran cantidad de CO₂ y, por otro lado se encuentra la autopista sur, donde sucede el mismo fenómeno de contaminación.

Áreas de Riesgo y Amenaza (inundaciones, incendios, vulcanismo, movimientos de masa) de la localidad de Ciudad Bolívar

La localidad se encuentra ubicada en terrenos comprendidos en una altitud entre los 2.400 msnm en la parte más baja y 3.100 msnm en la parte más alta, su topografía es en un 90 % Montañosa. Lo que está relacionada con los resultados del estudio de la FOPAE en 2005, sobre los riesgos por deslizamientos u otros factores físicos de la zona, encontrándose que el 55% de la zona urbana de la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra en zonas de amenaza media por deslizamiento y el 10% en amenaza alta.

Las zonas de amenaza media y alta han sido pobladas históricamente por personas consideradas en vulnerabilidad, quienes fundaron barrios de origen ilegal que no tienen un adecuado planeamiento urbanístico, deficiencias o inexistencia de redes de servicios y vías sin pavimentar. Esta condición de riesgo puede ser mitigada con el mejoramiento del entorno, la complementación de servicios urbanos o con construcción de obras de estabilización, que se han venido realizando a través del tiempo y que de alguna forma han reducido los riesgos de remoción.

Sin embargo, en las zonas con riesgo no es mitigable, se requiere del reasentamiento de las familias afectadas. En el 2015 se realizó la reubicación de las familias del barrio Altos de la Estancia de la UPZ Ismael Perdomo, debido a que la zona se declaró en riesgo no mitigable y las obras de mitigación no fueron eficaces.

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

2.2. Dimensión ambiental construida de la localidad de Ciudad Bolívar.

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

Movilidad en la localidad

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 1.068 Km/Carril, ubicándola en el 5° puesto en la ciudad respecto a vías y 1° en la Subred Sur con una distribución en lo local de 97 Arterial, 162 Intermedia y 809 Local de Km/Carril.

Según el informe de Bogotá como vamos para 2016, en cuanto a los diferentes tipos de malla vial, la localidad presenta datos negativos con un 25% de las vías en mal estado.

Caso contrario ocurre con las vías intermedias, las cuales ubican la localidad en el 1° lugar con mejor estado de estas vías con un 63%, dato más cercano al distrital que registra un 61%. Con relación a la longitud en kilómetros de ciclo rutas por localidad según la base datos del informe de Bogotá como vamos para 2016, la Ciudad Bolívar ocupa el último puesto con tan solo 7 kilómetros

Al realizar un análisis de la malla vial y la accidentalidad vial se encuentra que el mismo informe demostró que en 2015, se presentaron 543 víctimas fatales en Bogotá, la localidad de Ciudad Bolívar aporta 46 casos, ubicándolo en el puesto 2° con un 8.5%, lo que representa una tasa de mortalidad de 6.7 por cada 100.000 habitantes, ubicándolo en el puesto 12° del distrito, de los 46 casos 18 fueron peatones, 13 motociclistas, 8 pasajeros, 1 conductor y 6 ciclistas.

En cuanto a transporte público, las localidades de Ciudad Bolívar cuenta con una oferta de transporte tradicional, sumado a sistema integrado de transporte público (SIPT) cada vez con mayores rutas, además de sistema de alimentadores de Transmilenio, aunque este último beneficia directamente a un número resumido de habitantes de la localidad, quienes se encuentran en zonas lejanas de las estaciones o portales de TM.

Según el índice de movilidad de Bogotá D.C., realizado por la secretaria de planeación en septiembre de 2013, que busca conocer el índice de movilidad por UPZ, encontró que en la localidad cuenta con movilidad muy baja en las UPZ Jerusalén, el Tesoro, Monteblanco, movilidad baja Lucero, Ismael Perdomo y San Francisco y movilidad media baja la UPZ Arborizadora.

Para el estudio se estableció relación entre variables como población por UPZ, Autos persona, motos personas, bicicletas personas, viajes públicos persona, discapacidades, tiempo viaje, ingreso UPZ

Lo anterior es sumado a un incremento entre los años 2011 a 2015 de 69% en motos, 34% en automóviles, camionetas y camperos y tan solo 5% en transporte público evidencia dificultades en los estratos más bajos que cuentan con mayores dificultades para acceder a medio de transporte propio, sumado a unos recorridos más frecuentes y largos y un menor poder adquisitivo.

Finalmente se debe indicar que la localidad cuenta con una menor oferta de ciclorutas posiblemente por la topografía de la zona. Las vías de acceso son limitadas, la calidad de malla vial es precaria, sumado a que la mayor cantidad de vehículos privados se da en estratos medios y altos y la limitada oferta de servicios público, sumando a un menor poder adquisitivo, trayectos más frecuentes y de más duración y mayor gasto en movilidad, afectan las condiciones de calidad de vida de los residentes de la localidad de Ciudad Bolívar.

Espacio público

Bogotá por ser una de las principales ciudades receptoras de personas que vienen a buscar mejores oportunidades, ha tenido una transformación paulatina, que ha conllevado a una reducción significativa del indicador internacional de espacio público el cual está establecido en 15 m² por habitante, en el Distrito el espacio público efectivo por habitante paso en 2012 de 3.9 m² en a 3.69 en 2015, cifra que se aleja de la indicador nacional e internacional.

Específicamente en la localidad, se tiene estimado que el espacio efectivo por habitante es de 2.59 m² inferior al indicador distrital, lo que pone de manifiesto la reducción y escaso espacio público para el disfrute y encuentro de las personas que ayuden y potencie la reducción de estrés entre la población.

En cuanto a zonas verdes por habitante, se encuentra que el distrito también ha tenido una reducción importante en el indicador, pasando de 6.3 m² en 2012 a 6 en 2015, dato inferior al distrital y nacional en el tema. Para la localidad de Ciudad Bolívar se cuenta con 3.9 m² por habitante, presentando uno de los datos más bajos del distrito, dato que muestra la carencia de opciones para los residentes de esta localidad en su mayoría de los estratos 1 y 2.

Hogares y viviendas

Se ha establecido una estrecha relación entre las condiciones de la vivienda y salud física y mental de las poblaciones, en tanto que, las condiciones físicas de la vivienda, el entorno físico y tenencia, y la composición familiar son factores que de alguna forma repercuten en la salud.

En cuanto a tipo de Hogar, se encuentra que la localidad de Ciudad Bolívar ha tenido un incremento en cuanto a esta tipología familiar, pasando de 63.0% en 2011 a 64.7% en 2014, ubicándolo en el puesto 1 de las 19 localidades urbanas del distrito, con un dato levemente superior al promedio distrital. Esto indica que de alguna forma las familias cuentan con un mayor número de personas encargadas del sustento familiar.

En el distrito la jefatura del hogar a variado en los últimos años, incrementando el peso de las labores familiares y del sustento a las mujeres, pasando de 34.8% en 2011 a 38.1% en 2014, rol establecido por los miembros de la familia según criterios como edad, aporte económico, liderazgo y toma de decisiones, dichos datos se sustentan en mayor parte en los estratos bajos (1 y 2). En la localidad de Ciudad Bolívar a pesar de contar con un incremento alto en la proporción, pasando de 31.5% 2011 a 36.0% en 2014, este dato la registra como una de las localidades que tienen menor peso en cuanto a jefatura del hogar por mujer, ubicándola en el puesto 18 de las 19 localidades urbanas del distrito.

En cuanto a tenencia de vivienda, se encuentra que en la localidad cerca del 55% de las familias viven en arriendo, dato inferior al distrital que se encuentra en 59%. Se encuentra que una de las mayores tipos de vivienda es en apartamento, seguido de casa. Alrededor del 20% de las familias viven en casa propia que se encuentra en proceso de pago y cerca de un 8% viven en vivienda propia ya paga. Esta información permite inferir que uno de los gastos frecuentes en las familias de la localidad es el pago de canon de arrendamiento.

En cuanto a condiciones de la vivienda, en términos generales se encontraron problemas de tipo constructivo presentaron una disminución en los últimos años, grietas en paredes y pisos (20.0% en 2011 a 16.8% en 2014), fallas en tuberías, cañerías o desagües (8.7% en 2011 a 6.9% en 2014) y hundimiento de la estructura (5.2% en 2011 a 2.8% en 2014).

Los factores relacionados con humedad en paredes, pisos y techos fue el de mayor proporción en Bogotá, a pesar de evidenciar una importante reducción del 34.1% en 2011 a 25.0% en 2014, dichos datos se sustentan en mayor parte en los estratos 3, 4 y 5. En la localidad de Ciudad Bolívar a pesar de contar con un decremento en la proporción, pasando de 34.0% 2011 a 32.0% en 2014, este dato la registra como una de las localidades que tienen mayor peso en cuanto a los problemas de humedad, ubicándola en el puesto 6 de las 19 localidades urbanas del distrito, con un dato muy superior al promedio distrital.

La inseguridad tienen en cuenta el entorno de la vivienda, tiene una disminución en la percepción en los últimos años, en los principales motivos como contaminación del aire (44.9% en 2011 a 36.0% en 2014), malos olores (39.4% en 2011 a 33.5%

en 2014), Ruido (37.5% en 2011 a 36.6% en 2014) y generación y manejo inadecuado de basuras (27.3 en 2011 a 24.6% en 2014).

En particular factores relacionados con la inseguridad fue el de mayor proporción en Bogotá, a pesar de evidenciar una reducción del 75.8% en 2011 a 69.4% en 2014, dichos datos se sustentan en mayor parte en los estratos 3 y 5. En la localidad de Ciudad Bolívar a pesar de contar con un decremento en la proporción, pasando de 84.5% 2011 a 79.1% en 2014, este dato la registra como una de las localidades que tienen mayor peso en cuanto a los problemas de inseguridad, ubicándola en el puesto 6 de las 19 localidades urbanas del distrito, con un dato muy superior al promedio distrital.

Finalmente en servicios públicos se tiene que, de acuerdo a la información de la encuesta multipropósito en la localidad se tiene cubierto el 99.9 % de los servicios de acueducto, el 99.8% para el alcantarillado, el 99.6% para la recolección de basura, el 99.9% de servicio de energía, y el 96.5% para gas natural. Es de indicar que la zona rural de la localidad cuenta con servicios de acueductos comunitarios, los cuales a través de vigilancia Intensificada de la calidad del agua encontró que los acueductos presentan problemas con los niveles de cloro y la aparición de microorganismos en el 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.

El principal inconveniente de este acueducto tiene que ver con la adición del desinfectante, aunque ya se tiene clara la concentración y cantidad a utilizar del mismo, este proceso depende en un 70% del compromiso del operario con su trabajo.

2.3. Dimensión social

Infraestructura institucional - Educación

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con equipamiento educativo de 76 colegios públicos, 90 privados y 1 universidad, para el número de habitantes de la localidad se encuentra un déficit importante pues la razón de equipamiento es de 27 por cada 100.000 habitantes, ubicándose por debajo de la razón de equipamientos en educación para Bogotá (47,1).

Lo anterior puede estar se relaciona con las tasas de cobertura neta en educación, las cuales indican que, en Ciudad Bolívar es del 94,2% en el caso de las mujeres y 93,5% en el caso de los hombres. La diferencia entre la tasa de cobertura bruta y neta en educación básica es del 30,0% en las mujeres y el 29,8% en los hombres, lo cual indica una mayor afectación para las mujeres.

En cuanto a problemáticas relacionadas con el sector educativo, se encuentra que es la deserción escolar, la cual es causada principalmente porque el Colegio quedaba lejos de la vivienda de los estudiantes, por cambio de residencia y por bajo rendimiento académico. Lo anterior es agravado por la inseguridad que presentan algunos colegios, en especial en los barrios con mayor inseguridad, Perdomo y Paraíso y, junto con bajos ingresos económicos de las familias, que se convierten en factores predisponentes para la inclusión en actividades laborales de la población adolescente y joven, muchas de estas informales; además la alta tasa de analfabetismo para la localidad (año 2011: 2,9), así como la alta tasa de fecundidad en población joven (en mujeres de 10 a 14 años: 1,7 y en mujeres de 15 a 19 años 63,8 por 1000 nacidos vivos) impactan negativamente en la educación.

Según el nivel educativo se encontró que la mayor tasa de deserción se presenta en secundaria con 3,4, seguida de la educación media con 3,2 y primaria 1,7; situación que en la mayoría de ocasiones está influenciada por cambio de residencia fuera de la localidad y/o ciudad, estudiantes que residen lejos del establecimiento educativo, problemas familiares, falta de interés, inseguridad en algunos sectores de la localidad, embarazo o paternidad y falta de recurso de los padres, que se convierten en factores predisponentes para la inclusión en actividades laborales de la población adolescente y joven, muchas de estas informales; además la alta tasa de analfabetismo para la localidad (año 2011: 2,9), así como la alta tasa de fecundidad en población joven (en mujeres de 10 a 14 años: 1,7 y en mujeres de 15 a 19 años 63,8 por 1000 nacidos vivos) impactan negativamente en la educación.

Infraestructura de salud

La Localidad 19 cuenta con 194 instituciones de salud; predominan los laboratorios privados con 75,8% (n=147); seguido de 13,4% (n=26) la instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que corresponden a ONG`s, fundaciones, e IPS del régimen contributivo. En menor proporción se encuentran las instituciones públicas de primer nivel con presencia de 20 USS y 1 CAPS.

El mayor número de instituciones en salud por UPZ, se encuentra en San Francisco (67); Arborizadora y Lucero (33), Jerusalén (19); la UPZ Monteblanco y Mochuelo no cuenta con puntos de atención por ello la población debe realizar desplazamientos hacia los centro cercanos de la UPR Rio Tunjuelo para acceder a los servicios de salud; en la UPZ Tesoro la USS Limonar presta servicios de atención a la población en condición de discapacidad relacionado con rehabilitación y no con servicios ambulatorios para la población en general por ende la comunidad se desplaza hacia el USS Vista Hermosa o la USS Casa de Teja

Con relación a la dimensión de salud se encuentra un alto porcentaje de población sin afiliación a salud, lo que representa riesgo para el cuidado de la salud al no acceder a programas de promoción de la salud, prevención y atención de la

enfermedad, especialmente en la población más vulnerable: niños, gestantes y personas mayores.

Por otro lado, se identifican barreras de acceso geográficas, pues las USS son de primer nivel y la comunidad debe trasladarse a otras localidades para consultas con especialistas, lo que va en detrimento de lo económico.

Estrato socioeconómico

De acuerdo con la base de datos de encuestados de SISBEN III (corte diciembre 2016) en cuanto a la cantidad de unidades de vivienda por estrato, en la localidad de Ciudad Bolívar predomina el estrato 1 con el 49,6% (89,283 viviendas), seguido del estrato 2 con el 7,6% (52.552 viviendas) y el estrato 3 con el 1% (2,825 viviendas). UPZ como El Tesoro, Lucero y Jerusalén son su mayoría estrato 1, la UPZ San Francisco es su mayor medida estrato 2, la UPZ Arborizadora concentra la mayor cantidad de viviendas en estrato 3 de la Subred Sur

2.4 Dimensión económica

Infraestructura de desarrollo económico agrario, distribución, transformación y comercialización

La localidad tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, de las cuales 3.391 se clasifican como suelo urbano y 9.608 corresponden al suelo rural, que equivale al 73,9 % del total de la superficie de la localidad.

La zona rural contiene 8 áreas protegidas ambientalmente de las 60 del Distrito, en ella se presenta asentamientos ilegales en especial en la vereda de Quiba Alta Sector el Guabal, la presencia de barrios legalizados en la vereda de Mochuelo Bajo donde la distribución del agua es por acueducto comunitarios que no cumplen con la calidad para el consumo humano debido a la dificultad del mantenimiento de la infraestructura a cargo de la comunidad; además se encuentra la explotación minera definida por el Plan de ordenamiento territorial al lado de estos barrios. De igual forma, el relleno Sanitario Doña Juana contribuye a la contaminación ambiental por la presencia de olores producto de la descomposición de basuras que recibe diariamente del Distrito Capital que son aproximadamente 6,300 toneladas"

Principales actividades económicas y desempleo

Con relación a actividades económicas, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2016, se identificaron 281 unidades de trabajo informal (UTIS) en la localidad, de las cuales el 26% desarrollaban actividades de mantenimiento y reparación de vehículos automotores, 10,3% mantenimiento y reparación de motocicletas y de sus partes y piezas, 9,6% fabricación de productos metálicos para uso estructural, 8,2% comercio al por menor de alimentos, bebidas y tabaco, en puestos de venta móviles, 7,5% mantenimiento y reparación especializado de

productos elaborados en metal, 6,0% expendio a la mesa de comidas preparadas, 5,3% elaboración de productos de panadería, 4,6% comercio al por mayor de desperdicios, desechos y chatarra, 2,5% fabricación de partes y piezas de madera, de carpintería y ebanistería para la construcción y para edificios, 2,1% mantenimiento y reparación de otros tipos de equipos y sus componentes, 1,8% comercio al por menor de lubricantes (aceites, grasas), aditivos y productos de limpieza para vehículos automotores; almacenamiento y depósito, fabricación de muebles y actividades reguladoras y facilitadoras de la actividad económica con 1,4% respectivamente.

Según la Cámara de comercio de Bogotá para el año 2015 en la localidad fueron creadas 2.749 empresas y canceladas 721. Para el año 2014 la población estimada para la localidad fue de 675.260 habitantes de los cuales el 23,5% (159.057) eran personas menores de 11 años y 76,4% (516.203) era población en edad de trabajar, siendo 326.085 la población económicamente activa (64,8%) y 58.275 la población económicamente inactiva (35,2%). La tasa global de participación fue de 59,9%, es decir que más de la mitad de la población de la localidad trabajan o buscan trabajo, así mismo indica que 40,1% de la población en edad económicamente activa no laboraba o se encontraba ejerciendo trabajo informal, en relación a la TGP por sexo se observa que es mayor para los hombres (74,4%) que para las mujeres (52,4%). Para Bogotá La TGP distrital es del 64,2%, siendo 73,5% para los hombres y 55,0% en las mujeres.

En cuanto a la medición de calidad del empleo, el indicador utilizado es la tasa de informalidad (número de personas que según las características de su trabajo y su posición ocupacional, son consideran informales, sobre el total de ocupadas).

De acuerdo con la información arrojada por la EMB 2014, la tasa de informalidad para la localidad fue de 48,4%, con relación a las mujeres la tasa fue de 51,2%, en comparación al distrito esta tasa es del 40,4% para el total de las mujeres en Bogotá, esta cifra revela que el grado de informalidad del trabajo de las mujeres en la localidad, es 10,8 puntos porcentuales mayor con respecto al total de la ciudad.

La tasa de dependencia total de la localidad (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 las 4 restantes. En cuanto al sexo la diferencia porcentual es de 1,7, con una tasa de 56,5% en las mujeres y 58,2% en los hombres. En Bogotá, la tasa general es del 52,8%, en ambos sexos.

Coeficiente de GINI

Para Bogotá el Coeficiente de GINI durante el año 2014 fue de 0.504 al comparar con el 2007 (0.511) se observa reducción para el último año analizado. En el año 2014 en la localidad Ciudad Bolívar el coeficiente fue de 0,402 indicando condiciones de desigualdad en el ingreso, al comparar con el distrito capital se observa que este indicador se ubicó por debajo del estimado para la ciudad, reflejando menos desigualdad que el distrito, dado que las condiciones socioeconómicas son similares en toda la localidad.

Infraestructura de desarrollo económico Industrial o empresarial

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

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

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

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

El Subsector de Alimentos: (víveres en general), bebidas y tabaco, se concentró en los barrios Lucero del Sur, Candelaria La Nueva, Las Acacias, San Francisco, Ismael Perdomo y La Estancia; productos nuevos de consumo doméstico en establecimientos especializados se concentró en los barrios Lucero del Sur, Candelaria La Nueva, Las Acacias, Ismael Perdomo y La Estancia; alimentos

(víveres en general), bebidas y tabaco en establecimientos especializados se concentró en los barrios Guadalupe, Ismael Perdomo, La Estancia y Candelaria La Nueva; y de otros nuevos productos de consumo, en establecimientos especializados se concentró en los barrios Ismael Perdomo, El Chircal, La Estancia, Candelaria La Nueva y Madelena.

Acceso a Canasta SAN

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

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

2.5. Espacios de participación comunitaria

Los procesos de desarrollo social y de organización comunitaria son construidos desde la cotidianidad y el saber de los sujetos, con el fin de promover la transformación del territorio y mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

Dichos procesos de organización comunitaria se han desarrollado en la localidad, debido a la necesidad de restituir los derechos de los habitantes, de fomentar el encuentro y reconocimiento de los sujetos como actores activos de cambio, de conseguir y optimizar recursos desde y para la comunidad.

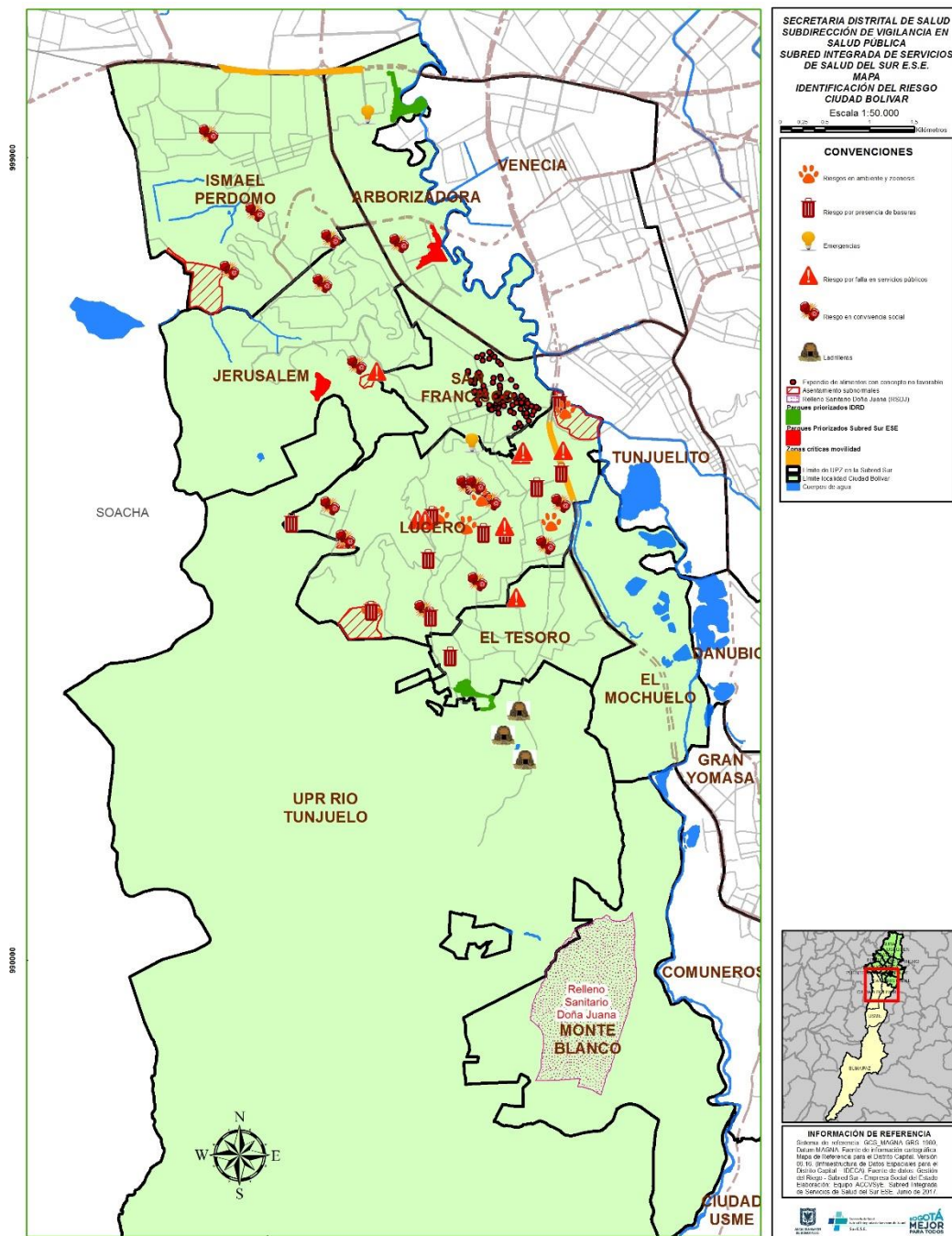
Se cuenta con espacios de participación comunitaria con 222 Juntas de Acción Comunal creadas en 1958 y 17 consejos comunales, se cuenta con 1 Consejo Local de Planeación. Consejos Locales de Juventud, Mesa Local de Mujeres Jóvenes de Ciudad Bolívar, Consejo Local De Política Social (CLOPS); Consejo Local De Gobierno, Unidad técnica de apoyo (UAT), Comisión Local Intersectorial De Participación (CLIP), Consejo de Planeación Local (CPL), Consejo Educativo Local de Política Educativa, el foro educativo local 2016.

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

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

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

Mapa 3. Condiciones sociales y ambientales. Localidad Ciudad Bolívar, Bogotá D.C., 2016.



CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

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

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

3.1.1 Mortalidad por grandes causas

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

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

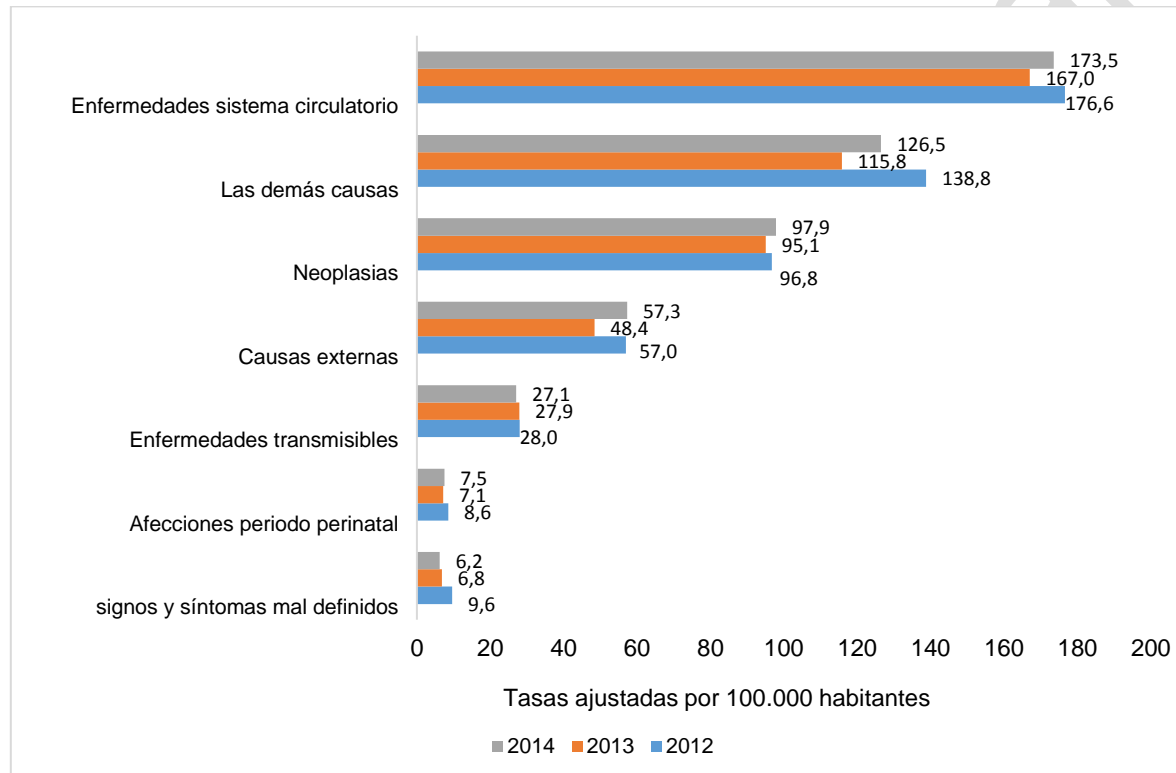
Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (322) y la enfermedad cerebrovascular o ictus (148), que en conjunto producen el 74% de toda la mortalidad cardiovascular y se concentran en la población mayor de 70 años. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros(1).

La segunda causa de muerte en la población de Ciudad Bolívar fueron las enfermedades que integran el grupo de las demás causas, para el año 2014 contribuyeron en un 23,1% (495) de las defunciones; este grupo presenta una

tendencia decreciente del 8,9% en la tasa ajustada pasando de 138,8 a 126,5 por 100.000 habitantes. En el año 2014 afectó los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (32,1%). Seguido de 75a 79 años (11,7%) y de 70 a 74 años (10,7%)

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

Gráfico 7 Mortalidad por grandes Causas Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014.



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

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

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

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

La mortalidad por causas externas es uno de los problemas de salud pública, además, es un indicador de desigualdades e inequidades en salud que tiene gran impacto social y económico en la población. Las causas externas de mortalidad se pueden clasificar en intencionales (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tránsito u otros accidentes) y de intención indeterminada. La OMS estima que todos los días personas son víctimas de este tipo de causas, las cuales resultan con lesiones, muchas de ellas graves, por lo que requieren cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, acarrea costos sociales y económicos altos.(3)

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

También es común que en todos los corredores viales los senderos peatonales no tengan especificaciones técnicas para la movilidad del peatón (Ancho no apropiado para flujo grande de personas, no están nivelados y se encuentran diferentes

obstáculos y en algunos tramos no existe anden) lo que se refleja en la invasión de la calzadas para el desplazamiento. En conjunto todas estas problemáticas configuran un alto riesgo en la movilidad en tramos, los cuales se reflejan en los accidentes que se generan en estas vías y los constantes taponamientos o trancones a causa de incidentes en estos; el siguiente mapa grafica el sistema vial de la localidad. Otro factor incidente es la falta de pasos peatonales seguros (Puentes peatonales, cruces peatonales sanforizados), el exceso de velocidad y mal comportamiento de los diferentes actores de la vía. Y en las UPZ Lucero y San Francisco, es la invasión del espacio por parte de vendedores ambulantes.

Las enfermedades transmisibles son causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas, presenta un comportamiento descendente en la tasa ajustada para la edad pasando de 28,0 a 27,1 por 100.000 habitantes. En el 2014 se presentaron 116 defunciones aportando al 5,4% del total de la mortalidad en la localidad. La principal causa se relaciona con infecciones respiratorias (60,3%) seguido de enfermedad por VIH (SIDA) (19%). En relación a las afecciones del periodo perinatal en el año 2014 se presentaron 57 mortalidades; y la principal causa fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal en un 38,6%. Para el año 2014 el grupo de edad con mayor afectación corresponde al de 80 y más años con el 27,5%, seguido del grupo de 0-4 años 17,2% y de 75 a 79 años 9,4%.

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

Tabla 11 Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales. Localidad Ciudad Bolívar Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE. Año 2014

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

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

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

De 40 a 44 años	7,6% (4)	5,4% (17)	5,8% (21)	3,8% (10)	2,5% (6)	3,2% (16)	0%	7,4% (2)	5,7% (2)
De 45 a 49 años	3,8% (2)	3,8% (12)	3,8% (14)	2,2% (6)	3,4% (8)	2,8% (14)	12,5% (1)	3,7% (1)	5,7% (2)
De 50 a 54 años	1,9% (1)	4,1% (13)	3,8% (14)	3,8% (10)	3,4% (8)	3,6% (18)	0%	7,4% (2)	5,7% (2)
De 55 a 59 años	3,8% (2)	4,1% (13)	4,1% (15)	4,9% (13)	6,4% (15)	5,6% (28)	0%	0%	0%
De 60 a 64 años	7,6% (4)	3,2% (10)	3,8% (14)	7,2% (19)	8,1% (19)	7,6% (38)	0%	7,4% (2)	5,7% (2)
De 65 a 69 años	1,9% (1)	3,2% (10)	3,0% (11)	7,2% (19)	6,4% (15)	6,8% (34)	0%	11,1% (3)	8,5% (3)
De 70 a 74 años	5,7% (3)	1,2% (4)	1,9% (7)	9,1% (24)	12,3% (29)	10,7% (53)	12,5% (1)	0%	2,8% (1)
De 75 a 79 años	1,9% (1)	1,6% (5)	1,6% (6)	10,3% (27)	13,2% (31)	11,7% (58)	12,5% (1)	3,7% (1)	5,7% (2)
De 80 y más años	5,7% (3)	2,2% (7)	2,7% (10)	36,3% (95)	27,3% (64)	32,1% (159)	0%	7,4% (2)	5,7% (2)
Total	100% (52)	100% (310)	100% (362)	100% (261)	100% (234)	100% (495)	100% (8)	100% (27)	100% (35)

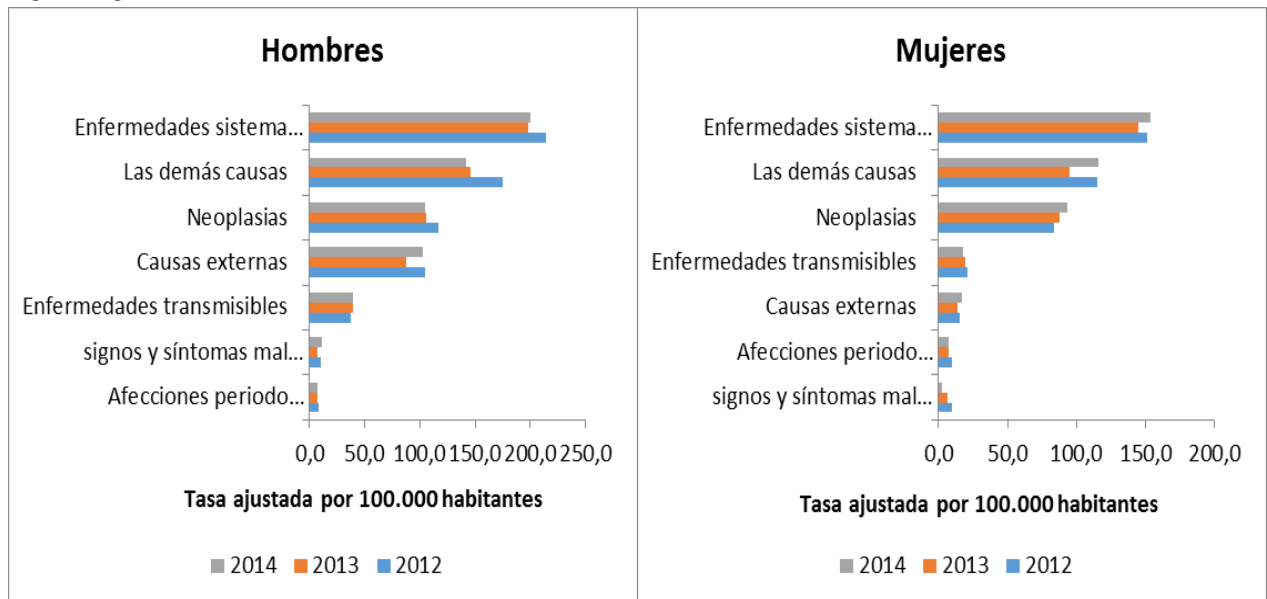
Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de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

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

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

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

Gráfico 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo. Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014



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

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

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

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

.Grandes Causas	Mujeres				Hombres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades transmisibles	14,4	13,6	12,2	↓	12,5	12,0	11,5	↓	19,2	18,4	17,2	↓

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

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

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

En los hombres la causa directa son las lesiones de causa externa, en el 2014 en Ciudad Bolívar por cada mujer que falleció con este diagnóstico, hubo seis hombres que murieron por la misma causa. Los homicidios son más comunes en los hombres que en las mujeres, particularmente entre los jóvenes entre 15 y 44 años, tal como lo sugiere la literatura sobre violencia y actividades criminales, lo cual incide negativamente en la estructura demográfica poblacional y en los procesos económicos del país y de las familias.(5)

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

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

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

ADE SDS.-(Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

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

3.1.2 Mortalidad subgrupos, Grandes Causas 6/67

3.1.2.1 Mortalidad enfermedades del sistema circulatorio Localidad Ciudad Bolívar. 2012-2014.

En Ciudad Bolívar en el periodo 2012-2014, fallecieron 1804 personas por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio; la mayor proporción se encuentra en hombres (50,1%) y el 49,9% en mujeres.

En el año 2014 ocurrieron 635 defunciones, donde el subgrupo de Enfermedades isquémicas del corazón originaron el 50,7% (322) del total de las defunciones, con una tendencia decreciente en la tasa ajustada para la edad pasando de 92,2 a 88,9. El mayor número de casos se da en hombres (174) respecto a las mujeres.

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

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

En cuanto a las implicaciones de la mortalidad por sexo y edad permite reconocer que en la mayoría de los grupos específicos la mujer tiene mayor de riesgo de morir por alguna causa cardiovascular, afectando de manera negativa los procesos

demográficos de la localidad asociado a la reducción en la natalidad, afectaciones a la familia y a los procesos de producción.

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

Grupos Específicos	Hombres					Mujeres					Total				
	2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia	
Enfermedades isquémicas del corazón	115,5	114,2	111,5	↘	↘	75,3	70,1	72,4	↘	↗	92,2	88,2	88,9	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	50,7	38,6	35,5	↘	↘	38,7	42,1	40,3	↗	↘	42,7	41	38,9	↘	↘
Enfermedades hipertensivas	14	16,5	11,6	↗	↘	13,7	12,1	17,2	↘	↗	13,9	13,9	15	↗	↗
Enfermedad cardiopulmonar	14,8	10,6	14,1	↘	↗	12,7	12	12,7	↘	↗	13,8	11,8	13,5	↘	↗
Demás enfermedades del Stema circulatorio	10,5	12,1	21	↗	↗	5	5	5,4	↘	↗	7	7,8	11,5	↗	↗
Insuficiencia cardíaca	7,4	6	6,4	↘	↗	5,1	2,7	5,6	↘	↗	6,1	3,9	5,8	↘	↗
Fiebre reumática aguda	1,2	0	0	↘	-	0,5	0,6	0	↗	↘	0,8	0,3	0	↘	↘
Paro cardíaco	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Aterosclerosis	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-

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

En la localidad de Ciudad Bolívar el comportamiento es creciente y se mantiene en el tiempo para las enfermedades hipertensivas y demás enfermedades del sistema circulatorio; mientras que en la Subred Sur estos eventos muestran una tendencia decreciente e irregular respectivamente entre el 2012 al 2014. Con relación a las enfermedades isquémicas del corazón, las cardiopulmonares y las insuficiencias cardíacas en la localidad 19 muestran un comportamiento irregular; el cual es semejante para enfermedades de insuficiencia cardíaca en la Subred, con relación a los otros dos eventos la tendencia es decreciente en los periodos analizados. Las enfermedades cerebrovasculares y fiebre reumática aguda presentan una tendencia decreciente y constante a través del tiempo en la localidad de Ciudad Bolívar y la Subred Sur.

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

Tabla 15 Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014

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

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

3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias

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

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

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

En los servicios de salud se cuenta un programa de detección temprana de las alteraciones del adulto, a pesar de tener la opción de acceder a la consulta y realizarse las pruebas diagnósticas en la detección oportuna del cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). Los hombres buscan el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud. Los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud(6).

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

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

Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014.

Grupos Específicos	Tasa Hombres			Tendencia		Tasa Mujeres			Tendencia		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	27,5	21,0	17,8	↘	↘	6,4	11,7	11,8	↗	↗	15,2	15,7	14,7	↗	↘
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	8,7	7,0	6,2	↘	↘	1,9	4,5	6,8	↗	↗	4,7	5,5	6,7	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del	15,6	17,2	21,2	↗	↗	17,7	15,6	10,8	↘	↘	17,1	16,5	15,2	↘	↘

peritoneo, excepto estómago y colon															
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	10,3	14,3	10,3	↗	↘	7,2	4,9	7,1	↘	↗	8,8	8,4	8,4	↘	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,8	1,0	2,0	↗	↗	1,5	0,7	0,0	↘	↘	1,2	0,8	0,9	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	-	-	10,7	9,5	12,0	↘	↗	5,9	5,5	6,7	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	8,7	6,6	6,6	↘	↗	4,8	3,6	3,7	↘	↗
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	1,1	1,5	2,0	↗	↗	0,6	0,8	1,1	↗	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0		-	-	1,1	1,7	2,1	↗	↗	0,6	0,9	1,2	↗	↗
Tumor maligno de la próstata	14,7	0,7	12,2	↘	↗				-	-	6,0	0,3	4,8	↘	↗
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	2,8	0,7	5,4	↘	↗	4,7	6,8	9,2	↗	↗	3,9	4,2	7,4	↗	↗
Leucemia	4,1	2,2	3,9	↘	↗	3,8	1,6	2,7	↘	↗	3,9	1,9	3,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6,1	4,5	7,5	↘	↗	3,2	5,4	3,8	↗	↘	4,6	5,0	5,3	↗	↗
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	18,2	13,0	13,6	↘	↗	9,1	11,5	9,7	↗	↘	12,9	12,1	11,3	↘	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	8,3	11,0	4,8	↗	↘	6,3	6,0	9,2	↘	↗	7,2	8,0	7,4	↗	↘

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

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

tejido linfático va incrementando a lo largo de los años y el otro evento presenta una tendencia irregular

Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

Grupos Específicos	Tasa Subred sur			Priorización Subred Sur		Tasa Ciudad Bolívar			Priorización Ciudad Bolívar	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	17,6	14,9	15,3	↘	↗	15,2	15,7	14,7	↗	↘
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,9	5,3	6,6	↗	↗	4,7	5,5	6,7	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,2	15,6	13,7	↗	↘	17,1	16,5	15,2	↘	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,2	7,5	7,5	↗	-	8,8	8,4	8,4	↘	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	0,7	1,2	↘	↗	1,2	0,8	0,9	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	6,7	5,6	5,9	↘	↗	5,9	5,5	6,7	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	3,8	4,1	3,4	↗	↘	4,8	3,6	3,7	↘	↗
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,5	0,4	0,7	↘	↗	0,6	0,8	1,1	↗	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,7	0,8	0,8	↗	↘	0,5	0,9	1,2	↗	↗
Tumor maligno de la próstata	5,7	2,7	5,0	↘	↗	5,9	0,3	4,8	↘	↗
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,8	4,9	6,3	↗	↗	3,9	4,2	7,3	↗	↗
Leucemia	3,8	3,3	4,0	↘	↗	3,9	1,9	3,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,1	4,6	4,2	↘	↘	4,6	5,0	5,3	↗	↗
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	13,2	12,8	↘	↘	12,9	12,0	11,3	↘	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,6	6,9	5,8	↘	↘	7,2	8,04	7,4	↗	↘

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

3.1.2.3 Mortalidad por causas externas

La mortalidad por Causa Externa fue la cuarta causa de muerte en Ciudad Bolívar en el 2014, la principal causa fueron las agresiones con una tasa de mortalidad 26,4 por 100.000 habitantes, dato que se encuentra por encima del indicador de la

Subred (tasa 11,2 por 100.000 habitantes) para el mismo año. La segunda causa se relaciona con accidentes de Transporte, donde la tendencia es acreciente en un 29,9% en la tasa ajustada para la edad.

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

Tabla 18. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Ciudad bolívar			Tendencia Ciudad B.	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	10,2	8,5	11,2	↘	↗	10,5	8,2	13,6	↘	↗
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,1	0,0	0,1	↘	↗	0,0	0,0	0,3	-	↗
Caídas	3,6	4,0	4,0	↗	↘	5,1	3,4	6,0	↘	↗
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,7	0,4	0,2	↘	↘	0,7	0,4	0,1	↘	↘
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,6	0,8	↗	↗	0,3	0,5	0,3	↗	↘
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,1	0,5	↘	↗	0,5	0,1	0,3	↘	↗
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,1	0,1	↗	↗	0,0	0,0	0,0	-	-
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,5	0,2	0,2	↘	↗	0,9	0,0	0,4	↘	↗
Los demás accidentes	0,5	1,1	1,2	↗	↗	0,3	1,3	0,9	↗	↘
Lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios)	2,6	3,6	3,7	↗	↗	2,8	3,4	4,8	↗	↗
Agresiones (homicidios)	18,8	18,5	20,0	↘	↗	26,5	24,4	26,4	↘	↗
Eventos de intención no determinada	5,9	5,7	4,6	↘	↘	8,0	6,1	4,1	↘	↘
Las demás causas externas	0,9	0,3	0,6	↘	↗	1,5	0,5	0,3	↘	↘

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

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

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

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

Mortalidad en menor 1 año

En Ciudad Bolívar entre el periodo 2012-2014, se presentaron 228 defunciones en niños- niñas menores de 1 año; donde el 56,1% (128) ocurrió en niños y el 43,9% (100) en niñas. Para el periodo 2014 la proporción de mortalidad infantil fue de 31,6% (72 casos). La principal causa de muerte según lista de tabulación, fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, Localidad de Ciudad Bolívar, 2012-2014

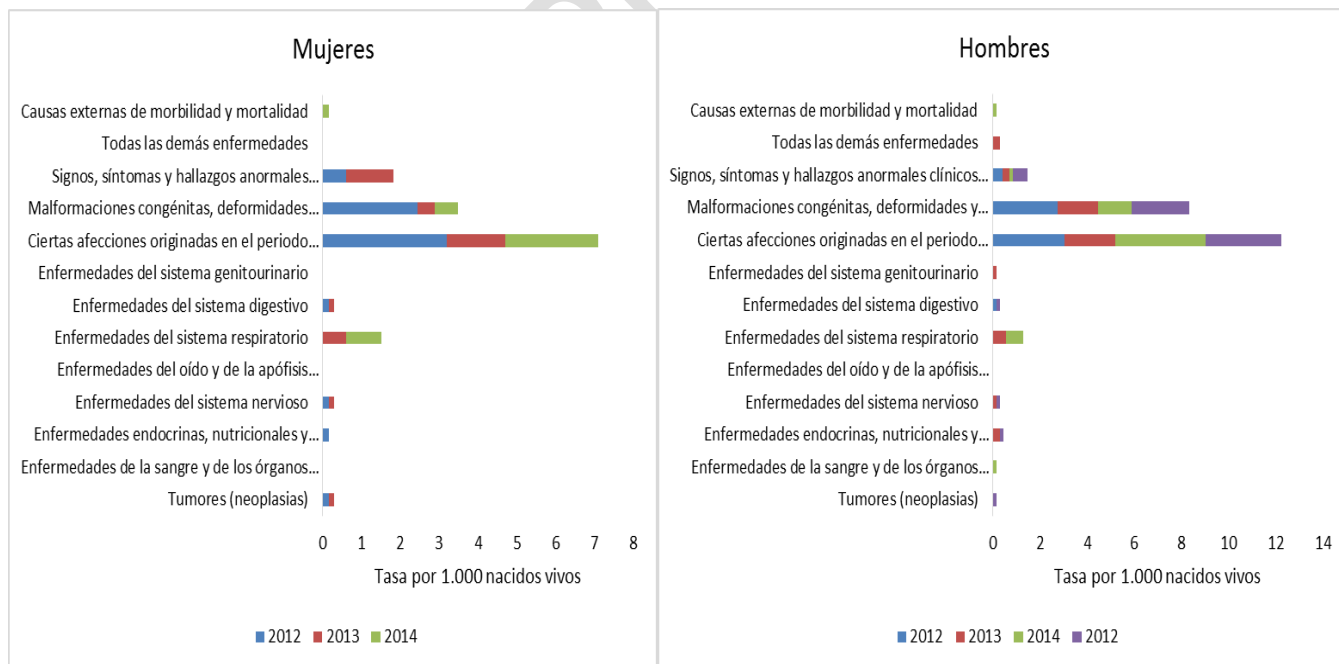
Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2012		Total 2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	42	47,2	25	37,3	43	59,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	35	39,3	15	22,4	14	19,4
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	8	11,9	11	15,3
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0	0	0	2	2,8
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	0	0	1	1,4
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7	7,9	10	14,9	1	1,4
Tumores (neoplasias)	1	1,1	1	1,5	0	0

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	1,1	2	3	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	1,1	2	3	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	2	2,2	1	1,5	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	1	1,5	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	2	3	0	0
Total	89	100	67	100	72	100

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

En Ciudad Bolívar en el año 2014 la principal causa de mortalidad en niños y niñas menores de un año son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 3,14 por 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 59,7% de total de las defunciones en este grupo de edad, observándose aumento en 18 casos de este evento en el 2014 comparado con el año anterior. De acuerdo al sexo se identificó que por cada mujer, hay dos hombres que fallecen por la misma causa.

Gráfico 9 Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Ciudad Bolívar, 2012-2014.



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

La segunda causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías

cromosómicas, presenta un comportamiento decreciente en la tasa pasando de 20,6 a 1,0 por 1.000 nacidos vivos. Son los hombres quienes presentan mayor comportamiento de la tasa (1,42 por 1000 NV) en relación a las mujeres (0,6 por 1000NV). Es decir por cada niña, hay tres niños que mueren por la misma causa.

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

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,00	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,07	0,15	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,07	0,15	0,00	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,59	0,80	0,3	0,3	0,0	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,15	0,07	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,07	0,00	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,12	1,84	3,14	3,7	1,6	3,9	3,2	1,5	2,3	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,60	1,10	1,02	1,9	0,6	1,3	2,1	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,52	0,74	0,07	0,9	1,0	0,6	0,9	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,00	0,15	0,00	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Para la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, durante el año 2014, la principal causa de mortalidad en niños menores de un año fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en tres localidades (Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito), la segunda causa se dio por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas para las mismas localidades. Con relación a la Localidad de Sumapaz no se han identificado causas de mortalidad en menores de 1 año.

Mortalidad en menores de 1 a 4 años

Entre el periodo 2012-2014, se presentaron 46 defunciones en niños- niñas de 1-4 años; el 63% de las defunciones se dio en niños y el 37% en niñas. Para el año 2014 la proporción de mortalidad en la niñez fue 28,3% (13 casos). La principal causa de muerte según lista de tabulación, son causas externas de morbilidad y

mortalidad, seguido de signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio.

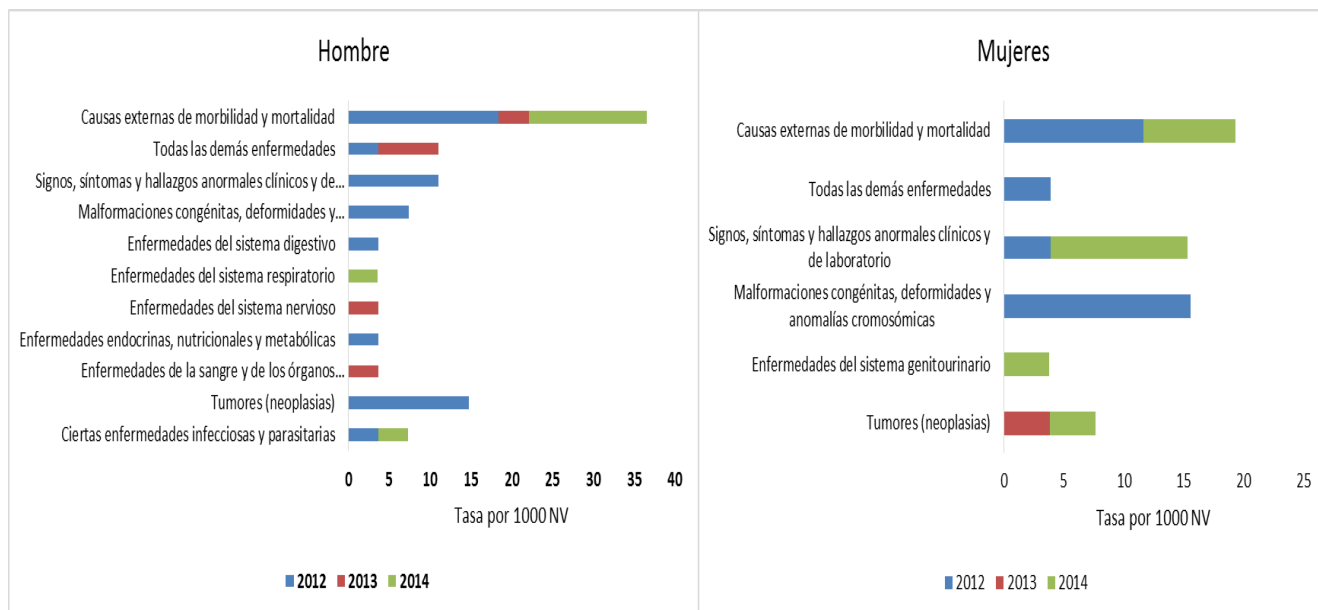
Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1-4 años, Localidad de Ciudad Bolívar. 2012-2014.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2012		Total 2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8	29,6	1	16,7	6	46,2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4	14,8	0	0,0	3	23,1
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	3,7	0	0,0	1	7,7
Tumores (neoplasias)	4	14,8	1	16,7	1	7,7
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0,0	0	0,0	1	7,7
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,0	0	0,0	1	7,7
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	3,7	0	0,0	0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	1	3,7	0	0,0	0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	22,2	0	0,0	0	0,0
Todas las demás enfermedades	2	7,4	2	33,3	0	0,0
Total	27	100	6	100	13	100

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

En los niños de uno a cuatro años para el año 2014 la principal causa de mortalidad fue causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa 11,5 por 1000 nacidos vivos, observándose aumento en 5 casos de este evento en el año 2014 comparado con el año anterior. De acuerdo al sexo este riesgo prevalece en hombres (tasa 14,5 por 1000 NV) en relación a las mujeres (7,6 por 1000NV). La segunda causa se relaciona con Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con una tasa de 5,6 por 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 10. Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Ciudad Bolívar, 2012-2014.



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

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

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

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,4	0,0	0,0	7,9	0,0	8,1	3,2	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,6	0,0	5,6	7,9	0,0	8,1	3,2	6,1	0,0	0,0	0,0	217,4
Todas las demás enfermedades	3,8	3,7	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Respecto a las causas de mortalidad en menores de 5 años para el año 2014 se observa un comportamiento diverso en la causa principal en cada una de las localidades, en Ciudad Bolívar, Sumapaz está relacionado con Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; mientras que en Usme las dos principales causas son Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Para Tunjuelito la principal causa de mortalidad se relaciona con Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez

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

Mortalidad Materno– Perinatal

En la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, la mortalidad materna presenta un comportamiento irregular entre 2010-2016. En el último año se presentaron 3 casos con una razón de mortalidad materna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, en el último año fue de 16,1 por 100.000 nacidos vivos, la cual se encuentra por debajo de la meta distrital (razón de 31 por mil nacidos vivos) y la línea base del 2014. La localidad Ciudad Bolívar para el año 2016 se presentó un (1) caso mortalidad materna, con una razón de 10,2 por 100.000 nacidos vivos, el caso corresponde a una mujer de 21 años de edad, que residía en el barrio brisas del volador, afiliada a régimen subsidiado, la causa básica de defunción fue falla multiorganica, con antecedente de pielonefritis aguda severa.

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

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

Causa de muerte	Referencia Bogotá. 2016	Referencia Ciudad Bolívar. 2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	35,20	10,20	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,40	16,10	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,10	11,40	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,50	18,70	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	7,00	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,50	0,00	↗	↘	-	-	-	-	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,70	2,80	-	↘	↘	-	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años	8,90	18,20	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗

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

En relación a los determinantes sociales en salud relacionados son el bajo nivel académico, el bajo nivel socioeconómico, cultura machista y el madresolterismo; 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.

Mortalidad Infantil

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

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

Mortalidad Menor de 5 años

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

Durante el período 2010 – 2015, en la Subred Sur, la mortalidad en menores de cinco años por IRA tiene un comportamiento irregular, presentando la tasa más baja en el año 2013 cuando se presentan 5 defunciones; mientras en el año 2016 se registran 12 casos para una tasa de 4,0 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Ciudad Bolívar la tasa fue de 7,0 por 100.000 menores de cinco años en el año 2016; con un comportamiento superior a la meta distrital (tasa de 5 por 100.000 menores de cinco años). Las UPZ donde se presentaron los eventos fue El Tesoro San Francisco e Ismael Perdomo.

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

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

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

8,9 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Ciudad Bolívar, para el año 2016 se presentaron 13 casos de mortalidad por neumonía, con una tasa de 18,2 defunciones por 100.000 menores de cinco años; dato que supera el comportamiento del indicador distrital, las cuales tuvieron por localidad de residencia, el siguiente comportamiento: 6 en la UPZ Lucero, 3 en San Francisco, 3 en Jerusalén y 1 en la UPR Río Tunjuelo.

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

Otros factores asociados, que afectan o predisponen a la ocurrencia de eventos como la inasistencia a la consulta preconcepcional, bajo peso al nacer, prematuridad, embarazo no planeados o deseados, no uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar, consumo de SPA, malos hábitos alimenticios y/o malnutrición, situaciones que incrementan el riesgo en especial en los menores de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad, en las UPZ Lucero, San Francisco, Jerusalén y UPR Río Tunjuelo.

Factores sociales o ambientales como la baja oferta institucional, tanto en salud como en otras asistencias sociales, dificultad en vías de acceso, zona montañosa, la ubicación de relleno sanitario, así como ladrilleras, cementeras y canteras que no siempre cumplen las normas sumado a los cambios climáticos.

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

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

3.2. Análisis estructura de morbilidad

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

Descripción General de la Morbilidad por Servicio de Atención Localidad Ciudad Bolívar, primeras diez causas

La información descrita en este apartado da a conocer una descripción general de la morbilidad por servicio de atención, de acuerdo a las primeras 10 causas. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Consulta Externa

En la localidad Ciudad Bolívar en el servicio de consulta externa, la primera causa de consulta para los años 2015 y 2016, fue caries de la dentina con el 59.5% y el 20.2%, respectivamente, con respecto a la consulta de la Subred Sur para los mismos años, observándose una disminución en la consulta del 81.7%. La segunda causa de consulta en el año 2016 fue la hipertensión esencial primaria, con el 34.4%, en comparación con el año 2015 donde fue el diagnóstico de gingivitis crónica con el 79.2%, con respecto a la Subred. La tercera causa de consulta en el año 2016 fue la rinofaringitis aguda, con el 28.7%, comparado con el año 2015 donde fue la hipertensión esencial primaria con el 46.4%, con respecto a la Subred. La cuarta causa de consulta en el año 2016 fue la gingivitis crónica con el 34.2%, en comparación con el año 2015 donde fue la rinofaringitis aguda con el 47%, con respecto a la Subred. La quinta causa de consulta en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 36.7%, comparado con el año 2015 donde fue la gingivitis aguda, diagnóstico que no se encuentra en las 10 primeras causas de consulta para el año 2016. En el año 2016 la novena causa de consulta, gastritis no especificada y la décima, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, no se encuentran en las 10 primeras causas de consulta en el año 2015.

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

Causas	2015			2016		
	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur
Caries de la Dentina	29411	59,5	49457	5375	20,2	26604
Hipertensión Esencial (primaria)	14524	46,4	31321	5144	34,4	14948
Rinofaringitis Aguda	5941	47	12652	2285	28,7	7970
Gingivitis Crónica	17628	79,2	22261	1959	34,2	5725
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	3938	51,6	7625	1691	36,7	4610
Dolor en Articulación	4084	54,7	7470	1245	29,9	4164
Lumbago no especificado	3881	47,7	8138	1150	24,1	4765
Hipotiroidismo; no especificado	2924	46	6360	1041	25,9	4018
Gastritis; no especificada	*	*	*	799	27,6	2891
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	*	*	*	592	34,1	1737

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

Hospitalización

En la localidad Ciudad Bolívar en el servicio de hospitalización, las tres primeras causas para los años 2015 y 2016, son las mismas, de la siguiente forma: la primera fue el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 71.7% y 55.8%, respectivamente, la segunda fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 68.1% y 44.3%, respectivamente y la tercera causa fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 67.2% y 47.6%, respectivamente, con respecto a la Subred. La cuarta causa en hospitalización en el año 2016 fue la neumonía bacteriana, no especificada, con el 60.6%, en comparación con el año 2015, donde fue el parto por cesárea de emergencia, con el 50.9%, con respecto a la Subred. La quinta causa en el año 2016 fue el parto por cesárea de emergencia, con el 40.1%, en comparación con el año 2015, donde fue la neumonía bacteriana, no especificada, con el 60.7%, con respecto a la hospitalización de la Subred Sur. En el año 2016 la séptima causa de hospitalización, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la décima, parto por cesárea, sin otra especificación, no se encuentran en las 10 primeras causas de hospitalización en el año 2015.

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

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

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

Urgencias

En la localidad Ciudad Bolívar en el servicio de urgencias, la primera causa para los años 2015 y 2016, fue la misma, rinofaringitis aguda, con el 70.6% y 59.7%, respectivamente, con respecto a la Subred. La segunda causa en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 41.8%, en comparación con el año 2015, donde fue la amigdalitis aguda, no especificada, con el 59.4%, con respecto a la Subred. La tercera causa en el año 2016 fue la amigdalitis aguda, no especificada, con el 45.6%, comparado con el año 2015, donde fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 61%, con respecto a la Subred. La cuarta causa en urgencias en el año 2016 fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 57%, en comparación con el año 2015, donde fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 51%, con respecto a la Subred. La quinta causa en urgencias para el año 2016 fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 49.1%, comparado con el año 2015, donde fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 66.9%, con respecto a las urgencias de la Subred Sur. En el año 2016 la sexta causa de urgencias, gastritis, no especificada y la séptima, otitis media, no especificada, no se encuentran en las 10 primeras causas de urgencias en el año 2015.

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

Causas	2015			2016		
	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur	Ciudad Bolívar	%	Subred Sur
Rinofaringitis Aguda	1944	70,6	2755	1137	59,7	1905
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	1298	51	2543	787	41,8	1884
Amigdalitis Aguda; no especificada	1490	59,4	2508	678	45,6	1487
Bronquiolitis Aguda; no especificada	1070	66,9	1600	572	57	1003
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	1420	61	2326	443	49,1	903
Gastritis; no especificada	*	*	*	253	39,3	643
Otitis Media; no especificada	*	*	*	248	51,7	480
Hipertensión Esencial (primaria)	668	59,6	1121	242	61,6	393
Lumbago no especificado	407	40	1017	241	35,4	681
Infección intestinal viral; sin otra especificación	376	86,4	435	228	78,9	289

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

Descripción de las diez primeras causas de morbilidad según sexo, Localidad Ciudad Bolívar

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las primeras 10 causas de atención. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En la localidad Ciudad Bolívar, en el sexo hombre, para el año 2016, el primer diagnóstico de consulta, fue caries de la dentina con 1938 consultas, que representan el 18,1%, de la consulta de la Subred (10733); el segundo diagnóstico fue la hipertensión esencial primaria con 1742 consultas, el 32,8% de la consulta de la Subred (5313); el tercer diagnóstico fue la rinofaringitis aguda con 1469 consultas, el 34,4% de la consulta de la Subred (4276); el cuarto diagnóstico fue la gingivitis crónica con 602 consultas, el 30,4% de la consulta de la Subred (1979); el quinto diagnóstico fue la parasitosis intestinal con 526 consultas, el 31,9% de la consulta de la Subred (1650); el sexto diagnóstico fue el lumbago no especificado con 508 consultas, el 24,2% de la consulta de la Subred (2101); el séptimo diagnóstico fue la infección de vías urinarias con 439 consultas, el 41,2% de la consulta de la Subred (1066); el octavo diagnóstico es la amigdalitis aguda con 425 consultas, el 97,0% de la consulta de la Subred (438); el noveno diagnóstico es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 414 consultas, el 42,2% de la consulta de la Subred (981) y el décimo diagnóstico es el dolor en articulación con 410 consultas, el 28,0% de la consulta de la Subred (1464).

Los diagnósticos que presentan la mayor proporción de consultas, con respecto a la Subred Sur son la amigdalitis aguda, la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la infección de vías urinarias, la rinofaringitis aguda y la hipertensión esencial primaria, prevaleciendo las enfermedades infecciosas sobre las crónicas.

Con relación a las primeras causas de morbilidad según sexo, para las mujeres en el año 2016 se identificaron 16537 mujeres en la localidad, lo cual permitió identificar que la hipertensión esencial primaria fue la causa más frecuente con una representación del 36,0% del total de casos presentados en la Subred Sur, seguido se ubican: caries de la dentina (21,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (37,3%), rinofaringitis aguda (34,4%), gingivitis crónica (33,9%), hipotiroidismo no especificado (25,7%), dolor en articulación (30,7%), lumbago no especificado (26,0%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,1%) y vaginitis aguda (54,8%). Es importante mencionar que el orden descrito de las causas es de acuerdo al orden presentado en la localidad para el año 2016.

Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general, en consulta externa, urgencias y hospitalización, según momento de curso de vida, Localidad de Ciudad Bolívar, año 2016

Respecto a las diez primeras causas de morbilidad, según los momentos de lo curso de vida, en el año 2016 se identificaron 761 niños y niñas menores de un año, siendo la rinofaringitis aguda, la causa más frecuente con 38,8%, seguido se ubican: bronquiolitis aguda no especificada (25,5%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (7,4%), ictericia neonatal no especificada (5,9%), infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (5,9%), laringitis obstructiva aguda - CRUP (4,6%), otros recién nacidos pretérmino (3,9%), bronquitis aguda no especificada (2,9%), enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis (2,8%) y por último enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4%). De acuerdo a lo anterior se puede observar que son las enfermedades respiratorias (80,1%) las que afectan con mayor frecuencia a los menores de 1 año, en segundo lugar se identifican las enfermedades del sistema gastrointestinal. Al comparar con las primeras diez primeras causas del año 2015 (2342 niños y niñas) y Subred Sur 2016 (1218 niños y niñas), se observó que rinofaringitis y bronquiolitis aguda, fueron las patologías que más afectaron a esta población.

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron en los registros de las primeras diez causas 4446 niños y niñas entre 1 y 5 años, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: rinofaringitis aguda con 34,3%, caries de la dentina (18,3%), bronquiolitis aguda no especificada (9,8%), amigdalitis aguda no especificada (8,5%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (5,9%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (5,9%), gingivitis crónica 4,5%),

dermatitis atópica no especificada (3,6%), otitis media no especificada (5,1%) y por último infección de vías urinarias sitio no especificado (4,1%). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (63,7%), sin embargo en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación al año 2015 en la localidad (12623 niños y niñas) y al año 2016 en la subred (12808 niños y niñas), se observó que coinciden las diez primeras causas, es importante aclarar que en orden diferente.

En el momento de curso de vida infancia escolar, se contó con información de 2769 niños y niñas entre 6 y 11 años, permitiendo identificar que la caries de la dentina, fue la causa más frecuente con 35,4%, seguido se están: rinofaringitis aguda (17,8%), parasitosis intestinal sin otra especificación (12,6%), gingivitis crónica (9,1%), amigdalitis aguda no especificada (5,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,5%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,5%), bronquiolitis aguda no especificada (3,3%), dermatitis atópica no especificada (3,2%) y por último rinitis alérgica; no especificada (3,1%). Por lo anterior se puede inferir que el 44,5%, es decir casi la mitad de los niños del curso en mención identificados dentro de las primeras diez causas, presentaron patologías relacionadas con la cavidad bucal (caries y gingivitis), siendo estas enfermedades las que más afectan a este curso de vida, seguido están las enfermedades respiratorias (29,7%) y las enfermedades gastrointestinales (17,1%). En el análisis comparativo entre la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar.

En relación al momento de curso de vida adolescencia, 1964 adolescentes, siendo la caries de la dentina, la causa más frecuente con 32,4%, seguido se ubican: parasitosis intestinal sin otra especificación (14,9%), gingivitis crónica (13,2%), rinofaringitis aguda (8,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (8,6%), dolor en articulación (5,1%), migraña no especificada (4,9%), amigdalitis aguda no especificada (4,4%), gingivitis aguda (3,9%) y finalmente dermatitis atópica no especificada (3,9%). De acuerdo a lo anterior descrito se observa que los problemas de la cavidad bucal afectan la mayoría la población de este curso de vida (45,6), seguido de las enfermedades respiratorias (21,8%). Al comparar con la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar, es importante mencionar que existen coincidencias, siendo las afecciones de la cavidad oral las que más afectan este curso de vida.

Con relación al momento de curso de vida juventud, se identificaron 3136 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (30,5%), seguido se ubican: infección de vías urinarias sitio no especificado (15,7%), gingivitis crónica (12,3%), vaginitis aguda (8,3%), rinofaringitis aguda (7,1%), gastritis no especificada (6,2%), lumbago no especificado (5,7%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen

infeccioso (4,9%), migraña; no especificada (4,7%) y amigdalitis aguda no especificada (4,6%). En el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se evidencio que es la caries la patología más frecuente y en segundo lugar las infecciones de vías urinarias.

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 8468 adultos, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida son: hipertensión esencial primaria (21,5%), caries de la dentina (18,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,7%), lumbago no especificado (9,4%), dolor en articulación (8,0%), hipotiroidismo; no especificado (7,4%), gingivitis crónica (7,4%), gastritis no especificada (6,4%), rinofaringitis aguda (5,6%) y por último hiperlipidemia mixta (4,8%). Al comparar el año 2016 con el año 2015 en la localidad existen coincidencias en la ocurrencia de las diez primeras causas, aunque en orden diferente de las patologías; respecto al comportamiento de la Subred Sur, se observó diferencias debido a que no se identificaron registros de rinofaringitis aguda en la Subred y se presentó la causa de perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local.

Respecto al momento de curso de vida vejez, se observó 6544 personas mayores, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (54 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,6%), caries de la dentina (6,6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (5,9%), hipotiroidismo no especificado (5,3%), dolor en articulación (5,1%), lumbago no especificado (4,9%), diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación (4,0%), hiperlipidemia mixta (3,3%) y diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (3,2%). Al comparar con el año 2015, 2016 en la localidad y Subred 2016, se observó que dentro de las diez primeras causas coincidencias en los diagnósticos mencionados para el año 2016, en este curso de vida, a excepción de hiperplasia de la próstata y enfermedad renal crónica que se presentó en la Subred Sur en el año 2016.

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

La información descrita en este apartado da a conocer la morbilidad de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, de acuerdo a agrupación de causas por lista 6/67 por servicio de atención, sexo y momentos de curso de vida en comparación a la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud. La fuente de información son los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de los años 2012 a 2016.

Consultas

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

Tabla 27. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consulta según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Consultas	Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Afecciones originadas en período perinatal	513	27,3	1882	510	37,9	1346	848	47,1	1802	233	32	728	153	31,3	489	
Cáncer	2579	42,1	6121	908	27,1	3351	3341	42,9	7794	1670	40,4	4136	414	17,2	2411	
Causas externas	99	35,6	278	19	8,4	226	197	29,8	660	193	42	459	36	20,3	177	
Enfermedades Cardiovasculares	23020	50,4	45704	9076	36	25188	25097	47,8	52502	17801	46,1	38646	6342	31,9	19851	
Enfermedades transmisibles	28762	46,0	62573	8218	29,6	27754	31753	47,8	66480	19931	46,2	43187	7376	30,6	24126	
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	96622	51,6	187360	38392	35,8	107331	130190	54,4	239233	85058	49,9	170616	28440	26,7	106613	
Todas las demás enfermedades	139763	46,7	299156	50210	31,8	157902	174039	46,9	371284	123728	47,3	261405	38436	24,1	159711	

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

Hospitalizaciones

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de hospitalizaciones, en la localidad Ciudad Bolívar, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son las enfermedades transmisibles y la tercera causa en el año 2012, se observa las enfermedades cardiovasculares, para los años 2013, 2015 y 2016, se observan los síntomas, signos y afecciones mal definidas, observándose un comportamiento cronológico, que se presenta a continuación:

Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Hospitalizaciones	Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Afecciones originadas en período perinatal	522	47,3	1104	358	55,1	650	484	61,3	790	176	51,5	342	106	49,5	214	
Cáncer	209	32,2	650	120	31,3	384	166	26,1	635	56	38,1	147	27	38,6	70	
Causas externas	25	51,0	49	27	69,2	39	16	69,6	23	14	60,9	23	11	55	20	
Enfermedades Cardiovasculares	1031	57,2	1804	364	41,4	880	639	43,1	1482	280	55,1	508	87	40,3	216	
Enfermedades transmisibles	2495	62,6	3984	1441	58,7	2456	1948	58,5	3332	1029	62	1661	489	51	959	
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	393	38,9	1011	462	40,6	1138	2129	71,7	2968	564	53	1064	351	54,9	639	
Todas las demás enfermedades	11331	52,5	21576	6837	51,9	13177	9687	54,2	17877	5493	64,8	8475	2510	51,2	4904	

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

Urgencias

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de urgencias, en la localidad Ciudad Bolívar, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son las enfermedades transmisibles y la tercera causa son los síntomas, signos y afecciones mal definidas, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma:

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

Urgencias	Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Afecciones originadas en período perinatal	249	18,4	1356	187	24,5	764	167	22,7	737	103	49,8	207	49	55,1	89	
Cáncer	109	29,4	371	90	38,8	232	131	40,8	321	57	28,8	198	37	27,4	135	
Causas externas	86	31,7	271	71	36	197	114	34,9	327	225	62,3	361	113	49,1	230	
Enfermedades Cardiovasculares	1819	51,1	3563	919	47,7	1928	1549	44,3	3496	997	54,1	1843	410	47,7	859	
Enfermedades transmisibles	13357	55,9	23911	8586	51,4	16694	13145	57,1	23040	8613	60,6	14224	4603	50,3	9151	
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	14484	43,6	33185	8092	34	23811	11650	37,5	31097	6905	45,4	15200	4111	36,3	11312	
Todas las demás enfermedades	31269	45,8	68255	18828	41,9	44953	32011	47,8	66942	21865	53,8	40617	11203	40,7	27523	

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

Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, Localidad Ciudad Bolívar

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad Ciudad Bolívar, en el sexo hombre, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son síntomas, signos y afecciones mal definidas y la tercera causa son las enfermedades transmisibles, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma:

Tabla 30. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Hombre	Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012		2013	%	2013		2014	%	2014		2015	%	2015	
Afecciones originadas en período perinatal	469	32,2	1458		471	44,8	1051		614	49	1252		207	42,9	483	
Cáncer	642	40	1605		248	23,3	1063		912	41,1	2219		479	40,5	1184	
Causas externas	90	35,9	251		46	23	200		149	38,5	387		183	52,7	347	
Enfermedades Cardiovasculares	7658	48,6	15742		3032	33,2	9121		8790	46,6	18853		6127	46,2	13276	
Enfermedades transmisibles	17799	47,9	37166		7383	36,9	19986		19120	49,4	38694		12037	49,9	24136	
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	34250	47,7	71825		12935	29,8	43477		46818	50,5	92741		29839	47,8	62470	
Todas las demás enfermedades	62020	47,1	131804		24797	32,9	75452		78491	47	166852		54521	47,5	114755	

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

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad Ciudad Bolívar, en el sexo mujer, son todas las demás enfermedades, la segunda causa de consulta, son síntomas, signos y afecciones mal definidas y la tercera causa de consulta, se observan las enfermedades transmisibles, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma:

Tabla 31. Proporción Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

Mujer	Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur		Ciudad Bolívar		Subred Sur	
-------	----------------	--	------------	--	----------------	--	------------	--	----------------	--	------------	--	----------------	--	------------	--

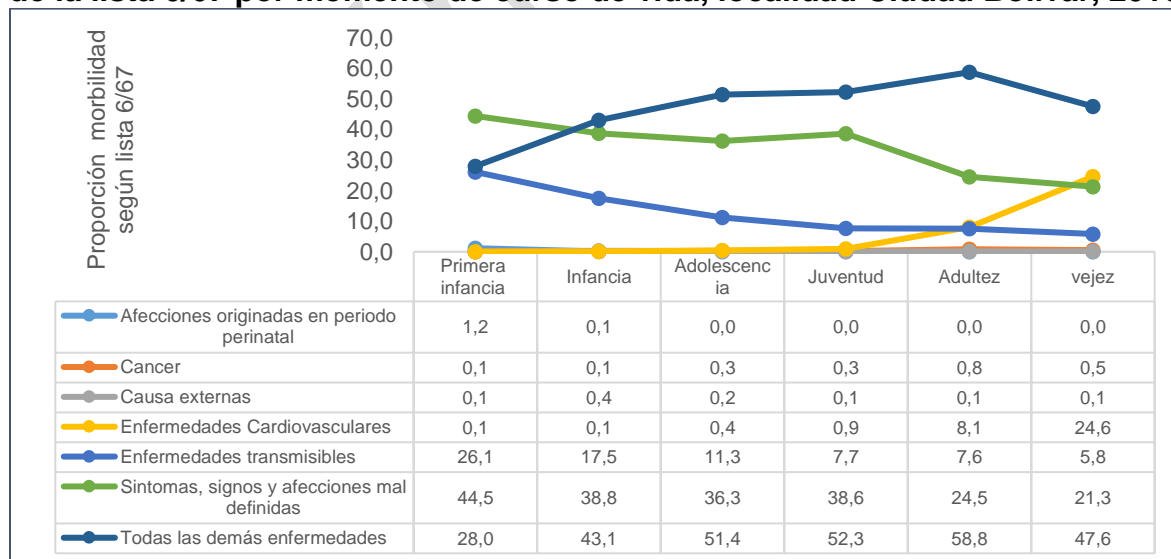
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	395	24,9842	1581	326	33,0629	986	593	44,7	1327	159	35,7	446	87	32,5	268
Cáncer	2116	42,6527	4961	786	29,3832	2675	2599	42,6	6101	1254	40,8	3077	307	17	1809
Causas externas	85	31,7164	268	35	17,3267	202	147	25,7	571	221	51,4	430	72	34,1	211
Enfermedades Cardiovasculares	16477	51,0377	32284	6654	37,6507	17673	17280	47,8	36176	12353	47	26281	4507	33,7	13388
Enfermedades transmisibles	21960	48,5057	45273	8336	36,3351	22942	23868	49,7	48005	15443	49,5	31169	6582	36	18303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	71151	52,3439	135930	30676	38,6991	79268	91115	54,7	166550	59791	50,4	118703	21289	27,8	76446
Todas las demás enfermedades	98770	47,1676	209402	39867	34,599	115226	115772	46,9	247029	83424	48,3	172622	29758	26,8	111199

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

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

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

Gráfico 32. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Ciudad Bolívar, 2016



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

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

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

Tabla 33. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

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

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

Para el momento de curso de vida primera infancia, en el período de 2012 a 2016 se identificó que 223292 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. Según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban Síntomas, signos y afecciones mal definidas, en segundo lugar, se ubica el grupo de todas las demás enfermedades, en tercer lugar,

las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las afecciones originadas en el periodo perinatal, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las causas externas. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 34. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

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

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

En el momento de curso de vida infancia, se identificó que 131993 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

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

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

Respecto al momento de curso de vida primera adolescencia, se identificó que 119939 adolescentes, la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades relacionadas con todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica el grupo Síntomas, signos y afecciones mal definidas, de en tercer lugar

las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 36. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Causa externas	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	1,6	1,1	0,9	0,8	0,9	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	7,5	5,7	7,2	6,7	7,7	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	38,4	42,2	39,9	38,8	38,6	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	51,9	50,5	51,3	53,1	52,3	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

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

Con relación al momento de curso de vida juventud, se identificó que 216389 jóvenes, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 37. Proporción Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

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

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

Para el momento de curso de vida adultez, se identificó que 422257 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. La mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares,

seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 38. Proporción Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur, período 2012 a 2016

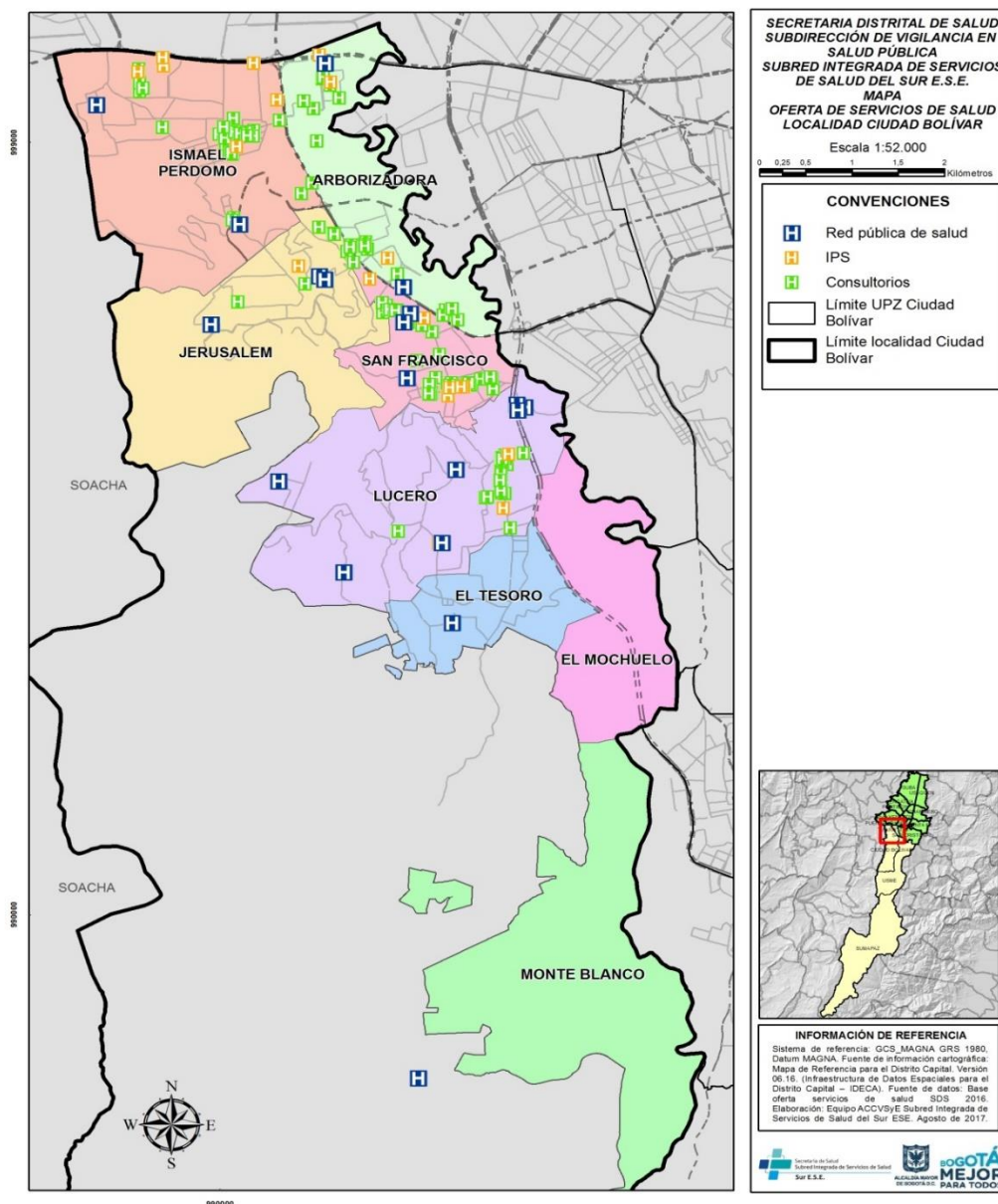
Causas según agrupación 6/67	Ciudad Bolívar					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	1,0	1,3	1,1	0,8	0,5	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8
Causa externas	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades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

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

Respecto al momento de curso de vida vejez, se identificó que 146795 adultos, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

3.2.3. Descripción de la Oferta

Mapa 4.Oferta de Servicios de Salud, Localidad Ciudad Bolívar



Fuente. Base oferta servicios de salud SDS 2016.

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 194 centros de atención en salud (mapa 3), de las cuales el 75,8% (n=146) son consultorios, el 13,4% (n=26) corresponde a instituciones de salud privadas y el 10,8% (n=21) son Unidades de Servicios de Salud de la red pública. Del total de centros de atención en salud de la localidad de Ciudad Bolívar el 35,6% (n=69) se concentra en la UPZ San Francisco, el 20,1% en la UPZ Ismael Perdomo, el 15,7% (n=34) en la UPZ Lucero y el 24,8% (n=50) en el resto de las UPZ y 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 están presentes en cada UPZ del territorio de la localidad, concentrando en la UPZ Lucero el 38,1% de las USS; las IPS y los consultorios de concentran geográficamente en las UPZ San Francisco, Ismael Perdomo y Arborizadora. La localidad de Ciudad Bolívar dispone de la USS Meissen para la atención en salud de alta complejidad, junto con la USS El Tunal de la localidad de Tunjuelito y perteneciente a la Subred Sur ESE para mejorar el acceso y atención en salud; adicional, en la localidad de Ciudad Bolívar no hacen presencia las EAPB del régimen contributivo, por lo que la población perteneciente a este régimen debe desplazarse fuera de la localidad para el acceso a los servicios de salud, utilizando para la movilidad la Avenida Villavicencio, la Autopista Sur y la Avenida Boyacá.

3.3 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA

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

Dicha información se encuentra a continuación en una tabla resumen, tomando como base las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, donde se distribuye la notificación de los eventos de interés, para realizar análisis del comportamiento de los mismos.

Tabla 39 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	65001	58,7	10282	54,4	5523	51,0	3276	60,0	1465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12056	10,9	1855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19147	17,3	4756	25,2	3342	30,8	1021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4

Seguridad Alimentaria y Nutricional	5011	4,5	1027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
Total	110674	100	18901	100	10840	100	5463	100	2561	100	37	100

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

Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 50 eventos de interés en salud pública, para un total de 18.901 casos registrados, lo que representa un 17.07% de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento puntual de la localidad de Ciudad Bolívar, se cuenta con 10.840 registros, distribuido en 48 eventos, lo que representa un 9.79% de la notificación del distrito y un 57.35% de la Subred Sur.

La principal diferencia evidenciada entre el comportamiento de la localidad de Ciudad Bolívar y el distrito se observa en la dimensión Convivencia Social y Salud Mental (Consumo de SPA, Intenso Suicida, Lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y violencia de género) con un peso porcentual muy por encima del dato distrital, hecho que contrasta con la dimensión de Salud Ambiental (Intoxicación por sustancias químicas y ETA), con un peso porcentual muy por debajo del dato distrital. Este hecho se puede relacionar con las condiciones socioeconómicas propias de la localidad, así como la gran densidad población con la que cuenta, factores que propician la ocurrencia de eventos de violencia, consumo e ideación suicida que afectan la salud mental de la población que reside en ella. Caso contrario ocurre con las ETA, relacionado a un posible subregistro de eventos asociado a la no asistencia a servicios de salud al tratarse de sintomatología leve o al ser considerada de manejo en casa.

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

Tabla 40 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021

Proporción de notificación por grupo de eventos	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Convivencia Social y Salud Mental	Salud Ambiental	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles
Frente al distrito	8,50	7,78	17,45	4,00	11,83	8,22
UPZ Arbozadora frente a la localidad	10,21	7,78	0,00	12,66	8,94	9,38
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0,20	0,11	0,00	0,95	0,17	0,00
UPZ Tesoro frente a la localidad	9,52	7,89	0,00	9,18	12,31	0,78
UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	23,03	20,68	0,00	21,84	18,04	6,25
UPZ Jerusalén frente a la localidad	19,57	18,76	0,00	16,77	17,37	5,47
UPZ Lucero frente a la localidad	25,15	28,25	0,03	24,37	31,20	12,50
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0,71	0,43	0,00	1,58	0,84	0,78
UPZ San Francisco frente a la localidad	10,28	14,50	0,00	12,03	9,61	3,13
UPR Rural frente a la localidad	1,32	1,60	0,00	0,63	1,52	0,00
Casos sin UPZ frente a la localidad	0,00	0,00	99,97	0,00	0,00	61,72

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

A continuación se realizara un breve resumen del comportamiento puntual de la localidad de Ciudad Bolívar en los diferentes eventos incluidos en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021, en lo posible, de forma comparativa con la subred y el distrito.

3.3.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

En dicha dimensión se incluyen desde el nivel central 49 eventos de interés, de los cuales el distrito no presenta eventos en 12, por su parte de localidad de Ciudad

Bolívar aporta información en 27 de ellos, donde se destacan eventos transmisibles como: Sarampión, Rubeola, Tuberculosis, Hepatitis A, Meningitis, Varicela, Parotiditis; eventos respiratorios como: Tos Ferina, ESI-IRAG, IRAG Inusitado; eventos zoonótico como: Vigilancia Integrada de Rabia Humana y Leptospirosis, otros transmitidos por vectores como: Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Zika, Chikungunya; así como mortalidades relacionadas con IRA y EDA; como algunos de los eventos más destacados.

La localidad de Ciudad Bolívar aporta al distrito con relación a esta dimensión un 8.50%, así como el 53.72% a la Subred Sur, en cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuanto la población residente en sus diferentes UPZ, las diferencias más marcada se encuentra en las UPZ Ismael Perdomo y Jerusalem, el primero con un menor peso porcentual al esperado, caso contrario de lo visto en la segundo UPZ.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 8.50% son: IRAG Inusitado, Tos Ferina Enfermedad Diarreica Aguda, Parálisis Flácida Aguda y Lepra, con datos entre el 13% y 16% e incluso la mortalidad por IRA aporta alrededor del 30%. Los primeros eventos pueden estar relacionados con factores ambientales como la cercanía al paramo, zonas montañosas; factores socioculturales como condiciones higiénico sanitarias deficientes, hábitos y acceso a alimentos, ubicación de zonas de invasión, nivel educativo, además de difíciles condiciones económicas. En cuanto a la PFA y la Lepra no se identifica un factor relacionado con la mayor notificación de casos en esta localidad.

Eventos como Leishmaniasis, Dengue, Malaria en la gran mayoría se trata de casos que cuenta como lugar de ocurrencia ciudades diferentes a la capital del País, pero en el aplicativo SIVIGILA se cargan a la ciudad y ocasionalmente a diferentes localidades, generando posiblemente una registro mayor al presentado en la comunidad que reside en Bogotá.

3.3.3 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

En esta dimensión se observan 9 eventos, los cuales se pueden agrupar entre transmisibles (Hepatitis B, C y Coinfección B – D, Sífilis Gestacional y Congénita, VIH/SIDA y Muerte por SIDA, Síndrome de rubeola congénita) y no transmisibles (Morbilidad Materna Extrema, Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal y Defectos Congénitos).

La agrupación de dichos eventos en la localidad de Ciudad Bolívar frente al distrito, aporta el 7.78% y frente a la Subred Sur el 50.57%, en cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuanto la población residente en sus diferentes UPZ, la diferencia más marcada se encuentra

en la UPZ Ismael Perdomo con menos casos de los esperados, según las proyecciones poblacionales.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 7.78% son: La sífilis congénita con 17 de los 125 del distrito (13.6%), la mortalidad Materna con 5 de los 36 eventos registrado (13.9%), Sífilis gestacional con 80 de las 648 eventos (12.3%).

Con relación al Sífilis gestacional y congénita, se pueden observar según las investigaciones epidemiológicas de campo y análisis realizados, que existen factores relacionados como el inicio tardío de controles prenatales, problemas de aseguramiento, traslados, tratamiento inadecuado por falta de adherencia, reinfección por el no tratamiento a parejas, asociado al temor de su reacción, machismo, violencia intrafamiliar, entre otros motivos. En cuanto la distribución de dichos eventos por las UPZ, se puede observar que los eventos de sífilis congénita y gestacional presentan una mayor proporción de casos en la UPZ El Lucero con el 58.8% y 41.25% respectivamente, este sector se ubica en el segundo lugar en cuanto densidad poblacional con un del 26% aproximadamente, dicho sector presenta una de las condiciones socioeconómicas más difíciles de la localidad, dificultades de acceso y movilidad, baja oferta institucional, presencia de asentamientos no legalizados, factores que combinados pueden relacionarse con los altos incidencia de estos eventos en el sector

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

3.3.4 Convivencia Social y Salud Mental

En esta dimensión se observan 5 eventos muy diversos relacionados con salud mental, donde se incluyen: Consumo de Sustancias Psicoactivas Inyectadas, Intento de Suicidio, Lesiones de Causa Externa, Lesiones por Artefactos Explosivos (Pólvora y Minas Antipersonal) y Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género. Es importante mencionar que tanto el tema de violencias como le lesiones de causa externa, se cuenta con otros procesos que tocan eventos similares como lo son los subsistemas de SIVIM y SIVELCE respectivamente.

En la localidad la agrupación de estos 5 eventos aporta el 17.45% de los eventos registrados en el distrito y el 70.27% de la Subred Sur, este último dato, por encima de lo esperado, según el cálculo porcentual de la población de la localidad. Con relación a los eventos incluidos en esta dimensión, sobresalen los 437 casos de intento suicida, lo que representa el 13.7% de los 3175 casos del distrito. La vigilancia en salud pública de las violencias de género en la localidad de Ciudad Bolívar registra 2904 casos de los 15724 del distrito, lo que representa el 18.5%.

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

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

3.3.5 Salud Ambiental

La salud ambiental incluye únicamente 2 eventos para registrar, intoxicaciones y enfermedad transmitidas por alimentos, las cuales cuentan con 7901 casos en el distrito, 316 (4%) de ellos, se presentaron en la localidad de Ciudad Bolívar, al compararse con la Subred aporta, el 43.83% dato levemente por debajo de lo esperado. En cuanto la distribución por UPZ según datos porcentuales aproximados Arborizadora y Tesoro aporta más datos de lo esperado, en contraste con Ismael Perdomo que registra una menor proporción de casos.

Dichos eventos presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos, las intoxicaciones en la localidad de Ciudad Bolívar representan tan solo el 4.70% (261 eventos) de los 5.555 casos registrados en la ciudad, Por su parte las ETA aportan aún menos registros, teniendo en cuenta que de los 2346 eventos presentados en 2016, tan solo se registran 55 casos (3.34%) en residentes de la localidad, dato posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

3.3.6 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Los eventos relacionados con esta dimensión incluyen Bajo Peso al Nacer, Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años y Mortalidad Por y Asociada a Desnutrición, Dichos eventos registrados en la localidad, aportan el 11.83% del dato distrital (5011) con 593 casos, siendo la segunda dimensión con mayor peso de eventos de la localidad de Ciudad Bolívar, hecho relacionado posiblemente a los factores económicos de la zona, más los hábitos alimentarios y condiciones socioculturales.

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

El bajo peso al nacer en el distrito cuenta con 4.258 menores y la localidad aporta el 373 casos, lo que representa un 8.76%, caso diferente ocurre con la Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años donde la localidad aporta una mayor proporción al registra 218 menores (29.14%) de los 748 casos en el distrito, este hecho se encuentra posiblemente relacionado a los motivos mencionados previamente, sumado a que se trata de un evento relativamente reciente en cuanto su notificación.

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

3.3.7 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles

Los eventos incluidos en esta dimensión son diversos, registrando Cáncer de la Mama y Cuello Uterino, Cáncer en Menores de 18 Años, Enfermedades Huérfanas - Raras y Exposición a Flúor. Dichos eventos aportan 1.558 casos en el distrito, de los cuales 128 residen en la localidad de Ciudad Bolívar, lo que representa un 8.2%.

El Cáncer en Menores de 18 años presenta 356 eventos en el distrito, de los cuales 26 casos (7.3%) se presentaron en residentes de la localidad, de estos casos 2 menores fue notificado al detectar la enfermedad y posteriormente al fallecer, dato que se suma a otros 10 casos que fallecen según la base de datos SIVIGILA.

Por otra parte los casos de Cáncer de la Mama y Cuello Uterino y Enfermedades Huérfanas – Raras, a pesar de presentar un comportamiento diferentes, proporcionan un dato similar en cuanto el porcentaje de casos, es decir, de los 819 casos distritales de Cáncer de la mama la localidad aporta 20 casos, y en enfermedades huérfanas de los 86 casos la localidad aporta solamente 3 casos, para un porcentaje 2.4% y 3.5% respectivamente; de dichos casos se cuenta con información de 6 fallecimientos, 4 por Cáncer y 2 por enfermedades huérfanas.

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

Por ultimo en cuanto a la Exposición a Flúor, la localidad aporta cerca de una cuarta parte de la notificación del distrito con un 26.6% (79 casos), de los 297 eventos registrados en la base distrital.

3.3.8 Eventos colectivos de interés en Salud Publica (Brotes y morbilidad)

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

Tabla 41 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Salud Ambiental	153	9,5	13	3,0	7	2,9	2	1,6	3	5,4	1	100
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1460	90,5	414	97,0	236	97,1	125	98,4	53	94,6	0	0
Total	1613	100	427	100	243	100	127	100	56	100	1	100

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

Con relación a los brotes registrados Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 4 eventos de interés en salud pública (Brotes de varicela y ETA y morbilidad por IRA y EDA), para un total de 427 casos registrados, lo que representa un 26.47% de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento

especifico de la localidad de Ciudad Bolívar, se cuenta con 243 registros, lo que representa un 15.06% de la notificación del distrito y un 56.90% de la Subred Sur

Tabla 42 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brotes de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Ciudad Bolívar, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021	
	Salud Ambiental (ETA)	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles (Varicela Morbilidad EDA Y IRA)
Frente al distrito	4,58	16,16
UPZ Arborizadora frente a la localidad	0	8,05
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0	0
UPZ Tesoro frente a la localidad	14,29	15,25
UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	14,29	20,76
UPZ Jerusalén frente a la localidad	0	23,73
UPZ Lucero frente a la localidad	28,57	19,92
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0	0
UPZ San Francisco frente a la localidad	42,86	9,32
UPR Rural frente a la localidad	0	2,54
Casos sin UPZ frente a la localidad	0	0,42

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

3.3.9 Salud Ambiental

Teniendo en cuenta las dimensiones del PDSP, con relación a Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, se incluye únicamente los brotes de enfermedad transmitida por alimentos (ETA), la localidad de Ciudad Bolívar aporta tan solo 7 brotes, 3 ubicados en San Francisco, 2 en Lucero 1 en Tesoro y Perdomo, para un

4.58% de los 153 casos del distrito, hecho relacionado posiblemente al manejo de estos eventos en casa dependiendo de la gravedad de la sintomatología, el desplazamiento a las instituciones de salud, en especial en la población del régimen contributivo que no cuenta con poca oferta de atención en la localidad y dificultades en la configuración de brotes, relacionado con un posible subregistro

3.3.9 Salud Ambiental

La dimensión de salud ambiental incluye los brotes de Varicela, IRA (Infección Respiratoria Aguda) y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), registrados de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 236 (16.16%) de los 1.460 eventos del distrito.

El brote que se presenta con mayor frecuencia es la varicela, de los 1300 casos distritales, 225 pertenecen a la localidad, lo que aporta un 17.3% del total de casos, los cuales se distribuyen en mayor porcentaje en las UPZ Jerusalén, Perdomo y Lucero, debido no solo a la cantidad de población, sino a la dinámica del territorio en cuento una mayor oferta de instituciones educativas, públicas y privadas, así como como jardines infantiles de diferentes tipos.

En cuanto los brotes de EDA e IRA en el distrito se presentaron 76 y 84 casos, de los cuales Ciudad Bolívar aporta 11 casos en EDA para un 14.5% y ningún evento en IRA. Dichos eventos, al igual que varicela, se dan en su mayoría en instituciones educativas, relacionados con debilidad en factores de prevención por parte de padres de familia, hábitos higiénico-sanitarios, además de continuar llevando los menores a las instituciones educativas a pesar del inicio de síntomas y recomendaciones de docentes y otros funcionarios, lo que dificulta romper la cadena de contagio.

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

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

Dichas herramientas de captura de información, son diversas según el subsistema, hecho que dificulta la consolidación de la misma y requiere un manejo diferencial, en consecuencia, el subsistema SISVAN utiliza la herramienta EPI-INFO, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE y VESPA, procesos relacionados con la salud mental, utiliza el SIVIGILA DC vía web, por su parte el proceso de Discapacidad utiliza el aplicativo en línea para la localización y caracterización de personas con discapacidad

(RLCPD), para finalizar, SISVESO y SIVISTRA manejan ACCES, pero adicionalmente este último subsistema utiliza el aplicativo de EXCEL.

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

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Seguridad Alimentaria y Nutricional	89304	36,14	11655	25,07	4992	22,27	3411	23,71	3208	37,16	44	4,16
Convivencia Social y Salud Mental	89288	36,13	19761	42,51	10802	48,20	6851	47,63	1865	21,61	243	22,97
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	68525	27,73	15070	32,42	6618	29,53	4122	28,66	3559	41,23	771	72,87
Total	247117	100	46486	100	22412	100	14384	100	8632	100	1058	100

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

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81% (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Ciudad Bolívar aporta 22.412 casos, lo que corresponde al 9.07% del distrito y al 48.21% de la Subred Sur.

Tabla 44 Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Grupo de eventos subsistemas SIVIGILA DC, agrupados por dimensión del PDSP 2012 - 2021			
Proporción de notificación por grupo de eventos	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Convivencia Social y Salud Mental	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles

	SISVAN	SIVIM SISVECOS SIVELCE VESPA	Discapacidad SISVESO SIVISTRA
Frente al distrito	5,59	12,10	9,66
UPZ Arborizadora frente a la localidad	3,69	6,07	6,47
UPZ Mochuelo frente a la localidad	0,00	0,25	0,14
UPZ Tesoro frente a la localidad	10,44	8,07	9,90
UPZ Ismael Perdomo frente a la localidad	13,82	19,52	19,14
UPZ Jerusalén frente a la localidad	14,54	17,93	16,02
UPZ Lucero frente a la localidad	28,45	25,11	23,18
UPZ Monteblanco frente a la localidad	0,74	0,84	1,74
UPZ San Francisco frente a la localidad	12,18	10,41	11,36
UPR Rural frente a la localidad	0,08	0,00	3,72
Casos sin UPZ frente a la localidad	16,07	11,78	8,34

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81% (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Ciudad Bolívar aporta 22.412 casos, lo que corresponde al 9.07% del distrito y al 48.21% de la Subred Sur.

3.3.12 Seguridad Alimentaria y Nutricional

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los

eventos relacionados con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 5.59% del dato distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 6.50% y 5.02%, en cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Ciudad Bolívar aporta el 8.76% (373 menores) de los 4258 casos registrados. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

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

3.3.13 Convivencia Social y Salud Mental

En esta dimensión se incluyen eventos de interés relacionados con violencia, conducta suicida, lesiones de causa externa y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), donde se cuenta con 89.288 registros a nivel distrital de los cuales la localidad aporta 10802 lo que representa 12.09%, con relación a la Subred Sur, Ciudad Bolívar aporta el 54.66% de los 19761 casos registrados.

El subsistema SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) registra información de violencia sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar. En primera instancia se puede observar que de los 5.041 casos registrados por violencia sexual, la localidad de Ciudad Bolívar aporta 834 (16.54%), en cuanto a la Subred Sur (1.237 Casos), el peso porcentual es de 67.42%.

La violencia intrafamiliar registra 11123 y el maltrato infantil 14627 casos en el distrito, de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 1556 (13.97%) y 2135 (14.59%) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es levemente mayor en la violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que de los 2.588 aporta el 60.05%, mientras que de los 3.840 casos el maltrato infantil el peso es de 55.60%. Dichos eventos de violencia, como se mencionó previamente evidencian mayores dificultades sociales en la UPZ Jerusalén, que a pesar de su baja densidad poblacional en comparación con Ismael Perdomo, cuenta con un número similar de eventos

Lo anterior refleja, al menos en parte, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Ciudad Bolívar, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de

afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad que pueden incidir en los niveles de estrés, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutive.

La conducta Suicida, la cual es abordada por el subsistema SISVECOS (Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida), registra en la ciudad 11.665 casos de ideación, amenaza e intento suicida, así como el suicidio consumado, la localidad de Ciudad Bolívar aporta 1.566 casos, lo que representa un 13.42%, así como el 54.70% de la Subred Sur.

Según los datos registrados por SISVECOS en la localidad, se registraron 7 (7.69%) de los 91 suicidios consumados de la ciudad, además de un importante peso de la ideación suicida e intento suicida con 14.79% y 11.16% respectivamente. Lo anterior refleja las dificultades en cuanto la salud mental en la localidad, además de compartir problemáticas mencionadas anteriormente, se incluyen factores como la falta de oportunidades y el proyecto de vida relacionadas con este evento.

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa), registra las lesiones de causa externa intencionales y no intencionales o accidentales en la ciudad, durante el año 2016 se registraron 44.353 casos de los cuales la localidad de Ciudad Bolívar aporta 4545 casos (10.24%), así como el 50.78% en la Subred, es importante mencionar que estos eventos se registran en los servicios de urgencias cuando el evento representa un riesgo y requiere algún tipo de asistencia médica.

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28.37% (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, lo que evidencia los peligros que enfrenta la localidad relacionado con factores como intolerancia, necesidades básicas insatisfechas, ausencia de proyecto de vida entre otros factores, hecho que preocupa aún más si se tiene en cuenta que la localidad de Ciudad Bolívar registra 1.266 casos, el 12.91% del dato distrital y el 50.61% de la Subred Sur

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

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas), registra 2479 casos en el distrito, de los cuales 166 (6.70%) residen en la localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

3.3.14 Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Ciudad Bolívar aporta 6.618 lo que representa el 9.66% frente al distrito y el 43.92% en la subred

Con relación al registro de personas con discapacidad, la capital hizo dicho proceso con 17.369 personas, de estas, 1.757 (10.11%) residen en la localidad, porcentaje similar al visto con relación a la salud oral y salud laboral donde de los 46.747 y 4.409 casos registrados, la localidad aporta el 9.73% (4.550 casos) y el 7.28% (321 casos) respectivamente. Al comparar con la Subred se puede observar que para discapacidad el peso es de 51.1%, en salud Oral del 42.2% y en salud laboral el 36.2%.

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

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

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

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

Dentro del proceso de la vigilancia se encuentran procesos transversales como el proceso de Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales (EEVV) y vigilancia comunitaria en la salud pública (VCSP).

El proceso de EEEV se encarga del registro de información de los hechos vitales que se presenten en las diferentes localidades, donde por medio de un certificado de nacimiento y uno de defunción, donde se registra diversa información sociodemográfica, así como de salud, la cual permite conocer el contexto del evento, así como proporcionar una fuente de información útil y confiable relacionada con cuantos nacimientos se dan, así como los fallecimientos y sus principales factores asociados, contando con la posibilidad de hacer distribuciones por motivo de fallecimiento, edad, sexo, lugar de ocurrencia, lugar de residencia, nivel educativo, entre otros, en tiempo real, mediante la herramienta de Registro Único de Afiliación (RUAF).

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

3.4 Eventos precursores

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

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizara un breve análisis de la diabetes mellitus, entendida como una enfermedad crónica donde el cuerpo no puede regular el azúcar en la sangre, mediante la producción de insulina por el páncreas.

Se realiza una revisión de los 50 diagnósticos relacionados con la diabetes mellitus según los códigos CIE 10 asociados (E100-E109 diabetes mellitus insulino dependiente y E110 a E149 diabetes mellitus No insulino dependiente), por

diferentes variables de interés teniendo en cuenta la localidad de ubicación del centro de atención, en consecuencia la información registrada se ve afectada en localidades como Usme, donde la oferta institucional en salud es reducida, siendo además en su mayoría para el régimen subsidiado, factor que no permite conocer la situación real de la población residente en la localidad.

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 46 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.

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

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

En el distrito capital se puede observar, aunque de manera irregular, una relación mayor en cuanto las atenciones por sexo en mujeres, dato posiblemente relacionado a una mayor cultura de prevención, adherencia a tratamientos y en general, asistencia a controles médicos en la mujer.

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

2012	2013	2014	2015	2016	Total
------	------	------	------	------	-------

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

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

Como es de esperarse, teniendo en cuenta las características del evento, en el distrito capital la mayoría de atenciones se dan en adultos mayores de 60 años, seguido por los adultos entre 28 y 59 años, entre ambos grupos de edad aportan el 96.9%, cabe resaltar el 2% de atenciones que se dan en jóvenes de 18 a 28 años lo que evidencia una posible la necesidad, de un seguimiento permanente, por gran parte de la vida para esta población, situación similar a la presentada en los menores de edad, a pesar de tener el menor peso porcentual de atenciones.

Tabla 48 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.

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

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

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

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

En consecuencia, del 1.476.649 atenciones registradas entre los años 2012 a 2016, la localidad de Tunjuelito cuenta con 36.202 atenciones lo cual aporta tan solo el 2.5%, de las atenciones del distrito. Los usuarios registrados variaron en los últimos años, iniciando con 3.844, 1.658, 5.013, 3.144 y 3.144 para el año 2016,

representando un comportamiento con tendencia a la disminución en los dos últimos años, relacionado posiblemente a cambios en la oferta de servicios.

En cuanto la distribución por sexo, la localidad de Ciudad Bolívar muestra una relación similar al dato distrital con dato mayor de atención en mujeres (60.2%) que en hombres (39.8%). Igualmente la distribución por momento de curso de vida, refleja que los adultos entre 29 y 59 años con un 50,9% y los mayores de 60 con un 46,1% aportan en conjunto el 97.0% dato muy similar al visto en el distrito aunque difiere en un mayor peso en adultez, lo que reflejaría posiblemente una mayor prevalencia de este evento en este grupo de edad en los residentes de la localidad de Tunjuelito.

Para finalizar las atenciones por los diferentes servicios muestran una diferencias a las vistas en el distrito con un 88.8% de atención por consulta externa, un 7.4% en urgencias y el restante 3.8% en hospitalización. Datos relacionados posiblemente con la oferta de centros de atención de urgencias ubicadas en la localidad

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

Análisis General de la Morbilidad e Identificación de Prioridades en Morbilidad

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?

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

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

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

negligencia, la violencia y abandono en la infancia, predisponen a la aparición del evento.

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

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

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

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

Teniendo en cuenta el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015, se encuentra que en la localidad de Ciudad Bolívar, prevale la alteración en Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como la principal con el 58,4% (n=8.217) de los registros, le sigue las alteraciones del Sistema Nervioso con 51,5% (n=7253), Visual con 44,3% (n=6.228), voz y habla con el 24,5% (n=3442). El comportamiento de acuerdo al sexo, se encuentra que las alteraciones de movimiento del cuerpo, alteraciones del sistema nervioso y visual, son más prevalentes en mujeres que en hombres.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la localidad 19 se caracteriza por ser zona montañosa con lugares escarpados, encontrándose que hay barrios cuyo acceso es escaleras, vías sin pavimentar o en mantenimiento, lo cual dificulta la movilidad a las personas que tienen discapacidad que implica el movimiento.

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

Se estima que el 62,87% (452.454 personas) de la población estimada de Ciudad Bolívar se encuentra afiliado por este régimen. El 26,06% (187.553) accede a los servicios de salud por medio del régimen subsidiado (diferencia marcada con respecto al resto del Distrito en casi el doble de la media (14,60%)). Asimismo, 1,20% (8.636) accede por medio del régimen de excepción. Por encuestados de SISBEN No Afiliados el 0,73% son potenciales beneficiarios (5.218) y 0,07% (531) no son afiliables al régimen subsidiado.

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

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

CAPÍTULO V: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

El capítulo sobre acciones en salud pública, pretende dar cuenta de las intervenciones en Salud Pública realizadas en el marco de la vigencia Abril - Junio de 2017 por parte de los espacios, programas y componentes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

En un primer momento, se realiza la caracterización de los espacios, programas o procesos, se da a conocer las acciones realizadas y los criterios de inclusión o intervención de las personas, esto se construye a partir de la información facilitada por los equipos de los espacios.

El segundo momento, se exponen las respuestas y logros que cada espacio ha dado en el marco de su accionar, así como las propuestas que surgen por parte de los mismos frente a la operación para la siguiente vigencia.

La información registrada en este capítulo surge de los procesos de articulación entre el equipo de ACCVSyE y los equipos de los espacios, componentes y procesos, en donde se realiza análisis colectivos frente al accionar de los procesos y su repercusión en la calidad de vida salud de la población.

Metodología

El proceso de caracterización de los espacios, programas y procesos se realizó a través de la articulación entre el equipo de ACCVSyE y los líderes de los diferentes espacios. Así mismo, las actividades y solicitudes de información realizadas contaron con el aval y revisión de la líder de Vigilancia en Salud Pública y la Coordinación de Salud Pública de la Subred.

Para el primer momento se elaboró matriz de caracterización, el cual se envió a los líderes, en la matriz se indaga sobre las acciones a realizar, avances y logros de los procesos que se realizan en la subred sur. A partir de este insumo se construyó la operación en general de cada proceso y así mismo se elaboró el mapa por espacio, el cual da cuenta de la distribución geográfica de las diferentes acciones realizadas.

5.1. Espacio de Vivienda

5.1.1. Caracterización del espacio, programa o procesos

El espacio de vivienda es el escenario de refugio, acogida y afecto el cual constituye un espacio de residencia y convivencia permanente o transitoria; es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias.

El propósito del espacio es la identificación de riesgos, para generar procesos de transformación a partir del diálogo de saberes, en relación con la disminución de

mortalidades, prevención de enfermedades, mitigación de riesgo psicosocial, y aumento de hábitos de vida saludables.

Por esta razón el espacio de vivienda pretende implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud familiar, generando una transformación integral en las familias de las UPZ priorizadas en la Subred Sur, a partir de un enfoque sistémico que reconoce las particularidades individuales y familiares para el mejoramiento de la salud y calidad de vida, la movilización de los recursos familiares e institucionales y la activación de rutas de atención integral, aportando a la disminución de morbimortalidad infantil y materna.

Las acciones del Espacio Vivienda se desarrollan en todas las UPZ de las localidades que conforman la subred sur, teniendo como punto de partida los criterios de intervención, la base de eventos de vigilancia epidemiológica y, para el componente de gestión del riesgo, se hace de acuerdo a la base de afiliados a Capital Salud, es decir, la intervención se desarrolla de acuerdo a los datos de dirección reportados en base de afiliados a Capital Salud.

Así mismo se tienen en cuenta criterios de atención definidos por los eventos de interés en salud pública: niños y niñas con bajo peso al nacer, niños y niñas con desnutrición aguda severa, conducta suicida en menores de 14 años y gestantes, conducta suicida reincidente en menores de 14 años, suicidio consumado, violencia sexual y económica en menores de 5 años y gestantes, morbilidad materna extrema, morbilidad neonatal extrema, sífilis gestacional, VIH Gestacional, Hepatitis B gestacional, embarazo en Adolescente, gestante de bajo peso, caries cavitacional en menores de 5 años, gestantes con enfermedad periodontal y Gingivitis, desnutrición en personas mayores, familias con alerta alta remitidas por el gestor del riesgo en salud,

Además se tiene en cuenta criterios demográficos la cual está relacionado con la estabilidad de las familias en el domicilio, ubicación en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud: personas con discapacidad, mayor de 45 años que requiere ayuda permanente para todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria, menor de 5 años con origen de la discapacidad de alteración genética o hereditaria, con alteraciones permanentes en sistema nervioso y dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno, con origen de la discapacidad enfermedad general y dificultad para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón.

5.1.2. Resultados

En el periodo Abril – Junio de 2017, en la localidad de Ciudad Bolívar, se ha logrado desde el espacio Vivienda el desarrollo de potencialidades y capacidades en las familias con lo que se busca promover y proteger la salud, contribuyendo a disminuir los riesgos en las viviendas y en las instituciones a partir de las acciones propuestas en los diferentes componentes de las acciones integradas.

Desde los diferentes componentes del espacio, se ha gestionado la resolución de riesgo combinando, adoptando las medidas preventivas y estrategias de información, educación y comunicación para la salud y modificación de factores de riesgo y reforzar los factores protectores logrando intervenciones en el periodo en 874 familias caracterizadas, y seguimiento por parte de profesionales de enfermería, psicología, nutrición, odontología, terapeutas y técnicos ambientales.

Se ha logrado el abordaje a las familias con pertenencia étnicas, Ambika Pijao, que cuenta con todo el equipo y se han caracterizado 30 familias para la identificación de riesgos en salud y seguimiento para fortalecer actitudes y prácticas que mejoren su calidad de vida en salud.

El componente HCB se desarrolla en los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), a través de la implementación de la estrategia AIEPI Comunitario, capacitando a las agentes educativas responsables de los hogares, con el fin de lograr que identifiquen signos de alarma oportunamente en los menores y adquieran el conocimiento para la promoción y prevención en salud de los niños, niñas y sus cuidadores.

En el periodo se ha logrado la caracterización de 94 Hogares Comunitarios de Bienestar, las cuales cuentan con el 100% de la caracterización social, ambiental, plan formulado y el desarrollo de este plan ya se inició en 25 de estos hogares. 48 Hogares Comunitarios de Bienestar, han recibido el módulo 1 de AIEPI. También se han desarrollado acciones de IEC en 63 Hogares, según los riesgos identificados en cada uno de estos.

El componente cuidado para las personas, familias y cuidadores de las instituciones, inicio acciones en el mes de junio, logrando la caracterización de 2 instituciones de personas mayores de las localidades de Usme y Ciudad Bolívar



5.2. Espacio Educativo

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo en 25 Instituciones Educativas priorizadas.

Desde el Espacio se espera intervenir situaciones o riesgos a las cuales se enfrentan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en su entorno escolar, permitió la identificación, análisis y priorización de las diferentes problemáticas las cuales son intervenidas por 5 componentes que se describirán a continuación:

Componente Acompañarte: se centra en actividades de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, Bullying, desconocimiento de límites y falta de apoyo por parte de padres y madres de familia, disminución de conflictos entre estudiante, conducta suicida, Insatisfacción de necesidades afectivas y falta afianzar la comunicación asertiva (docentes-padres-estudiantes), fortaleciendo redes.

Componente Amarte se enfoca en prevenir embarazos en adolescentes, debilidades en la prevención de abuso sexual, desconocimiento de la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, principalmente en el género femenino, métodos de planificación y su aplicabilidad y del cuidado del Cuerpo y toma de decisiones

Componente Cuidarte orienta sus actividades en la prevención los inadecuados hábitos en salud oral, consumo excesivo de dulces, presencia de caries a temprana edad, falta de higiene oral y falta de sensibilización de padres y estudiantes de primaria sobre el cuidado de la salud oral y su importancia del autocuidado.

Componente Disfrutarte se centra en actividades para prevención de los inadecuados hábitos alimentarios, consumo de alimentos no saludables que se adquieren dentro y fuera del colegio, insuficiencia nutricional en casa, venta de alimentos no saludables en la tienda escolar o compra de alimentos no saludables en la entrada del colegio, dietas inapropiadas, falta de acompañamiento de padres y madres en hábitos de alimentación saludable, pocas jornadas para la promoción de la actividad física, debilidades en la promoción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades sedentarismo y la necesidad de promover pausas activas

Componente Explorarte orienta sus acciones en los punto critico exterior- por no manejo de residuos, mal manejo de reciclaje en la comunidad educativa en general, no articulación para encontrar retribución del material reciclado por la institución - oportunidades que benefician a los estudiantes, falta de apropiación de cultura ambiental de los grados inferiores al 11°, falta cultura ciudadana frente al cuidado del ambiente dentro del colegio, de apropiación de territorio aledaño y recuperación de huertas verticales

Las intervenciones realizadas por el Espacio se centran en los 25 colegios priorizados ubicados en las UPZ Lucero, El Tesoro, Arborizadora, San Francisco, Ismael Perdomo, Jerusalém, Mochuelo de la localidad y están orientadas, a incidir en las dinámicas de la comunidad educativa con el fin de lograr transformaciones en las percepciones y en las prácticas que inciden en las condiciones de vida y salud de la población vinculada a el escenario colegios, teniendo como centro del accionar los siguientes actores: Docentes y directivos, padres y madres de familia y estudiantes.

Así mismo los momentos para la implementación de dicha estrategia, se basa con la identificación y priorización de las problemáticas teniendo como base los componentes Acompañarte, Amarte, Cuidarte, Disfrutarte y Explorarte mencionados anteriormente, es pertinente aclarar que para esta actividad se asume la priorización realizada en articulación entre Secretaría Distrital de Salud y Secretaría Distrital de Educación, para abordar las acciones en las Instituciones Educativas.

Para la recolección de información los diferentes procesos realizados tienen los soportes específicos que permiten dar cuenta de los detalles de cada componente, actividades específicas, recursos requeridos, talento humano que realiza la recolección de la información, de acuerdo a los dos ejes:

Eje Estratégico: Gestión de la Salud para el Mejoramiento de Entornos Escolares: Comprende ejercicios de planeación y gestión participativa con los diferentes sectores integrando a la comunidad educativa, con el fin de dar respuesta a las necesidades identificadas. (Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Gobierno, Policía Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la participación activa de la comunidad educativa y las organizaciones sociales y comunitarias de base requerida para garantizar un entorno seguro y saludable).

Eje Estratégico: Promoción de Vida Saludable: Definido como un conjunto de acciones de tipo reflexivo, conversacional, artístico, comunicativo y lúdico-pedagógico que en el espacio educativo generan procesos de resignificación y apropiación de formas de entender y desarrollar prácticas favorables a la salud y la calidad de vida en la cotidianidad en la comunidad educativa.

Respuesta (acciones) brindada desde el proceso en el período Abril-Julio 2017. Se debe hacer una comparación con las metas establecidas para el proceso, programa o intervención.

Las acciones realizadas por el espacio educativo para el periodo abril a junio 2017, se centraron en la concertación del plan de acción en las 25 Instituciones Educativas priorizadas contando con la participación de 55 directivos. Sin embargo, esta actividad se vio afectada por el paro de maestros, dificultando el ingreso a los

colegios. Los avances y/o logros por cada componente, se ven reflejados en cuanto al número de estudiantes y colegios cubiertos por el Espacio.

Acompañarte, en este componente se reflejan las acciones por parte del perfil de psicología, en la actualidad se encuentra en proceso de concertación e implementación de las acciones.

Amarte: se encuentra en un avance en 13 colegios donde el perfil de enfermería ha realizado el proceso de articulación con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

En cuanto a la aplicación de pre-test sobre los derechos sexuales y reproductivos se ha logrado un avance con 294 estudiantes a los cuales se les ha realizado el pre test y aún no han terminado el proceso por lo tanto no permite medir el indicador.

Disfrutarte, Para la estrategia se ha tenido un avance con 259 estudiantes a los cuales se les ha realizado el pre test

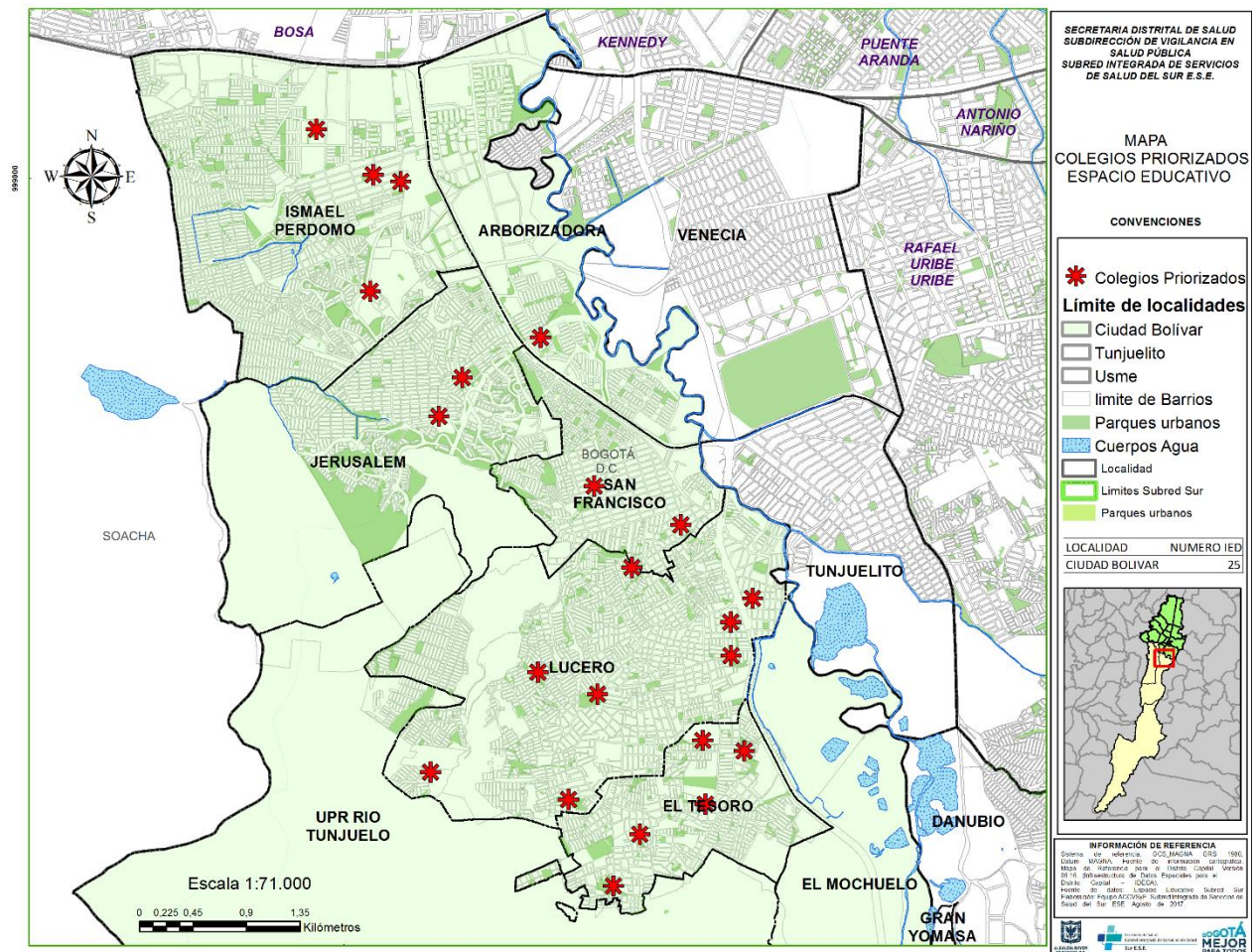
Cuidarte, la estrategia tiene un avance con 238 niños. No obstante, la estrategia termina cuando se evidencie que los participantes reconozcan la técnica de higiene de manos. 294 niños que iniciaron las prácticas en salud oral en 4 Colegios, el proceso termina cuando los niños inician la clasificación y terminan con el 2 monitoreo.

Explorarte, las acciones del componente se desarrollan en 7 Colegios y se cumple cuando se termina la 6 sesión. Se tiene un avance de 120 niños que iniciaron la primera sesión, el proceso termina cuando se cumple con la última sesión donde se evidencie que cuentan con mejores prácticas y hábitos en salud ambiental.

Experiencia exitosa

La experiencia significativa desde el Espacio educativo se da en el componente Amarte, la estrategia tiene gran impacto y acogida en cuanto a trabajo en los diferentes colegios los y las estudiantes que han recibido los talleres han sido muy participativos y han empezado a transformar los relatos dominantes que han sido contruidos desde su cotidianidad de sexualidad y han empezado a transformar su accionar como hombres y mujeres eliminando las discriminaciones hacia las diversas identidades de género y las orientaciones sexuales.

Mapa 6. Acciones Espacio Educativo



5.3. Espacio Público

5.3.1. Caracterización del espacio, programa o procesos

Desde espacio público se desarrollan intervenciones en salud en escenarios para la movilidad, la recreación y el esparcimiento y establecimientos públicos, haciendo énfasis en los riesgos colectivos e individuales para las condiciones crónicas, (tales como alimentación no saludable, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo y contaminación ambiental), salud mental, sexualidad y derechos reproductivos.

Desde este espacio se realizan actividades orientadas a la identificación de las condiciones en salud, es así que se inicia con la revisión de insumos generados en las vigencias anteriores como directorio de actores, documento diagnóstico del

espacio público en el cual se priorizaron zonas de acuerdo a las categorías orientadoras del espacio (Movilidad, Recreación y establecimientos abiertos al público), documento Unidades de Análisis, entre otros.

Asimismo se realizan recorridos en calle con el fin de realizar la identificación de actores sociales y comunitarios, dinámicas barriales y propias del entorno en las diferentes UPZ de la localidad, allí se tiene en cuenta el contacto con líderes comunitarios quienes se constituyen como una fuente primaria de información en el espacio público, por otro lado se implementan formatos como actas, diarios de campo y formatos de caracterización barrial en las cuales se registra información recopilada durante los recorridos.

Por medio de los recorridos realizados por la localidad se caracterizaron los riesgos a los que están expuestos los habitantes de Ciudad Bolívar. Se identifica a esta localidad como un territorio con barreras de acceso a los servicios de salud, que asimismo desconocen sus derechos en salud y que tienen inadecuados hábitos de cuidado cotidiano.

En estas acciones se identificaron establecimientos comerciales dedicados a la venta y consumo de bebidas alcohólicas que representan un riesgo para la salud mental de los habitantes de la localidad. En este sentido la comunidad refiere que es constante observar consumo de sustancias psicoactivas a cualquier hora del día (principalmente en los parques de los barrios). Asimismo identifican la presencia de pandillas juveniles que se disputan entre sí espacios como el parque, generando conflictos y delitos (como robos y lesiones personales). Situaciones como esta refuerza la sensación de inseguridad de la comunidad. La opinión general es que la localidad es insegura y no cuenta con los servicios necesarios para el buen vivir. Al respecto, por citar un ejemplo, el servicio de transporte público en la localidad es precario después de las 11 pm, aumentando el estrés en sus habitantes, así como el riesgo de ser víctimas de robos o de algún tipo de lesión provocada por los hurtos por las disposiciones de seguridad de la localidad.

La movilidad es deficiente en relación con la presencia de barreras físicas para el paso peatonal, pues en la mayor cantidad de barrios que componen la localidad no se cuenta con andenes anchos ni planos, no tiene rampas en las calles, se presenta ausencia de aceras amplias por donde transitar en algunas cuadras. Por ello el desplazamiento de persona mayor, personas con coche y personas con discapacidad se dificulta afectando su salud y aumentando su nivel de riesgo en relación a los factores mencionados. Se presenta ocupación del espacio público por parqueo de vehículos por ubicación.

Los recorridos también identificaron un riesgo medio asociado al manejo de residuos (desde el proceso de separación hasta su disposición final) debido a la acumulación de distintas clases de estos en vías y andenes (lo cual genera olores ofensivos y constante proliferación de vectores y roedores). En muchos casos no se cuenta con avisos que prohíban arrojar residuos en espacio público, y la comunidad desconoce las sanciones que generan este tipo de acciones. La localidad cuenta con servicio

de recolección a cargo de la empresa de Aseo Capital la cual cumple con sus horarios y fechas establecidas para la recolección de residuos domiciliarios, sin embargo se evidencia la contaminación generada por el Relleno Sanitario Doña Juana en los puntos próximos de este en Ciudad Bolívar.

5.3.2. Resultados

Las UPZ Arborizadora, Lucero, San Francisco, Jerusalén, Ismael Perdomo, Tesoro y Monteblanco se encuentran priorizadas de acuerdo a las condiciones socio-económicas que presentan. El espacio genera las intervenciones pertinentes a partir de las necesidades identificadas previamente. Al respecto se han llevado a cabo las siguientes acciones: caracterización y monitoreo del riesgo en salud (acciones programadas y ejecutadas 11 acciones); acciones itinerantes en el Espacio Público (acciones programadas y ejecutadas 27 acciones); puntos Cuídate Sé Feliz implementados (programadas 5 y ejecutadas 3 acciones); implementación de la estrategia de Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) (programada y ejecutada 1 acción); Servicios de Acogida (programada y ejecutada en 1 acción); Grupos con iniciativas comunitarias en salud (programadas 39 y ejecutadas 32 acciones).

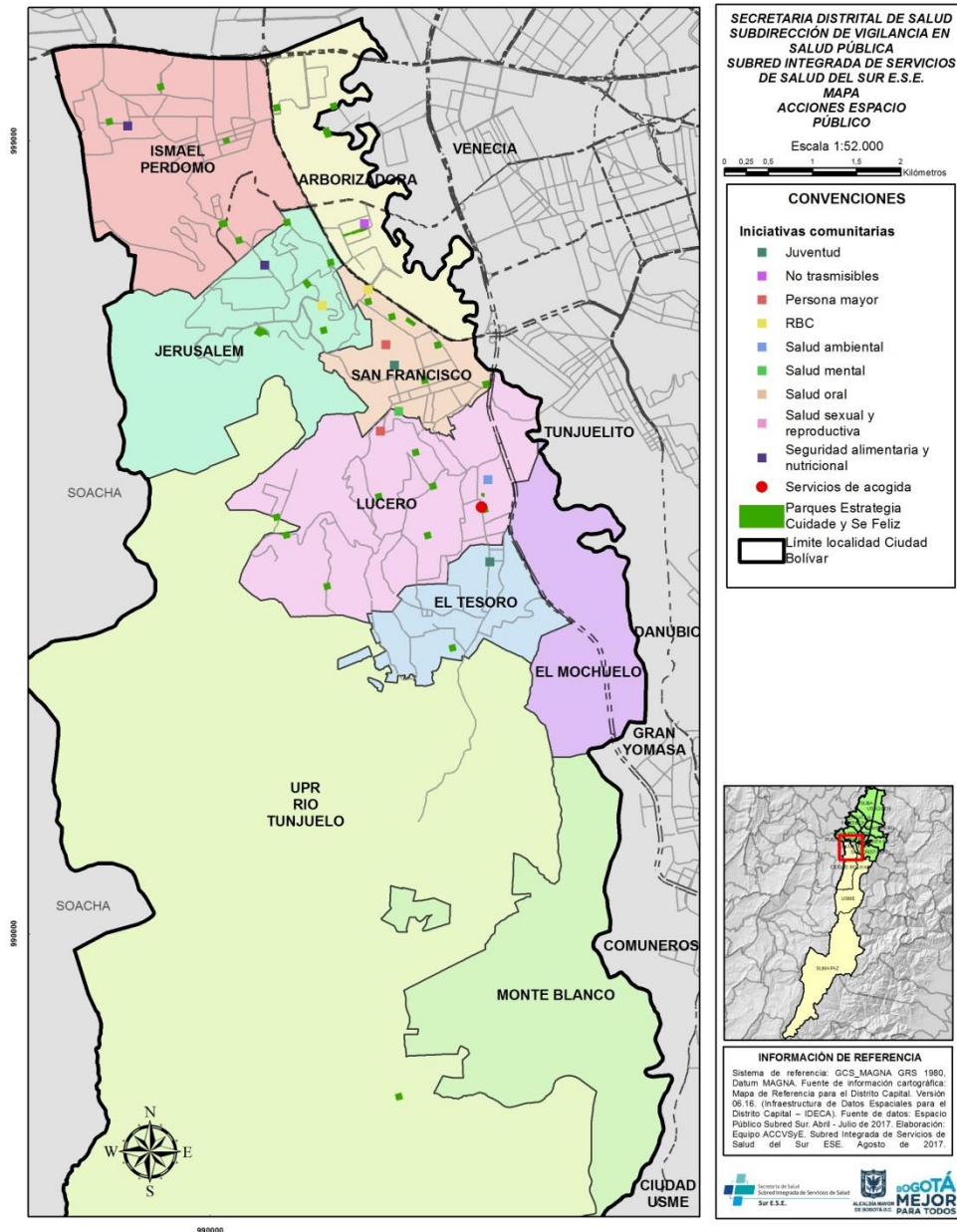
Frente a estas acciones se generaron los siguientes productos y su seguimiento al indicador:

- Caracterización y monitoreo de riesgo en salud en el espacio público: En este producto se plantearon los siguientes indicadores: 'Barrios con riesgo alto para intervenciones en salud en el Espacio Público'; 'Implementación de intervenciones en salud en el espacio público en barrios de alto riesgo caracterizados' (100% de cumplimiento); 'implementación de intervenciones en salud pública en barrios de alto riesgo caracterizados' (30%); 'porcentaje de población en riesgo alto y medio de consumo de SPA' (90%, en el servicio de acogida se evidencia que la población es policonsumidora, generando así mayores factores de riesgo ante el consumo de spa); 'porcentaje de canalizaciones efectivas' (15%, (al respecto se evidencia que se ha brindado atención a casos que se han canalizado a sectores como la Secretaría Distrital de Integración Social).
- Servicio de Orientación a Jóvenes (SOJU): Para este producto está el indicador 'Porcentaje de superación de consumo': En este indicador el espacio indica que el cierre del proceso con la población en el mes de Agosto impide que se pueda medir los casos con superación del consumo.
- Grupos comunitarios con iniciativas en salud: Este producto se incluyen los indicadores 'Participación comunitaria en iniciativas comunitarias en salud' (100% de cumplimiento); 'Estrategias con iniciativas comunitarias' (65%); 'Porcentaje de adherencia a las iniciativas comunitarias en salud' (70%); 'Porcentaje de representantes de los diversos grupos poblacionales en las iniciativas comunitarias' (10%, correspondiente a persona con discapacidad).

En términos de canalizaciones de activaciones y canalizaciones, se han realizado 6 activaciones intersectoriales; 24 activaciones sectoriales por aseguramiento y 83 por POS; al momento no se realizan activaciones por espacios de vida. Para el proceso se ha llevado a cabo la activación de rutas integrales teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de la población que se ha vinculado en los procesos individuales y colectivos del espacio, las personas de prioridad alta se ingresan por el equipo de sistemas de información para ser ingresados en el aplicativo SIRC, con el fin de dar oportuna respuesta desde las EAPB y Entidades a nivel intersectorial, los seguimientos del aplicativo se realizan por la profesional de activación de rutas designada desde la subred.

Frente a las prioridades medias y bajas se da el direccionamiento al usuario con el fin de promover las acciones de autogestión según las necesidades particulares, para los usuarios canalizados desde servicios de acogida e iniciativas LGBTI – Habitante de calle los profesionales de trabajo social realizan los seguimientos con el usuario.

Mapa 7. Acciones Espacio Público. Subred Integrada de Servicios de Salud. Abril – julio de 2017.



5.4. Espacio Trabajo

5.4.1. Caracterización Espacio, programa o proceso

El propósito del proceso desarrollado en el espacio de trabajo obedece a contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención

de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora.

Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos como químicos por contacto con sustancias peligrosas en actividades económicas como salas de belleza (tintes y queratinas) talleres de mecánica, ornamentación, carpinterías, talleres de latonería y pintura. Otros riesgos se relacionan con actividades económicas de mediano impacto como restaurantes, panaderías, peluquerías (cepillado, manicura, pedicura, corte de cabello), arreglo de calzado, confecciones, cafeterías, fruterías generando riesgos relacionados con posturas mantenidas y prolongadas, movimientos repetitivos, cambios bruscos de temperatura, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal y cambios bruscos de temperatura. Los riesgos mencionados anteriormente sumados a radiación no ionizante afectan también a los niños, niñas y adolescentes trabajadores con una clara vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación generada por el desarrollo de actividades laborales desde temprana edad.

Las zonas y sitios en donde se desarrollan las intervenciones del espacio de trabajo en localidad de Ciudad Bolívar corresponde a:

Acción integradora: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud.

Actividades desarrolladas: Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto, grupos organizados de trabajadores informales, centros de escucha y personas en ejercicio de la prostitución.

UPZ 66 San Francisco: Barrios San Francisco y Candelaria: Alta concentración con trabajadores informales con exposición a riesgos ocupacionales.

UPZ 69 Ismael Perdomo: Zona de alta concentración comercial con presencia de trabajadores informales.

UPZ 70 Jerusalem: Barrios Manuela Beltrán, Tres Esquinas, Arborizadora Alta, Jerusalem. Zona no abordada hace más de 3 años y se evidencia gran cantidad de trabajadores informales con exposición a riesgos.

Acción integradora: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”

Actividades desarrolladas: Niñas y niños trabajadores, adolescente trabajadores y acciones colectivas.

UPZ 66 San Francisco: San Francisco y Candelaria, Concentración de NNA trabajadores por tener una gran concentración de negocios.

UPZ 69 Ismael Perdomo: Alta zona comercial con gran afluencia de NNA trabajadores.

UPZ 70 Jerusalem: Barrios Arborizadora Alta, Bonanza: Alta zona comercial con gran afluencia de NNA trabajadores.

Para el despliegue de las dos acciones integradoras se desarrolla la metodología de recolección de la información:

Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud:

- Búsqueda activa de la población objeto (trabajadoras y trabajadores informales en unidades de trabajo tanto de alto como mediano impacto y sitios en ejercicio de prostitución) se despliega la estrategia y motiva la participación de la población.
- Diligenciamiento de la caracterización de condiciones de salud y trabajo en Ficha de caracterización Unidades de trabajo informal – Espacio Trabajo.
- Activación de ruta o canalización de acuerdo a la necesidad del caso
- Observación de procesos productivos para la identificación de riesgos y medidas de intervención como insumo para la concertación del plan de trabajo
- Despliegue del plan de trabajo a través de IEC estableciendo compromisos y recomendaciones. Estas acciones se desarrollan a través de 3 acompañamientos y una visita de monitoreo o seguimiento.
- 4 sesiones en un mes para los grupos organizados de trabajadores informales.

Para el desarrollo de acciones relacionadas con Centros de Escucha para personas en ejercicio de prostitución:

- Identificación de de la ubicación de los sitios de prostitución en la localidad

- Contactar al dueño o administrador de cita para el despliegue de estrategia explicado cada una de las actividades.
- Se inicia las siguientes actividades en el marco de 40 horas por cada centro de escucha:
Recorridos de Calle, Escucha activa, Acciones Lúdicas Pedagógicas, Asesorías psicosociales, Tamizaje de VIH y sífilis, Activación de ruta a casos positivos, Seguimientos a casos, Fortalecimiento de redes.
- Diligenciamiento de formatos de según necesidad.

Desvinculación progresiva de los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”:

- Búsqueda activa de la población objeto (niños, niñas, adolescentes trabajadores tanto en unidades de trabajo como en zonas de riesgo como plazas de mercado y semáforos se despliegue la estrategia y se concerta para la implementación de la misma.
- Diligenciamiento de la caracterización de condiciones de salud y trabajo en Ficha de caracterización Trabajo Infantil – Espacio Trabajo.
- Activación de ruta o canalización de acuerdo a la necesidad del caso
- Despliegue del plan de trabajo en el marco de 10 habilidades para la vida a través de 3 acompañamientos y una visita de monitoreo o seguimiento.
- 1 sola sesión en el caso de las acciones colectivas donde se caracteriza el grupo y desarrolla temática.

5.4.1. Resultados

En las respuestas brindadas por el espacio durante el periodo abril – julio de 2017, durante la vigencia informada no se realiza cierre de procesos de unidades de trabajo informal de alto impacto, situación que no permite evidenciar la efectividad de las acciones debido a la periodicidad y la forma de facturación establecida desde SDS, sin embargo se ha realizado la apertura de 172 unidades de trabajo, llevando a la fecha 98 unidades con tercer acompañamiento, 56 con segundo acompañamiento y 18 con primeras. En relación a las unidades de trabajo de mediano impacto tampoco se realiza cierres y se abre 184 procesos con avance al tercer acompañamiento de 36 unidades, 85 con segundo acompañamiento y 65 solo con primer acompañamiento para la implementación del plan de trabajo.

En relación a GOTIS se avanza en el 12.5% de la meta asignada para la vigencia realizando implementación de acciones educativas para la identificación y control

de riesgos, hábitos saludables interviniendo 6 personas. En centros de escucha para personas en ejercicio de prostitución se ha avanzado en el 25% en relación a la meta programada con un cubrimiento de 188 personas en ejercicio de prostitución educadas en percepción de salud adecuada. No se ha cerrado ningún caso de niños, niñas y adolescentes trabajadores sin embargo se ha avanzado en la apertura de 150 niños y niñas y 45 adolescentes enfocados en la implementación de 10 habilidades para la vida involucrando a los padres de familia. De 14 colectivos para aportar a la desvinculación de peores formas de trabajo infantil se encuentra un cumplimiento a la ejecución del 25% impactando las zonas de riesgo de trabajo infantil como plazas de mercado, semáforos avanzando en la educación para la prevención de trabajo infantil. etc.

Los resultados obtenidos durante el proceso a través de las acciones realizadas en el espacio trabajo se obtiene que de las 356 unidades caracterizadas, el 83% correspondiente a 295 unidades de trabajo que presentan exposición a riesgos priorizados con calificación 1 y 2 en relación a daño y exposición, para lo cual se ha desarrollado acciones para la disminución tanto en el nivel de daño como del nivel de exposición pretendiendo mejorar los entornos de trabajo y las condiciones de salud a través de cada uno de los acompañamientos.

De acuerdo con el número de trabajadores informales caracterizados con afectación por las condiciones de trabajo en las UTIS / Número total de trabajadores caracterizados en las UTIS, se evidencia que de los 529 trabajadores caracterizados, el 13% correspondiente a 71 trabajadores se encuentran afectados por condiciones de trabajo a las que se exponen durante el desarrollo de sus actividades laborales relacionadas con la manipulación de sustancias químicas derivadas de las actividades económicas que dentro de su proceso productivo usan sustancias cancerígenas generando fibras, polvos, humos u otros riesgos como falta de iluminación, ruido, temperaturas extremas. Con el fin de mitigar la afectación en la salud se implementan medidas de intervención que hacen parte del plan de trabajo con cada unidad.

Número de UTIS que desarrollan el decálogo de entornos de trabajo saludable que participan en GOTIS / Número total de UTIS que participan en GOTIS.

En relación a este indicador se ejecutó 1 Grupo Organizado de trabajadores informales con 10 trabajadores en 6 unidades de trabajo, dedicados a la actividad económica de venta de matas ornamentales quienes implementaron el decálogo donde permitió evidenciar el mejoramiento de la percepción de la afectación de la salud por el trabajo, identificar riesgos y desarrollar acciones para mitigarlos, uso de elementos de protección personal, socialización del proceso de afiliación.

Numero de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables / Número total de UTIS caracterizadas.

Este indicador se mantiene en CERO debido a que de las 356 unidades de trabajo caracterizadas aún no se ha cerrado los procesos de acuerdo a la periodicidad establecida en lineamiento el cual va por 4 meses; sin embargo se ha avanzado en el desarrollo de acompañamientos mensuales enfocados a la educación de las y los trabajadores de acuerdo a riesgos priorizados con el fin de lograr la implementación del 100% de los planes de trabajo de las UTIS y así mejorar las condiciones de salud y trabajo.

Número de personas con prueba positiva y con activación de ruta efectiva / Número total de personas con prueba realizada y resultado positivo para VIH y Sífilis.

Durante el desarrollo de los Centros de Escucha con personas en ejercicio de prostitución, se ha aplicado 45 pruebas rápidas de VIH y 45 pruebas rápidas de sífilis, encontrando 3 casos positivos de VIH con activación de ruta, dos de ellos se encuentra en proceso de consecución de cita y otro caso no tiene aseguramiento, se volvió a pedir visita por SISBEN siguiendo en espera.

Número de personas en ejercicio de prostitución que modifican la percepción del riesgo relacionada con su salud / Número de personas que participan en las acciones de centros de escucha.

Durante las actividades desarrolladas en los centros de escucha se ha abordado 188 personas en ejercicio de prostitución desplegando temas de fortalecimiento de habilidades para la sana convivencia, rompiendo mitos e imaginarios en la salud, fortalecimiento en temas relacionados con la salud como salud sexual reproductiva, infecciones de transmisión sexual, uso adecuado de preservativo, hábitos saludables, además se realiza entrega de 1334 preservativos. Dichas actividades se realizan con el fin de educar en la percepción del riesgo relacionado con la salud.

Trabajo infantil y Trabajo adolescente

Número de Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil / Número total de Niños y Niñas trabajadores caracterizados.

Este indicador se mantiene en CERO ya que no se ha cerrado ningún caso debido a la periodicidad de cierre de casos a 4 meses, sin embargo se abrió 150 casos avanzando en el despliegue de actividades tanto con niños como con cuidadores o acudientes para el fortalecimiento de las 10 habilidades para la vida aportando a la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.

Número de Adolescentes con promoción de trabajo protegido / Número Total de adolescentes trabajadores caracterizados

Dado que no se ha cerrado ningún caso de adolescente trabajadores se mantiene

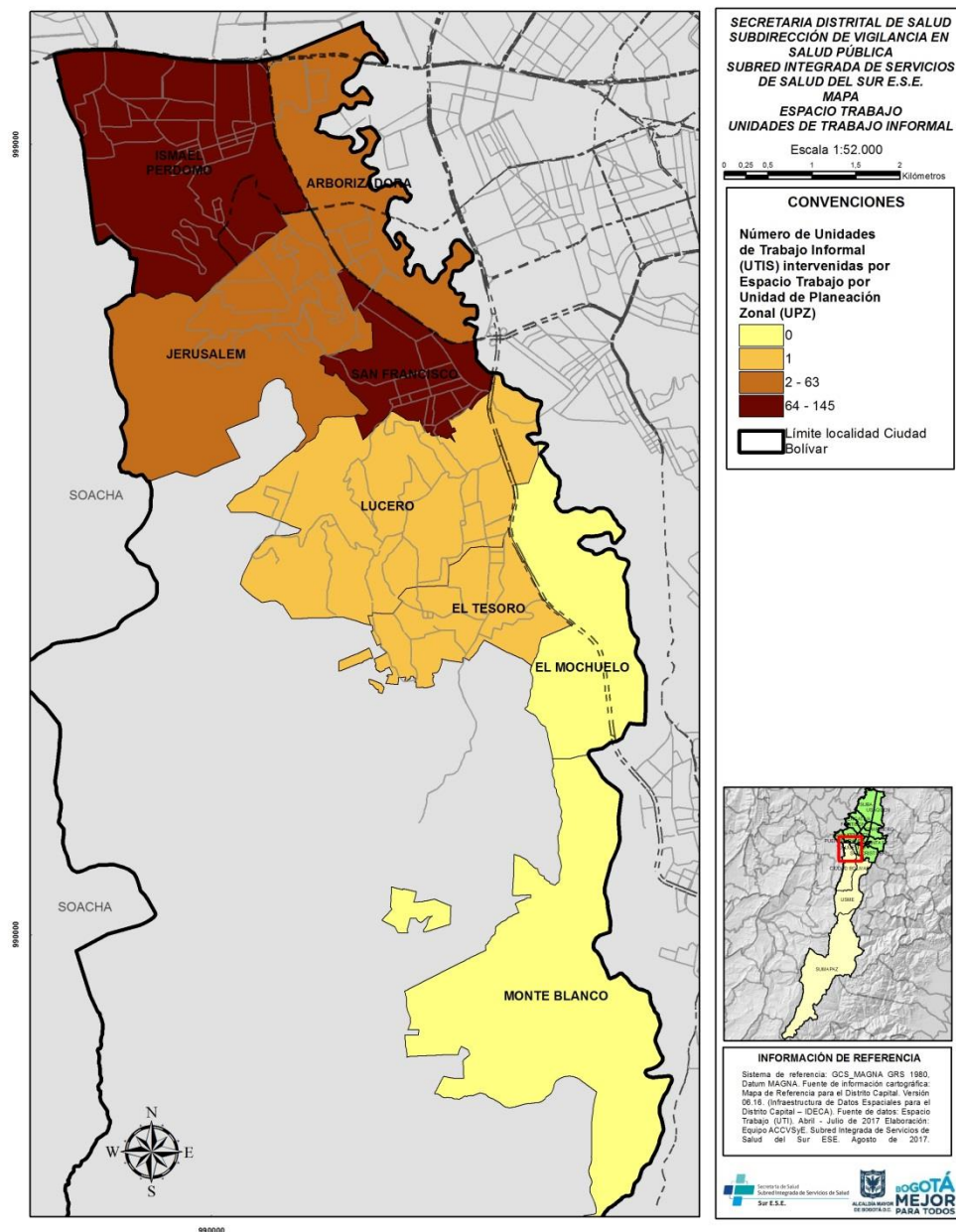
el indicador en CERO, sin embargo se avanzó en la apertura de 45 casos logrando el despliegue de temas relacionados con 10 habilidades para la vida aportando a lograr desvinculación de las peores formas de trabajo infantil y temas relacionados con deberes y derechos, salud sexual y reproductivas y hábitos de vida saludables.

En relación a las activaciones de ruta a nivel intersectorial se obtiene que durante la vigencia informada se realizó 74 activaciones de ruta de las cuales 33 se direccionan a intersectorialidad, 31 sectoriales por síntomas de alarma y 9 para aseguramiento. En relación a los niños, niñas y adolescentes trabajadores se activa ruta a 248 niños, niñas y adolescentes trabajadores siendo 206 para intersectorialidad, 33 para crecimiento y desarrollo y 9 para aseguramiento.

Como experiencia significa el espacio trabajó con una usuaria que laboraba dentro un establecimiento donde se ejerce la prostitución. Dentro de las actividades desarrollas en un recorrido por el sector, la usuaria se acercó a la psicóloga del equipo PEP, manifestando que ella ejercía dicha labor de manera esporádica, ya que se encontraba en búsqueda de empleo, pero que en su carrera de base como auxiliar de enfermería le pedían muchos requisitos y experiencias que por falta de oportunidades no las había adquirido, indica su necesidad de obtener fuentes de empleo estables y que le permitan no sentirse “mal consigo misma” ya que para ella “esto no es vida”.

Razón por la cual el equipo busco diversas opciones de empleo que le permitan o sean viables para ella, se realiza el envío de las mismas a la usuaria para que envíe la documentación que se requiere y pueda empeñarse en su profesión. Dentro de las opciones se encuentra una oportunidad laboral, en la cual hace las labores de auxiliar de enfermería por turnos en eventos de concurrencia masiva, teniendo un salario y demás prestaciones, sino que según indica se tiene unas ayudas adicionales, como lo son refrigerios o alimentación cuando dichos turnos son extensos de horario. De igual forma se le siguieron enviando otras opciones que también se tenían a través de las convocatorias abiertas y que puedan ser de utilidad para ella. En la actualidad indica que no se encuentra ejerciendo la prostitución sino trabajando como auxiliar de enfermería.

Mapa 8. Unidades de Trabajo Informal intervenidas desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio de 2017.

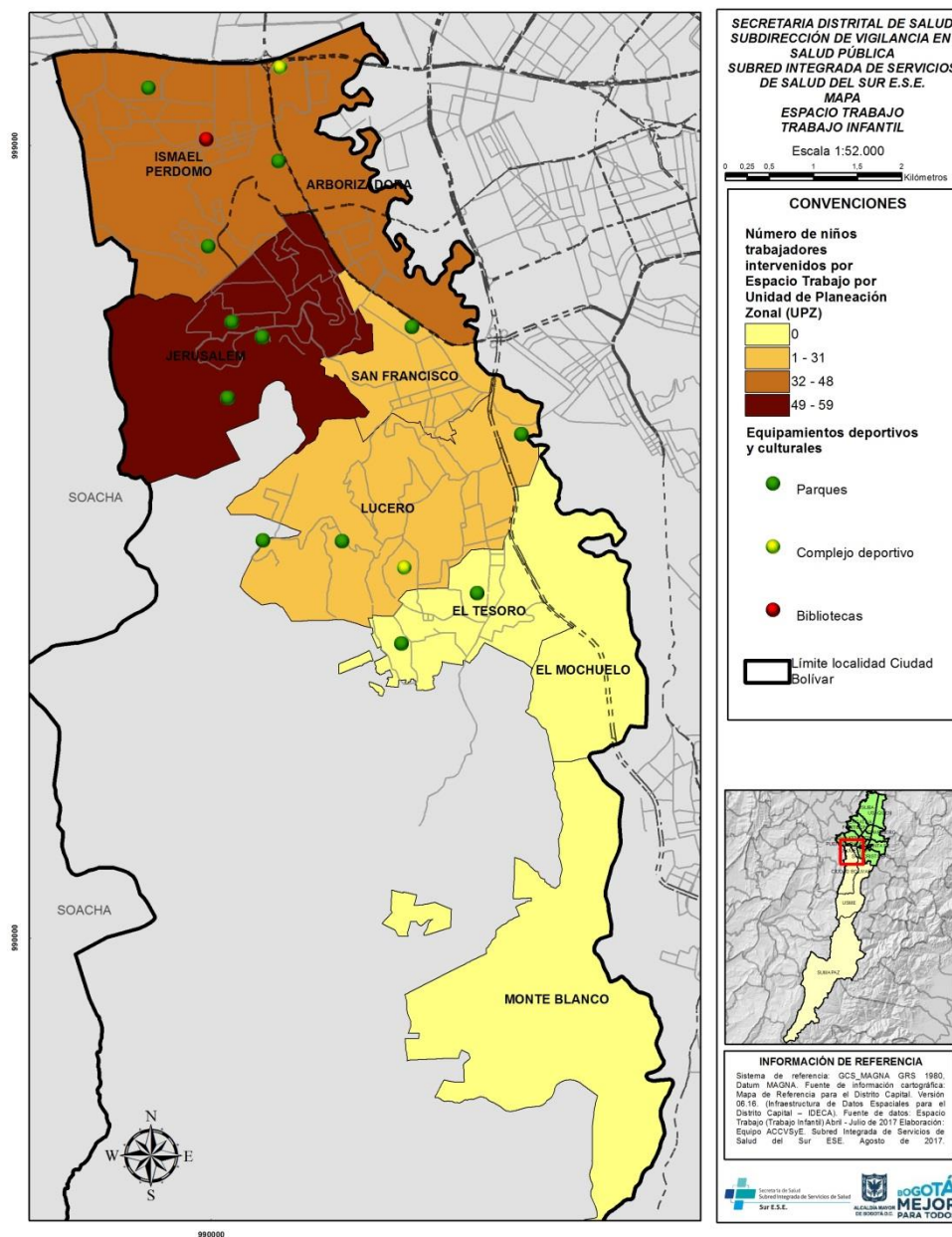


Se visibiliza en el mapa la descripción de las zonas más relevantes en relación a la ubicación de las unidades de trabajo informal intervenidas en las 3 localidades urbanas de la subred SUR en el periodo abril – julio de 2017. Las acciones desarrolladas en cada una de las unidades de trabajo informal obedecen a una búsqueda activa, caracterización en condiciones de salud y trabajo que permite

evidenciar los riesgos de exposición y las medidas de intervención a desarrollar para el control y mitigación de dichos riesgos, posteriormente se realiza la implementación de las acciones acordes a las medidas de intervención propuestas con el fin de mejorar las condiciones de salud y trabajo de la población identificada a través de actividades educativas y correctivas.

En relación a la localidad de **Ciudad Bolívar** se cuenta con abordaje de 272 unidades de trabajo, encontramos que la mayor concentración está en la UPZ 66 con un abordaje de 134 correspondiente al 49% de las unidades de trabajo caracterizadas para esta localidad, siendo esta zona de mucha concentración comercial evidenciando principalmente actividades económicas como restaurantes, panaderías, peluquerías, ferreterías, comidas rápidas, cafeterías entre otras. Otra de las zonas de concentración de intervenciones de unidades de trabajo informal corresponde a la UPZ 69 abordando 65 correspondiente al 24% unidades de trabajo caracterizadas siendo también una zona de alta concentración comercial relacionada con talleres de mecánica, peluquerías, ferreterías y depósitos, carpinterías, vidrierías, ventas de comida entre otras con gran exposición a riesgos de las y los trabajadores que se encuentran en la informalidad y expuestos a diferentes riesgos siendo necesario un abordaje que permita la gestión de los riesgos a través de la identificación e implementación de acciones de mejora tanto a nivel laboral como individual

Mapa 9. Casos de Trabajo infantil y adolescente intervenidos



Se puede evidenciar en el mapa las zonas más relevantes en relación a la ubicación de los casos de niños, niñas y adolescentes trabajadores intervenidos en las 3 localidades urbanas de la subred SUR en el periodo abril – julio de 2017. Dichas acciones desarrolladas con cada uno de los casos corresponde a una búsqueda activa, caracterización en condiciones de salud y trabajo evidenciando a través de ello situaciones que afectan la calidad de vida y salud de los niños, niñas y adolescentes además de la vulneración de derechos y sus redes de apoyo, posteriormente se realiza la implementación de un plan de trabajo enfocado en

temas de 10 habilidades para la vida involucrando tanto a padres como cuidadores, son dichas acciones se pretende lograr la desvinculación laboral y así impactar positivamente en la salud y bienestar de dicha población.

En relación a la localidad de **Ciudad Bolívar** se cuenta con abordaje de 261 casos de niños, niñas y adolescentes con mayor concentración en la UPZ 70 con 137 casos correspondientes al 52% del total de casos abordados para la localidad, esta zona es considerada de gran ubicación comercial donde los niños, niñas y adolescentes desarrollan actividades laborales ya sea con sus padres o con otras personas, la gran mayoría no reciben un salario desarrollado dichas actividades como ayuda al grupo familiar o a cambio de otros servicios como ropa o alimentación. El desarrollo de dichas actividades laborales expone a los niños a riesgos como químico, biomecánico, biológico por el desarrollo de estas actividades en unidades de trabajo como talleres de mecánica, papelerías, restaurantes entre otros.

5.5. Vigilancia sanitaria

5.5.1. Caracterización del espacio, programa o procesos

La Vigilancia Sanitaria se orienta a la caracterización e identificación de factores de riesgo, asesoría y asistencia técnica, levantamiento de planes de mejoramiento, aplicación de medidas sanitarias, promoción de buenas prácticas e investigación epidemiológica de campo de eventos mórbidos relacionados con determinantes ambientales.

A su vez la Vigilancia Ambiental se enfoca en el monitoreo y control permanente a diferentes factores de deterioro ambiental, contaminación atmosférica, contaminación hídrica, contaminación auditiva, electro-polución y contaminación visual que pueden afectar los recursos naturales y su funcionalidad, y consecuentemente a la salud de la población.

En este sentido la vigilancia de la salud ambiental, tiene como propósito impactar positivamente los determinantes sociales de la salud³, a través de la ejecución de acciones desarrolladas en el marco de las normas sanitarias internacionales y nacionales establecidas para dicho fin, documentos CONPES, acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, la atención primaria en salud –APS- y las metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

La intervención de VS se da acuerdo a líneas de intervención, la línea de Alimentos Sanos y Seguros: esta línea busca identificar factores de riesgo relacionados con la

³ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. http://www.who.int/social_determinants/es/

presencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Esto se realiza mediante seguimiento sanitario a establecimientos en los cuales se preparan y comercializan alimentos, con el fin de lograr la eliminación de factores de riesgo relacionados con la presentación de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS). Los principales eventos mórbidos y mortales cuya prevención contribuye esta línea, son los casos individuales o brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA y priorizar la inspección de vehículos con enfoque de riesgo.

La recolección de la información se realiza mediante el diligenciamiento de los instrumentos que están dispuestos para cada línea de acción y puntos críticos. La información se almacena en el sistema SISA, mediante el cual se hace seguimiento a la ejecución mensual de metas y al cumplimiento presupuestal de las mismas.

La información de las cuatro localidades que conforman la subred sur, se presenta de manera unificada para el componente de vigilancia en salud ambiental. Cada uno de los profesionales que conforman el componente, garantiza que la información que se obtenga sea confiable.

Línea de Seguridad Química:

Esta línea busca verificar el adecuado uso, manejo, expendio y almacenamiento de las sustancias químicas que con ocasión del desarrollo de las actividades que las emplean, pueden implicar riesgos para la salud pública y la contaminación del ambiente, a través de las visitas de inspección, vigilancia y control. También se vigila los eventos en salud derivados de la exposición a sustancias químicas (intoxicaciones agudas y crónicas), la gestión de riesgos relacionados con el manejo de las mismas y la gestión de residuos generados en los espacios de vida cotidiana (educativo, público, vivienda, trabajo).

Esa línea se desarrolla mediante estrategias de información y comunicación, enfocadas a mejorar el conocimiento sobre normatividad sanitaria, factores de riesgo, efectos en salud y gestión de riesgo químico; dirigidos a trabajadores y a comunidad en general.

Línea de Medicamentos Seguros:

Mediante visitas de Inspección, Vigilancia y Control a actividades educativas se contribuye a la defensa de los derechos de las personas a que le sean suministrados medicamentos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, de calidad, gestionándolos integralmente en procura de un ambiente sano y previniendo y mitigando los riesgos que produce su inadecuado manejo.

Línea de Aire, Ruido y REM:

En los operativos de control de espacios 100% libres de humo, se busca minimizar y controlar los riesgos debido a la exposición del humo del cigarrillo, como factor contaminante del aire.

Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico:

Mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias en viviendas y establecimientos abiertos al público, con el fin minimizar y controlar los riesgos sanitarios que afectan a la población.

Línea de Eventos transmisibles de origen zoonótico:

Prevenir en un 100% la presencia de casos de rabia humana autóctonos en el Distrito. Prevenir la transmisión de zoonosis mediante la generación de hábitos y competencias en las personas para una sana convivencia con animales.

5.5.2. Resultados

Las intervenciones se realizan en todo el territorio de la Localidad de Ciudad Bolívar, la cual está conformado por ocho (8) UPZ y una (1) UPR, interviniendo los diferentes puntos críticos de cada una de las siete (7) líneas de intervención, a su vez se prioriza aquellos establecimientos y/o actividades económicas que representan mayor riesgo para las comunidades y el ambiente.

Según lo programado por la SDS y lo ejecutado por el equipo de técnicos y profesionales del componente se cuenta con un porcentaje de ejecución del 89,7% (n=48146) de las 53624 actividades programadas. En el periodo Abril – Julio 2017 en la subred sur se realizaron 9229 visitas a establecimientos institucionales, industriales y comerciales de las cuatro localidades de la sub red sur por cada línea de intervención definidas en la política de salud ambiental para Bogotá D.C 2011 – 2023 y en cumplimiento de las normas sanitarias del Distrito.

En la acción de establecimientos vigilados y controlados, el mayor número de visitas de inspección vigilancia y control se dan en la línea alimentos sanos y seguros con el 47,1% (n=4354), seguida de la línea de calidad de agua y saneamiento básico con el 25,3% (n= 2337). La línea de Seguridad Química realizó 2066 visitas a establecimientos dando cumplimiento al 100% de la programación.

La localidad de Ciudad Bolívar desarrolla el mayor número de actividades, seguida de la localidad de Usme esto se tiene en cuenta por la densidad poblacional y de establecimientos abiertos al público.

En las cuatro localidades de la subred sur se han realizado 87 inspecciones a viviendas en el periodo de abril a julio de 2017 en respuesta a solicitudes por parte de la comunidad en tenencia inadecuada de animales el 56,3 % (n= 49), visita integral de vectores el 25,2% (n= 22) y viviendas en alto riesgo el 60% (n=16).

En los meses de abril a julio de 2017 se capacitaron 1787 personas, las líneas con mayor número de personas sensibilizadas en su orden son: Alimentos Sanos y Seguros con 1501 personas donde se ha logrado realizar un proceso de formación en temáticas sobre el manejo higiénico de alimentos y bebidas; prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos y la línea de seguridad química con 257 personas logrando capacitar a la comunidad en legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, seguridad industrial, manejo seguro de sustancias químicas y manejo de residuos peligrosos.

Control de población canina y felina, en los meses de abril a julio de 2017 se logró realizar un total de 7972 esterilizaciones gratuitas teniendo la mayor cobertura en el mes de mayo con 3386 y julio con 2213. La localidad que ha realizado mayor número de esterilizaciones es la localidad de Usme con 4068 esterilizaciones y Ciudad Bolívar con 3564 buscando controlar la población canina y felina y sensibilizar a la comunidad beneficiada en el programa sobre la tenencia responsable de animales.

De abril a julio 2017 se vacunó un total de 31026 animales de los cuales el 68,6% (n= 21302) fueron caninos y el 31,4% (n=9724) felinos. Las localidades que han vacunado el mayor número de animales son la localidad de Usme y Ciudad Bolívar teniendo en cuenta que estas localidades tienen el mayor número de población canina y felina en la sub red.

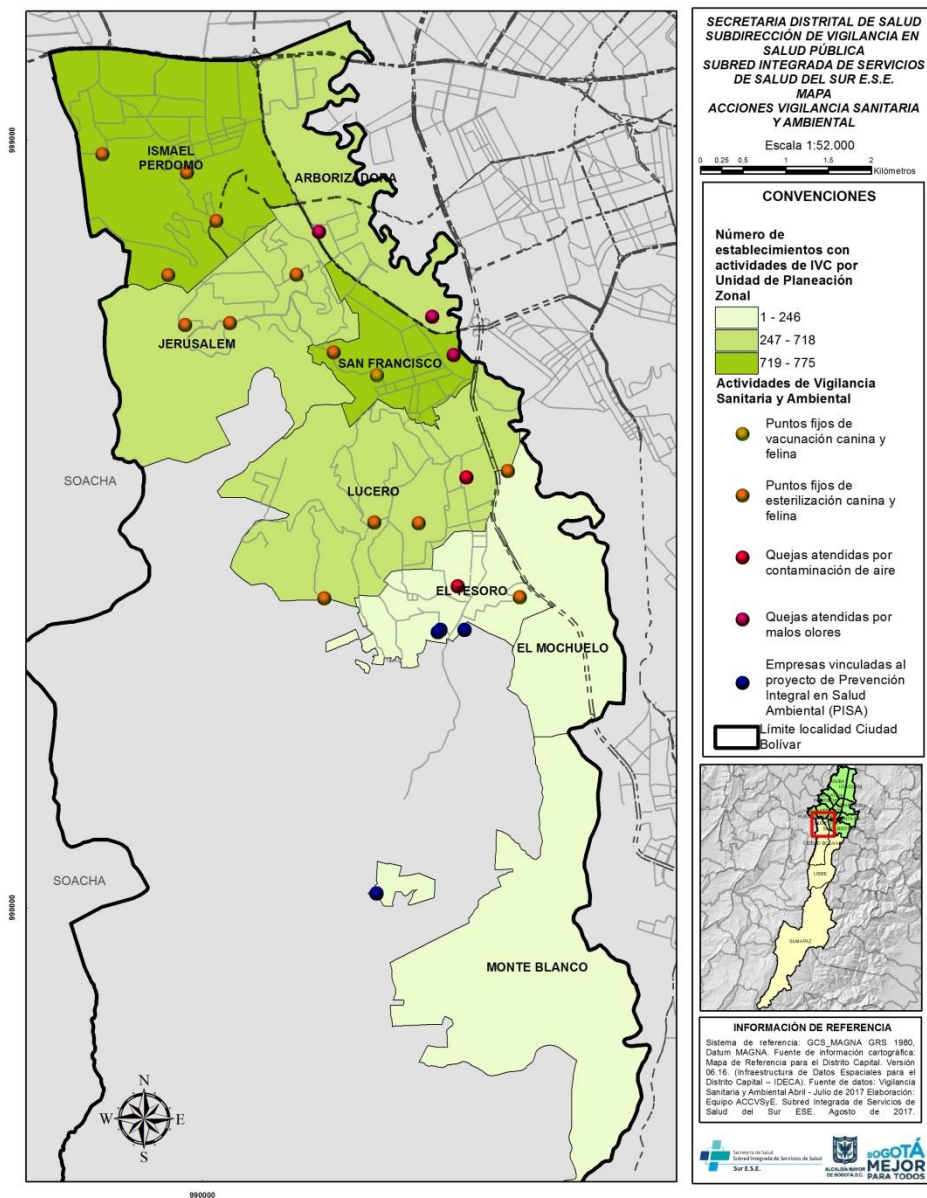
Localidades	Líneas de Intervención	Programado	Ejecutado	%
Ciudad Bolívar	Alimentos	1709	1266	74,1
	Seguridad Química	894	894	100,0
	Saneamiento Básico	1209	1175	97,2
	ETÓZ	35	16	45,7
	Medicamentos Seguros	219	152	69,4
	Total	4066	3503	86,2

Como experiencia exitosa, se relata las intervenciones que se realiza como acción de vigilancia intensificada Prevención Integral en Salud Ambiental-PISA. Estas acciones se realizan desde 2009, a través del Hospital Vista Hermosa E.S.E., hoy Subred Sur, las actividades están orientadas a la implementación de un Sistema de Gestión en Salud Ambiental en el sector industrial, cuyo objetivo principal ha sido el de promover las buenas prácticas operativas que permita minimizar los impactos en la salud humana y al ambiente, producidos en razón de las diferentes actividades

económicas, fomentando una cultura de protección de la salud humana, la preservación ambiental y el sostenimiento de las empresas vinculadas de las diferentes localidades asignadas.

El proyecto PISA brinda apoyo y fortalecimiento a los industriales a través del diagnóstico, plan de trabajo, asesoría y capacitación permanente en cada uno de los componentes que propone el proyecto (Manejo de Residuos Peligrosos, Manejo Seguro de Sustancias Químicas con énfasis en la implementación del Sistema Globalmente Armonizado SGA, La Gestión del Riesgo, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, Saneamiento Básico Industrial, Componente Ambiental y Evaluación del Sistema), para mejora de sus procesos y a la vez dar cumplimiento a las exigencias requeridas por las entidades de salud y ambiente. En el periodo abril- julio 2017, se han beneficiado 20 empresas vinculadas al programa.

Mapa 10. Acciones Vigilancia Sanitaria y Ambiental. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio 2017



5.6. Vigilancia Epidemiológica

5.6.1. Caracterización del Espacio, Programa o proceso

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, (estructura y dinámica poblacional), vigilancia epidemiológica (condiciones de salud), servicios de salud (respuesta a estas condiciones de salud) y la relación de las condiciones ambientales y la salud (vigilancia sanitaria y ambiental).

El desarrollo de este abordaje a través de diferentes métodos y estrategias (vigilancia pasiva, activa, rutinaria, intensificada, centinela), implica tres acciones integradas entre sí, para el logro de su propósito:

1. Gestión de la información para la VSP
2. Intervenciones individuales y colectivas en la VSP
3. Análisis y retroalimentación de la información de la VSP

Bajo este contexto, se estructura la operación y desarrollo de la VSP desde el Plan de Intervenciones Colectivas para el Periodo abril de 2017 a febrero de 2018, teniendo en cuenta para ello el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública del nivel nacional "SIVIGILA" y el "SIVIGILA DC". Fluirá a través de ocho (8) componentes, en armonía con las DIMENSIONES PRIORITARIAS abordadas en el Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012 - 2021:

- 1) Vigilancia de la Salud Ambiental.
- 2) Vigilancia Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.
- 3) Vigilancia Convivencia Social y Salud Mental.
- 4) Vigilancia Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- 5) Vigilancia Salud materna/infantil y Salud sexual y Reproductiva.
- 6) Vigilancia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.
- 7) Gestión del riesgo para la atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública.
- 8) Vigilancia comunitaria para el abordaje de la Salud Pública.

La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública. Tener la capacidad de vigilar estos eventos que superan el modelo nacional, implica una estructuración de procesos y la creación de sistemas de informáticos, denominando

la completa operación integrada de los mismos "Gestión de la Información para la VSP"

Convivencia social y salud mental

Propósito de la vigilancia en salud Pública: La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública. Tener la capacidad de vigilar estos eventos que superan el modelo nacional, implica una estructuración de procesos y la creación de sistemas de informáticos, denominando la completa operación integrada de los mismos "Gestión de la Información para la VSP"

Desarrollar los procesos de vigilancia en salud pública de eventos prioritarios en salud mental, a través de los subsistemas SIVIM, SISVECOS, VESPA y SIVELCE, así como el desarrollo y actualización periódica de los indicadores de las diversas expresiones del problema de las drogas según componente: consumo, morbimortalidad, respuesta social y delito asociado.

La intervención se realiza en el 100% de los eventos notificados.

SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) Violencia intrafamiliar, Maltrato infantil, Violencia sexual, Violencia de genero.

SISVECOS (Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida) Ideación suicida, Intento suicida, Amenaza suicida, Suicidio consumado.

VESPA/ODISPA (Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias Jpsicoactivas) Niños menores de 13 años con consumos abusivo de sustancias psicoactivas, Gestantes con consumo abusivo de sustancias psicoactivas

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa) Lesiones de causa externa en espacio vivienda, asociadas a caídas, quemaduras y accidentes domésticos. En menores de cinco años, gestantes y adulto mayor de setenta años. En espacio educativo caídas de altura, agresiones y lesiones no intencionales.

Subsistema de vigilancia epidemiológica para la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM

Tabla 11. Distribución de notificación por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	170	298
MAYO	543	885
JUNIO	272	480
JULIO	464	716
TOTAL	1449	2379

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

La localidad que mayor número de notificaciones en los meses de abril a julio de 2017 fue Ciudad Bolívar con n= (1449) reportes, seguida por la localidad de Usme con n= (705) reportes, en tercer lugar Tunjuelito con n= (224) notificaciones.

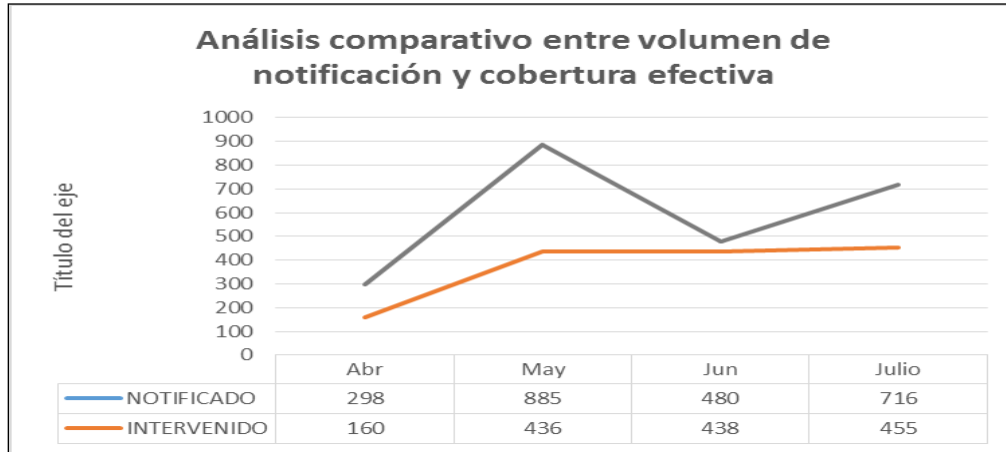
Tabla 49. Número de casos caracterizados Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	111	160
MAYO	239	436
JUNIO	286	438
JULIO	313	455
Total	949	1489

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

En la tabla se identifica que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Ciudad Bolívar con $n= (949)$, seguida por la localidad de Usme con $n= (439)$ caracterizaciones, y Tunjuelito con $n= (101)$ eventos abordados.

Grafica 1. Análisis comparativo entre volumen de notificación y cobertura efectiva por caracterización Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017



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

Para el mes de abril se presentó un volumen de notificación de $n= (298)$ reportes, con una oportunidad en la efectividad de cobertura de $n= (160)$ caracterizaciones, para el mes de mayo un volumen de notificación de $n= (885)$ reportes, para una efectividad en cobertura de $n= (436)$ caracterizaciones. Para el mes de junio un volumen de notificación de $n= (480)$ reportes, para una efectividad en cobertura de $n= (438)$, y en el mes de julio n volumen de notificación de $n= (716)$ casos, para una efectividad en cobertura de $n= (455)$.

Frente a estos datos se identifica el Subsistema de Vigilancia SIVIM presenta una inoportunidad en la cobertura de las caracterizaciones, en relación alto volumen de notificaciones, esto relacionado con las condiciones de alta densidad poblacional por la cual está conformada la subred Sur, en especial por las localidades de Ciudad Bolívar y Usme. En segunda instancia el trabajo sostenido y sistemático que se realiza en el mantenimiento de UPGD y Unidades Informadoras como fuentes de notificación continúa. Y en tercer lugar una incidencia socio-cultural de familias multi-problemáticas asociados a factores de predisposición de sus historias de vida (alcoholismo, desplazamiento, vulnerabilidad económica y hacinamiento entre otros).

Tabla 50. Número de casos caracterizados por violencia sexual Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Violencia	Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
SEXUAL	ABRIL	11	26
	MAYO	33	54
	JUNIO	32	48
	JULIO	46	71
	Total	122	199

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

Los meses de abril a julio de 2017 la localidad que mayor incidencia de eventos de violencia sexual con caracterizaciones efectivas fue Ciudad Bolívar con un n= (122), seguida por la localidad de Usme con n= (61) atenciones y en tercer lugar Tunjuelito con n= (16) casos caracterizados.

Los resultados evidenciados en la tabla ratifican que la localidad de mayor riesgo frente a la violencia sexual es Ciudad Bolívar, tendencia que se mantiene en otras violencias, siendo determinante su densidad poblacional como factor predisponente.

Tabla 51. Población con caracterización y priorizada para activación, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	0	0
MAYO	20	45
JUNIO	40	75
JULIO	50	85

Total	110	205
--------------	------------	------------

Fuente: Informe de Gestión Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E
Abril – Julio 2017

El periodo Abril a Julio de 2017 desde el Subsistema de Vigilancia SIVIM realiza reporte de activación de ruta en la población caracterizada, según sus necesidades identificadas y población con eventos especiales.

Para tal fin se genera el diligenciamiento de formatos de activación de rutas para prioridades altas o se generan articulaciones con los COIS (Centros de orientación e Información en salud) de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito con el fin de direccionar los usuarios en quienes se identifiquen dificultades en accesibilidad.

Dentro de las poblaciones priorizadas para reporte a espacio vivienda, se estableció desde nivel central todos los menores de 5 años con evento asociado a violencia sexual, violencia económica y población gestante con cualquier tipo de violencia.

Subsistema de vigilancia epidemiológica para las conductas suicidas

La disminución de la notificación durante el mes de Abril se analiza por variable administrativa estructural asociada a la contratación de talento humano, estipulada para el inicio de vigencia para el Plan de Intervenciones Colectivas Abril 2017 a Febrero 2018, durante el mes de Junio se presenta variable estructural asociada al paro de maestros distrital y nacional, el cual se mantuvo aproximadamente un mes. Es de aclarar, que se encuentra mayor prevalencias para la identificación y notificación de eventos para las instituciones educativas para los eventos asociados a ideación suicida y amenaza suicida. En comparación al evento de Intento Suicida, donde la mayor prevalencia se presenta para el Intento Suicida.

Tabla 52. Distribución de notificación por localidad y mes, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017

MES/LOCALIDAD	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	82	150
MAYO	122	314
JUNIO	108	203
JULIO	172	324

TOTAL	484	991
--------------	------------	------------

Fuente: Tablero de seguimiento SISVECOS SDS Abril 2017

Se identifica que a partir del cumplimiento del decreto 641 de 2016, la Localidad de Usme, presenta un incremento en la notificación, en relación a la localidad de ciudad bolívar, la cual presenta disminución significativa, a razones puede encontrarse la no cobertura a partir de asistencias técnicas y adaptabilidad de talento humano, e inicio de identificación y análisis con miradas holísticas para cuatro dinámicas locales particulares.

Tabla 53. Distribución caracterizaciones de riesgo por localidad y mes Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

MES/LOCALIDAD	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	40	71
MAYO	97	260
JUNIO	103	220
JULIO	123	241
TOTAL	363	792

Fuente: Informe de Gestión Abril 2017 – Julio 2017

El comportamiento en relación a las caracterizaciones de riesgo (IEC), se encuentran sujetas a dos variables 1. Talento Humano contratado regido por tiempos y movimientos equivalentes a 4.5 Horas por caso, el cual incluye caracterización del evento y seguimiento y 2. Antecedente y actual comportamiento de la notificación de los eventos SISVECOS. Es de informar que la transición de cambio administración trae consigo disminución de recurso económico por lo tanto influye en las dinámicas de contratación de talento humano y en la ejecución de la IEC, esta última asociada a la disminución de tiempos de ejecución de las IEC en 1.5 Horas.

Administrativamente se encuentra una cobertura a partir de las caracterizaciones de riesgo por SISVECOS del 80% (n=792), frente a lo notificado. Actualmente se encuentra establecido para SISVECOS subred Integrada de Servicios en Salud cumplimiento de acuerdo a la dinámica de la notificación.

Importante resaltar que durante la vigencia Septiembre 2016 – Marzo 2017, la notificación era superior a lo que se lograba caracterizar, de acuerdo a lo negociado por nivel central. Por lo cual, la notificación no abordada, fue objeto de priorización para esta vigencia, lo cual es otro punto a tener en cuenta frente al comportamiento de la notificación SISVECOS.

Durante el periodo Abril–Julio 2017, se generaron un total 57 casos fallido para la facturación de seis (6) casos. Esto de acuerdo a lo estipulado por nivel central donde, por cada tres casos fallidos se factura un caso, con el cumplimiento de tres de cinco criterios como: Llamada telefónica, Desplazamiento al lugar de reporte de dirección, no aceptar visita, verificación por Plan Ampliado de Inmunizaciones o Comunicación con EAPB.

Tabla 54. Distribución de eventos caracterizados SISVECOS por mes y localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Evento	Ciudad Bolívar Abril		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	11	16	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	1	2	Amenaza Suicida
Intento Suicida	4	5	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	1	Suicidio Consumado
Total	16	24	Total
Evento	Ciudad Bolívar Mayo		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	12	38	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	1	0	Amenaza Suicida
Intento Suicida	15	31	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado

Total	28	69	Total
Evento	Ciudad Bolívar Junio		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	20	34	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	2	2	Amenaza Suicida
Intento Suicida	13	30	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
Total	35	66	Total
Evento	Ciudad Bolívar Julio		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	26	55	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	4	2	Amenaza Suicida
Intento Suicida	10	26	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
Total	40	83	Total

Fuente Base de trabajo Interna SISVECOS Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E. Enero – Julio 2017

Los evento con mayor prevalencia en SISVECOS caracterizados durante el periodo Abril – Julio 2017, es la Ideación Suicida correspondiente al 60% (473), Intento suicida 32% (249) y la Amenaza Suicida 8%, (n=63). Durante este periodo se presentaron casos de conducta suicida asociado al Juego la Ballena Azul, sin ninguna identificación o notificación con resultado fatal para las localidades de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E, dicha práctica fue mantenida e incrementada por el mal uso de los medios de comunicación frente al manejo en temas relacionados en Salud Mental. Lamentablemente no se contó con un diagnostico en relación a dicha problemática presentada, a su vez no se evidencia

una respuesta integrada desde los diferentes sectores que a consideración deben ser parte de la respuesta.

Un aspecto, identificado es que a nivel intersectorial se le atribuye una única respuesta a las conductas suicidas al sector salud, lo cual se sugiere ser reconstruido, y el cual ha sido abordado desde la mesa institucional de salud mental en el cual se ha iniciado con la sensibilización de los participantes en dicha mesa así como la construcción de estrategias para promover acciones intersectoriales.

Tabla 55. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total
ABRIL	0	0
MAYO	20	45
JUNIO	40	95
JULIO	50	95
Total	110	235

Fuente: Informe de Gestión Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E Abril – Julio 2017

Durante el periodo Abril – Junio 2017, se estableció desde nivel central el cumplimiento para el reporte de a espacio vivienda donde casos de gestantes con cualquier topología de conducta presentada, Suicidios consumados en cualquier curso de vida, intento suicida en menores de 14 años, casos con riesgo severo, a partir del diligenciamiento de matriz en Excel en la cual el profesional que realizó la caracterización relacionará el plan de acción generado en conjunto con el usuario/ o cuidador cuando sea requerido. De acuerdo al seguimiento generado por el Espacio Vivienda vía correo electrónico durante el Periodo Abril – Julio se identifica para la Localidad de Usme 21 casos con seguimiento y 11 Casos sin seguimiento con justificación asociada a Dirección Errada (n=5), rechazo de la visita (n=3) y no vive en la dirección reportada (n=3). Localidad Ciudad Bolívar casos con seguimiento (n=24) y 12 casos sin seguimiento con justificación dirección errada (n=8), no vive en la dirección reportada (n=2), y rechazo de la visita (n=2). Para la Localidad de Tunjuelito se encuentran 5 casos con seguimiento.

Para las generadas por SISVECOS a activaciones de ruta de prioridades altas, no se cuenta con base para verificación, de respuesta frente a estado de caso activado.

Frente al procedimiento de activación de ruta, es importante su evaluación a raíz de las siguientes falencias identificadas:

1. Se identifica actualmente dos mecanismos para la activación de rutas. Lo cual se presta para malinterpretaciones (mala calidad e inoportunidad). Es de aclarar que esto se encuentra establecido desde nivel central a partir del lineamiento. Existe para SISVECOS 2 formatos para activar una Ruta.
2. Se sugiere el fortalecimiento técnico al equipo asistencial y del plan de intervenciones colectivas frente a la utilización del formato. A su vez, es fundamental delimitar funciones asociadas al seguimiento de lo que se active o se genere reporte de ruta. Actualmente no se cuenta con portafolio de servicios intersectoriales, por tal motivo la activación a lo intersectorial no cuenta con una incidencia significativa.

Durante la vigencia Septiembre 2016 a la fecha la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E generó el fortalecimiento de la mesa en Salud Mental a partir de la estrategia de Modelo Integral de Salud PIC – POS, con la participación de la referente de Salud Mental de la Subred Sur (POS), Líder de Vigilancia en Salud Pública del componente de Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, SIVELCE Y VESPA) y Profesional GPAISP – Salud Mental, con el fin de difundir las acciones que se ejecutan, los hallazgos identificados y las acciones a trabajar para lograr incidir en los siguientes aspectos 1. Documentar y afianzar a partir de la experiencia (resultados) la ruta preliminar en salud Mental para la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E 2. Incidir de manera oportuna en la identificación de riesgo que requiera de atenciones integrales desde lo asistencial y 3. Proveer información oportuna y con calidad, entre lo asistencial y el plan de intervenciones colectivas que permitan generar oferta de servicios acordes a las dinámicas locales identificadas

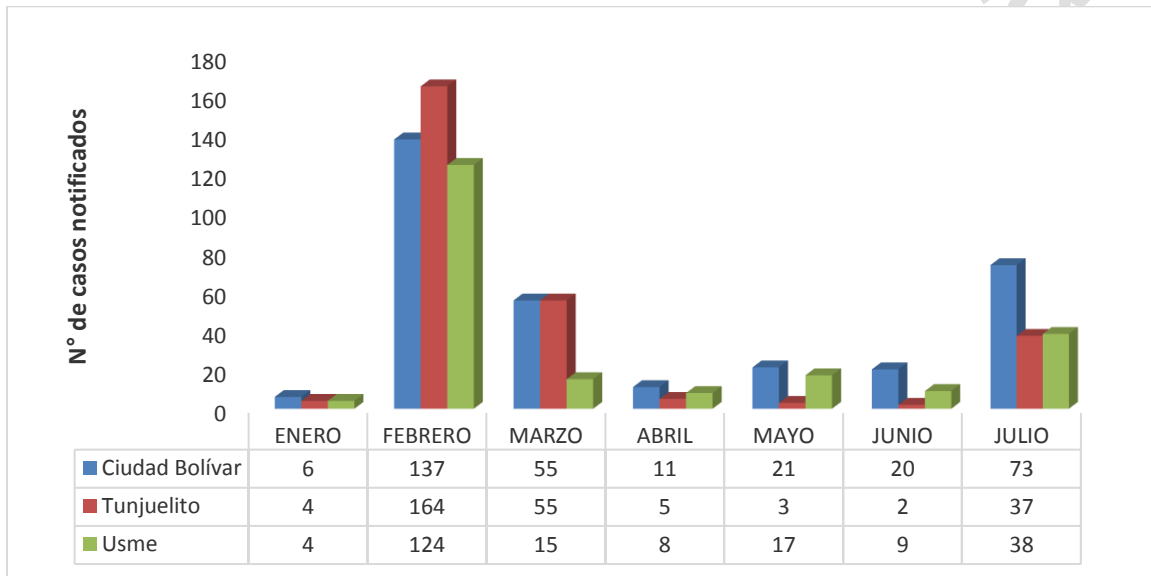
Como acciones a implementar es realizar de manera sistemática la documentación de los casos en los cuales se ha iniciado el trabajo desde la identificación del riesgo, lo asistencial y lo intersectorial.

Otro aspecto a implementar, es la captura de variables que permitan el análisis de variables como imaginarios en conductas suicidas, percepción de riesgo no atribuida por lo institucional si no por el usuario y verificar alternativas de capturas de narrativas diferentes a las actualmente identificadas “narrativa del daño”

Subsistema de vigilancia epidemiológica en sustancias psicoactivas – VESPA

Para el periodo Enero – Julio 2017, se cuenta con una notificación de 810 eventos correspondientes a la subred Sur, de las UPGD caracterizadas a nivel distrital. Para los meses de Febrero y Marzo se idéntica un incremento en la notificación atribuido a los CAMAD puestos desde el espacio Público, durante los siguientes meses la notificación solo corresponde a la UPGD Tunjuelito la cual es la única con la que se cuenta para la subred sur y el incremento en julio corresponde a la notificación originada desde los centros de acogida del espacio público.

Gráfica 1. Distribución de la notificación distrital VESPA, Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E



Fuente: Base VESPA distrital. Enero – Julio 2017

Subsistema de vigilancia de lesiones de causa externa - SIVELCE

Tabla 56. Distribución de notificación por localidad abril a julio año 2017 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

MES	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	78	204
MAYO	67	321
JUNIO	106	347
JULIO	75	240

Total	326	1117
--------------	-----	------

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

La localidad que mayor número de notificaciones en los meses de abril a julio de 2017 fue Usme con n= (720) reportes a pesar que el número de UPGD caracterizadas para SIVELCE en esta localidad es menor, (2 UPGD) por lo contrario para la localidad de Ciudad Bolívar genero n= (326) reportes estando por debajo a pesar de su mayor numero de UPGD. (5 UPGD).

Se aclara que el volumen de notificaciones por LCE generadas de forma mensual no será concordantes con el volumen de caracterizaciones efectivas realizadas ante la priorización de los eventos según línea técnica SIVELCE, para lo cual se prioriza únicamente eventos de LCE en menor de 5 años y mayor de 60 años, lesiones por explosivos, pólvora o pirotecnia y lesiones por acido o corrosivos.

Tabla 57. Número de casos de menores de 5 años con evento LCE por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

MES	Ciudad Bolívar	Total Subred
ABRIL	6	14
MAYO	5	19
JUNIO	7	24
JULIO	8	26
Total	26	83

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

En la tabla se aprecia que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Usme con n= (55), seguida por la localidad de Ciudad Bolívar con n= (26) caracterizaciones, y Tunjuelito con n= (2) eventos abordados. Frente a estos datos se identifica que hay una correlación del aumento del volumen de notificación en la localidad de USME y la mayor cobertura en caracterizaciones.

Tabla 58. Número de casos para mayores de 60 años con evento LCE por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

MES	Ciudad Bolívar	Total Subred
-----	----------------	--------------

ABRIL	5	18
MAYO	4	25
JUNIO	6	24
JULIO	4	18
Total	19	85

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

En la tabla se aprecia que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Usme con n= (62), seguida por la localidad de Ciudad Bolívar con n= (19) caracterizaciones, y Tunjuelito con n= (4) eventos abordados.

Tabla 59. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

EVENTOS	ARMA DE FUEGO		ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
CIUDAD BOLIVAR	4	0	30	3	7	9
TOTAL SUBRED	6	1	54	8	23	14

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

En la tabla se aprecia que el sexo hombre es la población de mayor vulnerabilidad a sufrir LCE en todas las localidades en donde las lesiones por arma cortopunzante presenta la mayor incidencia con n= (54) lesiones, en segundo lugar el evento por arma contundente con n= (23) eventos y en tercer lugar por arma de fuego con n= (6) lesionados. Para las mujeres la mayor incidencia de LCE se dio por lesiones de arma contundente con n= (14) casos, superando la incidencia en lesiones en Ciudad Bolívar con n= (9) casos por encima al hombre.

Tabla 60. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

EVENTOS	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
LOCALIDAD/SEXO						

CIUDAD BOLIVAR	22	10	4	4	1	1
TOTAL	93	26	34	14	51	38

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

Frente a los resultados para el mes de mayo se mantiene la tendencia de mayor LCE en los hombres, encabezando las lesiones por arma cortopunzante con n= (93) casos, lesiones por caída de su propia altura con n= (51) casos y arma contundente con n= (34) casos. Para la localidad de Tunjuelito la mujer presento mayor incidencia en lesión de arma cortopunzante superando al hombre con n= (3) casos.

Tabla 61. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

EVENTOS	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
CIUDAD BOLIVAR	50	12	7	10	6	0
TOTAL	103	25	30	16	49	30

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

Para el mes de Junio se mantiene la tendencia de mayor LCE en los hombres, encabezando las lesiones por arma cortopunzante con n= (103) casos, lesiones por caída de su propia altura con n= (49) casos y arma contundente con n= (30) casos. Para la localidad de Ciudad Bolívar la mujer presento mayor incidencia en lesión de arma contundente superando al hombre con n= (10) casos, a n= (7) casos para hombres.

Tabla 62. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

EVENTOS	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
CIUDAD BOLIVAR	31	8	10	0	10	1
TOTAL	76	10	21	4	35	29

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

En la tabla del mes de julio se aprecia que el sexo hombre es la población de mayor vulnerabilidad a sufrir LCE en casi todas las localidades exceptuando la localidad de Usme en Lesiones por caída de su propia altura donde la incidencia de la mujer fue mayor con n= (28) casos, en comparación al hombre que presento n= (21) eventos.

El sexo hombre encabeza LCE por arma cortopunzante con n= (76) casos, en segundo lugar el total de los eventos de lesiones por caída de su propia altura con un n= (35) casos y en tercer lugar lesiones por arma contundente con n= (21) eventos.

SIVISTRA

Proveer información de forma permanente, sistemática y oportuna para la generación de indicadores que permitan definir el perfil epidemiológico derivado de las condiciones de trabajo en el sector informal de la economía del distrito capital, como insumo para la generación o fortalecimiento de políticas orientadas a promover la restitución de derechos y garantías sociales inherentes al trabajo y prevenir daños a la vida y la salud de los trabajadores.

- Accidentes, enfermedades y manifestaciones clínicas, que puedan estar relacionados con la ocupación de los trabajadores de la economía informal.
- Caracterización y valoración de los riesgos: químico, biomecánico y psicosocial; presentes en las unidades de trabajo de la economía informal que representen una amenaza inminente para la salud de los trabajadores expuestos.

Tabla 63. Respuestas desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred integrada de servicios de salud sur, 2017

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE LA ECONOMÍA INFORMAL - SIVISTRA	ACCIÓN INTEGRADA	ACTIVIDADES / GESTIÓN INTEGRADA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Caracterización, asesoría, asistencia técnica y seguimiento a UPGD y UI.	2	12	20	23
		Gestión informática para la vigilancia en salud pública: Recepción, análisis crítico, depuración, consolidación y realimentación de la información	1	1	1	1
	INTERVEN- CIONES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Investigación Epidemiológica de Campo (Alto impacto): Eventos en salud asociados con el trabajo (accidente - enfermedad)	10	70	80	80
		Investigación Epidemiológica de Campo (Control). Eventos asociados con riesgo psicosocial.	0	0	40	23
		Articulación con ECV, programas y procesos (VSP). Reuniones con la transversalidad de trabajo y con otros dos espacios	3	3	3	3

	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	COVE temática No Transmisibles por localidad[1]	0	3	0	1
		Capítulo Componente No Transmisibles en SP para el anuario de VSP 2016	0	0	1	0
		Capítulo para Boletín epidemiológico de VSP (primer semestre 2017)	0	0	0	0
		Matrices de Seguimiento a Indicadores de VSP trimestral por localidad Producto Trimestral	0	0	0	1

De acuerdo a la proyección anterior de actividades para el subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores SIVISTRA, cumplió el 100 % de las durante el periodo correspondiente entre Abril-julio 2017.

Tabla 64. Resultados de las IEC desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA, Subred Integrada de Servicios de Salud sur, 2017

Evento	Total
Accidentes	37
Enfermedad	90
Condición Peligrosa	176
Sesiones UPDG	57

- Las actividades económicas abordadas con mayor frecuencia fueron: carpinteros, Peluqueros, Ornamentadores, mecánicos.
- Los síntomas más predominantes para enfermedad fueron: Dificultad para respirar, Dolor, inflamación y/o adormecimiento mano, cambios aparentes en la piel.
- En el caso de accidente las principales lesiones abordadas corresponden a heridas ocasionadas con máquinas y herramientas en los dedos de las manos.
- Respecto a eventos de enfermedad se dio prioridad a las patologías que pudieran estar relacionadas con riesgo químico presente en la unidad de trabajo, para efectos de accidente se investigaron eventos considerados moderados o graves, identificados en las unidades de trabajo abordadas.
- Las IEC por condición de riesgo se desarrollaron principalmente en carpinterías y talleres de metalmecánica, donde el riesgo frecuentemente identificado corresponde al nivel crítico pues existen deficientes medidas de prevención y control.

- Los principales químicos identificados fueron: Pintura inflamable, thinner, varsol, piezas de fricción con asbesto y humos metálicos.
- Las principales recomendaciones generadas corresponden a implementar mecanismos de ventilación, métodos húmedos, uso de elementos de protección individual acordes a la actividad económica.

DISCAPACIDAD

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la discapacidad, está orientado a la localización y caracterización de personas con discapacidad y la interacción con la estrategia con RBC en los niveles individual y social, favoreciendo la inclusión y la equidad en este grupo poblacional.

Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Tabla 65. Población con discapacidad en la Subred Sur Abril-Julio 2017 (n=836)

MES	CIUDAD BOLIVAR	TOTAL SUBRED
ABRIL	50	90
MAYO	128	277
JUNIO	100	249
JULIO	97	220
TOTAL	375	836

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, 2017 (Preliminar)

En la tabla se aprecia que la localidad que mayor número de registros realizó en los meses abril-Julio de 2017 fue Ciudad bolívar con el 45% (n=375), seguido de Usme con 34% (n=287), Tunjuelito con el 20% (n=171) y Sumapaz con el 0,35% (n=3). El mes de mayo se evidencia que se realizó el mayor número de registros con el 33%(n=277).

7. Cuántas y cuáles canalizaciones y activaciones de ruta fueron realizadas a nivel intersectorial, sectorial y en los espacios.

Durante el periodo abril a julio de 2017 desde la VSP Discapacidad se realiza el reporte para la activación de rutas en la población con Discapacidad de casos individuales priorizados mensualmente y según necesidad; a través de la información del registro de discapacidad se identificaron riesgos y necesidades de casos individuales de población con discapacidad.

Para los meses de Mayo y Julio se realizó articulación con COIS (Centros de orientación e Información en salud) de Tunjuelito, Usme, Ciudad Bolívar, con el fin de direccionar los usuarios en quienes se identifiquen barreras de atención en salud y población no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que deben ser canalizadas a la respectiva EAPB.

No se han identificado casos de Movilidad ni gestantes identificadas con discapacidad.

Mensualmente se ha priorizado población con discapacidad según riesgo, de acuerdo con los siguientes criterios y ha sido enviada a espacio de Vivienda:

Alta dependencia: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas que requiere ayuda permanente para Todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria, entre los 18 y 59 años y que su última actividad realizada es incapacitado permanente para trabajar sin pensión.

Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria: Población con Discapacidad en las UPZ Menor de 5 años (según edad actual), con origen de la discapacidad de alteración genética o hereditaria

Población no afiliada: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas no afiliadas al SGSSS.

Población con posible asociación de condiciones crónicas: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con origen de la discapacidad enfermedad general y dificultad para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón, entre los 45 y 74 años.

Población con afectación psicosocial: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con alteraciones permanentes en sistema nervioso y dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno, en el curso de vida adolescencia y juventud

A continuación se relacionan las tablas de población con discapacidad priorizada por Localidad:

Tabla 66. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas Localidad Ciudad Bolívar Abril-Julio 2017

CIUDAD BOLIVAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Alta Dependencia	3	7	5	4
Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria	0	1	0	0
Población no afiliada	0	0	0	0
Población con posible asociación de condiciones crónicas	1	7	3	2
Población con afectación psicosocial	0	5	5	2
Total	4	20	13	8

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, Abril-Julio 2017 (Preliminar)

Vigilancia salud materna/infantil y salud sexual y reproductiva

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) de los eventos en salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materna e infantil (SMI) comprende los procesos de identificación de casos, recolección de datos, análisis de la información, formulación de recomendaciones, desarrollo de acciones y evaluación de resultados. El desarrollo secuencial de estos procesos favorecerá la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas y políticas de promoción de la salud y prevención de complicaciones y orientará la toma de decisiones.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son el embarazo a temprana edad, defectos congénitos, morbilidad materna y neonatal extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal e infecciones de transmisión sexual Sífilis gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, C y VIH).

La metodología de recolección de la información tiene en cuenta como fuentes de información disponibles y oficiales por el nivel Nacional y Distrital, tales como: SIVIGILA, RUAF, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna basada en la Web -SVEMMBW-, Base de la Estrategia de Transmisión Materno Infantil de ITS y SIVIGILA D.C

Tabla 67. Eventos con intervención epidemiológica de campo SSR-SMI Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

LOCALIDAD	EVENTO	IEC EFECTIVA				IEC FALLIDA			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO

CB	SIFILIS GESTACIONAL	6	7	11	8	1	2	3	3
	SIFILIS CONGENITA	3	3	2	3	1	0	0	1
	MORTALIDAD PERINATAL	3	13	10	8	0	0	2	2
	MORTALIDAD MATERNA	0	0	1	2	0	0	0	0
	HEPATITIS B GESTANTES	0	1	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	12	24	24	21	2	2	5	6

Se realiza el 100% de los eventos de Interés en salud Pública que son notificados y que cumplen el criterio según los protocolos, del total de eventos recibidos el 17% son fallidas en la Subred integrada de salud Sur y la localidad que más presenta fallidas es la localidad de Tunjuelito; se evidencia información errada frente a las direcciones o cambio de residencia.

Tabla 68. Consolidado de eventos con intervención epidemiológica de campo, SSR-SMI, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

RED	EVENTO	IEC EFECTIVA				IEC FALLIDA			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
RED SUR	SIFILIS GESTACIONAL	8	15	17	13	1	3	5	4
	SIFILIS CONGENITA	5	6	3	6	2	0	0	1
	MORTALIDAD PERINATAL	9	25	23	10	2	1	4	3
	MORTALIDAD MATERNA	1	0	1	2	0	0	0	0
	HEPATITIS B GESTANTES	0	3	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	23	49	44	31	5	4	9	8

Desde el proceso SSR-SMI no se realiza por lineamiento activación de ruta, sin embargo todas las semanas los viernes se envían las bases de eventos priorizados que incluyen; Morbilidad Materna Extrema, Sífilis Gestacional y Congénita, Mortalidad Perinatal y Materna, al espacio vivienda, Promoción y Detección y se realiza articulación mensual con el fin de realizar el seguimiento a las intervenciones que realizan, se han enviado un total de 861 registros abril-julio de 2017.

Adicionalmente desde el mes de Julio se envía la base de defectos congénitos al Subsistema de la Vigilancia Epidemiológica discapacidad, aun no se ha realizado articulación.

Vigilancia seguridad alimentaria y nutricional - SISVAN

Mediante el establecimiento de acciones ordenadas y coherentes de recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información de situación alimentaria y nutricional por espacio de vida cotidiana y curso de vida, de forma tal que permita la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria de la subred integrada de servicios de salud sur.

“La desnutricion como enfermedad de origen social es la expresion última de la situacion de inseguridad alimentaria y nutricional de una poblacion y afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por deterioro de la composicion corporal y alteracion sistematica de las funciones organicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciacion del deficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energia y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energia pero ser deficiente en proteina y demas nutrientes”. (Proteccion, 2015)

Los casos de desnutricion aguda se presentan con mayor frecuencia en poblaciones afectadas por la pobreza, bajo acceso a servicios basicos de salud, agua y saneamiento basico. Situaciones que aumentan el riesgo de muerte por desnutricion, especialmente en los niños y niñas mas pequenos.

Teniendo en cuenta que la desnutricion es una problemática muticausal que se presenta de manera importante en la localidades que hacen parte de sub red sur; se avanza en la generacion de estrategias que permitan la identificacion oportuna de los casos desde la busqueda activa tanto insitucional como comunitaria y con ello lograr la intervencion con acciones educativas y de gestion intra e intersectorial tendientes a mitigar la problemática.

Aunque se desarrollan actividades de informacion, educacion y comunicación nutricional con el fin de difundir de manera masiva dentro de las comunidades la importancia la adecuada alimentacion durante la infancia teniendo en cuenta que las consecuencias de la desnutricion son irreversibles y pueden conducir a los niños mas pequenos y vulnerables a la muerte; se requiere potenciar los recursos para el desarrollo de acciones contundentes que se reflejen en la modificacion de los indicadores nutricionales, teniendo 4% de prevalencia de desnutricion aguda para la localidad de Ciudad Bolivar durante el segundo trimestre y el 3% para Usme que se ubican por encima del promedio distrital.

Se requiere el trabajo conjunto a partir del posicionamiento de la existencia de la problemática y la abogacía y la entre las diferentes entidades públicas y privadas para poner en marcha estrategias de articulación intersectorial y con ello mitigar las condiciones sociales que perpetúan las situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional asociadas a las características económicas, sociales y culturales que se relacionan con el desarrollo de la desnutrición como enfermedad infantil.

Situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son los Casos de malnutrición por déficit y por exceso en niños y niñas menores de 18 años, gestantes y personas mayores.

Vigilancia epidemiológica intensificada de la mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de cinco años, la desnutrición en niñas y niños menores de 5 años y los recién nacidos a término con bajo peso Unidades Centinela para la vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en escolares.

Se requiere generar estrategias de trabajo articulado, continuo y complementario entre los diferentes planes de beneficio del sistema de salud que permitan un abordaje integral e integrado frente a la problemática, involucrando los diferentes prestadores que hacen parte del actual modelo de prestación de servicios; complementario entre las diferentes disciplinas que permitan el manejo integral de la desnutrición como patología social y de salud en el ser humano.

Respuesta

Con relación a las intervenciones desarrolladas directamente por el subsistema se encuentran las visitas de investigación epidemiológica de campo a la población menor de 5 años con desnutrición moderada y severa, así como también a los casos de recién nacidos a término con bajo peso; frente a lo anterior se evidencia un número importante de casos que se notifican al subsistema de manera permanente que no se logran intervenir porque no se cuenta con suficiente talento humano para realizar la intervención prevista por el lineamiento contratado desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud; el cual tiene como principal objetivo para el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria en la ciudad, así como la realización de la IEC y consejería, nutricional especializada para desnutrición severa y reporte al componente de Programas del PIC para la gestión de la hospitalización o atención médica especializada (Ruta Intersectorial de Atención Integral a la Desnutrición Aguda Severa –RIA DNT Aguda)

A continuación se presenta el resultado durante el segundo trimestre de 2017

Tabla 69. Número de casos notificados al sub sistema y el número de casos atendidos Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

LOCALIDAD	TOTAL CASOS DNT AGUDA NOTIFICADOS		
	Casos Reportados SIVIGILA	Casos reportados UPGD	Casos Intervenido
19. C.BOLIVAR	58	170	61
TOTAL SUBRED SUR	90	351	108

Tabla 70. Total casos recién nacidos de bajo peso, Subred integrada de Servicios de Salud sur, 2017

LOCALIDAD	TOTAL CASOS RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO	
	Casos Reportados SIVIGILA	Casos Intervenido
19. C.BOLIVAR	60	82
TOTAL SUBRED SUR	118	154

Frente a lo anterior se propone un flujograma para organizar la atención nutricional en los casos de la población menor de 5 años identificada con desnutrición aguda moderada y severa el cual está conformado por tres momentos que suceden de manera consecutiva entre si y que integran los diferentes prestadores del sistema de salud, los cuales se describen a continuación: El primero se relaciona con la identificación de los menores con desnutrición y está a cargo del sistema de vigilancia alimentario y nutricional SISVAN.

MOMENTO 1: IDENTIFICACION DE MENORES CON DESNUTRICION

Actividad 1. El primer paso dentro de la ruta corresponde con la identificación de los casos de niños menores de 5 años identificados (notificados) con desnutrición aguda moderada o severa la cual está a cargo del subsistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) del componente de vigilancia en salud pública (VSP) al cual ingresa información desde:

- La consulta externa o los servicios de urgencias y Hospitalización de la población residente en la sub red sur a través de la notificación al Sivigila en los formatos utilizados según el procedimiento definido para tal fin.
- Atención de jornadas extramurales.

- Demanda espontanea

Actividad 2: El siguiente paso posterior a la notificación se desarrolla a partir de la realización de:

- Evaluación clínica y clasificación nutricional domiciliaria: la cual será realizada por los profesionales de nutrición que hacen parte de los equipos de SISVAN, utilizando el formato de
- ficha IEC definido por el lineamiento distrital del proceso y adicionalmente se realiza reporte de la información en el sistema de información de Historias Clínicas de la subred Sur “Dinámica” con los siguientes parámetros

Actividad 3: Se define un plan de manejo nutricional

- Se realiza atención nutricional ambulatoria o domiciliaria según los lineamientos
- Seguimiento en la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud según lo contemplado en la resolución 5406 de 2015 para el manejo extramural de la desnutrición aguda

El siguiente componente corresponde con la atención institucional de los casos identificados, la cual se desarrolla inicialmente de manera piloto en el Hospital de Meissen y se desarrolla por un equipo interdisciplinario capacitados en el manejo de la resolución 5406 de 2015 compuesto por médico pediatra nutricionista, trabajador social, y psicólogo quienes definen plan de intervención de manera conjunta.

MOMENTO 2: ATENCION INSTITUCIONAL

Referir a la estrategia institucional “Clínica de recuperación nutricional de la Subred sur” La estrategia se contempla la valoración integral del caso a partir de la conformación de un equipo integral con conocimiento y manejo de la resolución 5406 de 2015 los lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa que incluye plan de manejo e intervención por las siguientes disciplinas: Trabajador social, psicólogo y nutricionista quienes generaran plan de manejo integral para cada caso, el cual tendrá un componente de manejo institucional, así como el seguimiento al plan implementado a nivel domiciliario.

Valoración por pediatría Frente a lo cual se establece una agenda inicial de consulta en el hospital de Meissen de tres día a la semana, momento en el cual se realizara la prueba de apetito y se definirá el manejo médico del caso y según los resultados obtenidos se definirá si el paciente Requiere manejo institucional o si se continua con el manejo extramural por parte de los equipos de gestión del riesgo en salud.

Estabilizar médica y nutricionalmente en caso de que se requiera y aplicar los criterios para decidir si el manejo del caso de desnutrición aguda puede realizarse en el hogar o debe ser manejado a nivel intrahospitalario remitiendo el caso a los Hospitales de la subred sur con servicio de pediatría Hospital de Meissen o y Hospital el Tunal, teniendo muy presente que la calidad, oportunidad y efectividad del tratamiento de los niños y niñas con desnutrición aguda, y la consecuente reducción de la morbilidad relacionada con la desnutrición, depende de la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión para definir si los niños y las niñas se pueden tratar a nivel domiciliario o deben ser manejados a nivel hospitalario.

Manejo intrahospitalario de la desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones: Los niños y niñas de 6 a 59 meses con prueba de apetito negativa y/o evidencia de complicaciones médicas o nutricionales; y, los niños y niñas menores de 6 meses o mayores de 6 meses con menos de 4 kg, deben hospitalizarse para atención pediátrica.

Se genera un formato de registro para el proceso de atención que permita al equipo de salud y a su familia contar con un seguimiento frente a la evolución nutricional de los usuarios de la ruta de intervención que entran al proceso de atención en la estrategia “CLINICA DE RECUPERACION NUTRICIONAL DE LA SUB RED SUR”

Para lo cual se genera el siguiente carnet como instrumento para seguimiento al programa institucional

MOMENTO 3: ACCIONES DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

La tercera parte de la ruta consiste en las acciones de seguimiento domiciliario a los casos de desnutrición aguda moderada y severa que sean dados de alta en el nivel hospitalario o que sean de manejo en casa, así como la realimentación de acciones realizadas a vigilancia en salud pública, a partir del desarrollo de las siguientes actividades:

Egreso a casa con seguimiento por los equipos de gestión de riesgo del espacio de vivienda y realimentación de las acciones realizadas, se activa el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario del espacio de vivienda, con el fin de evaluar el progreso del plan de intervención propuesto y activar la ruta de intervención de las acciones intersectoriales requeridas. El desarrollo de las actividades de seguimiento domiciliario se desarrolla hasta el cuarto mes de intervención del caso y se prevé el siguiente alcance:

Explicar a la madre o cuidador el manejo de la fórmula terapéutica -LC, y la administración de los medicamentos entregados y las prácticas de higiene, generación de seguimiento nutricional permanente para evaluar evolución del tratamiento y en caso de requerirse por alguna complicación médica remitir a los servicios de urgencias de la sub red, informar a la madre o cuidador acerca de los

signos de alarma y de cómo comunicarse con el hospital o el equipo extramural de salud cuando estos se presenten generando mecanismos efectivos de comunicación que faciliten el seguimiento del caso.

Canalización a programas intersectoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional: con el fin de garantizar la

La complementación alimentaria es un componente básico en la prevención y el tratamiento de la desnutrición aguda. Esta consiste en el suministro de una canasta básica de alimentos fortificados y de alto valor nutricional que complementen la alimentación familiar. Esta intervención es pertinente en familias con alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional y debe estar acompañada de estrategias sostenibles de mejoramiento de capacidades de las Familias en la garantía del derecho a la alimentación de todos sus integrantes, en especial, de los niños, niñas, madres gestantes y en periodo de lactancia.

La complementación alimentaria como parte del manejo integrado de la desnutrición aguda debe considerarse a partir de la transición entre el suministro de la fórmula terapéutica –LC en forma exclusiva y la alimentación familiar, cuando la valoración médica y nutricional evidencie franca mejoría del estado de salud y nutrición de los niños y niñas; se requieren del apoyo de las instituciones y los programas de complementación alimentaria del sector social presentes en las diferentes localidades que hacen parte de la sub red Sur, para el mejoramiento de las condiciones nutricionales afectadas. Estas acciones están a cargo del equipo de gobernanza de la seguridad alimentaria y nutricional que hacen parte del componente de gestión del riesgo de la salud.

En la implementación de la estrategia piloto se han desarrollado 3 jornadas con atención de 15 casos, identificados con desnutrición de los cuales dos han requerido manejo intrahospitalario y frente a los otros 13 se han clasificado para manejo domiciliario para aplicar las acciones antes descritas para el manejo integrado de la desnutrición.

Gestión del riesgo para la atención de urgencias y emergencias en salud pública

Las urgencias y emergencias en salud pública se refieren a todo evento extraordinario con aparición en forma súbita que genera o con potencialidad de generar, un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir incluye todos los eventos en salud pública de interés internacional-ESPII definidos por el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste, ébola, fiebre amarilla, entre otros), eventos de origen tecnológico (incendios, intoxicaciones por sustancias químicas, fugas de

elementos químicos, encharcamientos y similares) y los relacionados con salubridad de los alimentos y del agua (ETA), zoonosis y todo brote sospechoso de alcance epidémico.

El logro más representativo constituye la atención del 100% de los eventos notificados en cada una de las localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. Para los meses comprendidos de abril a julio, se registraron los eventos atendidos por parte del Equipo de Respuesta Inmediata - ERI, los cuales se relaciona en la siguiente tabla.

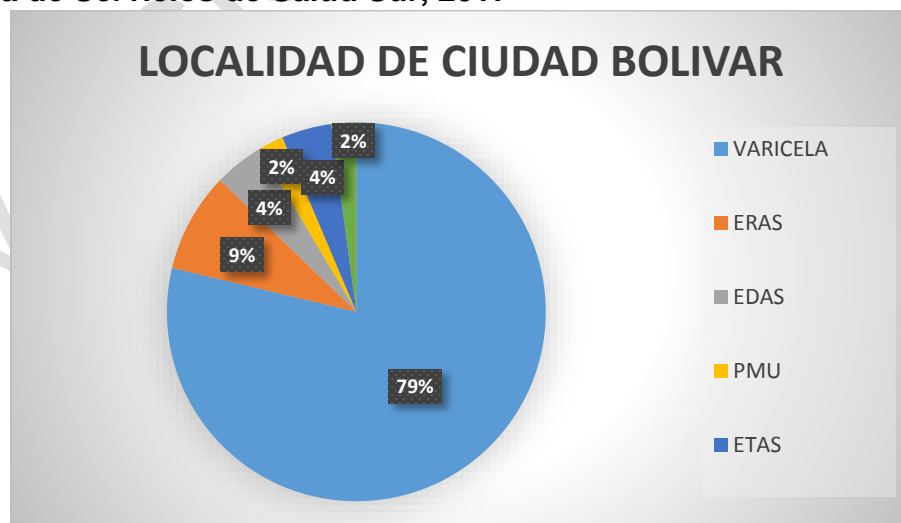
Tabla 71. Eventos atendidos por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

MES	USME	CIUDAD BOLIVAR	TUNJUELITO	TOTAL SUBRED
ABRIL	10	8	0	18
MAYO	14	17	5	36
JUNIO	13	6	0	19
JULIO	4	16	5	25
TOTAL	41	47	10	98

Fuente: Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. Equipo ERI, 2017.

Durante el periodo en mención, en la Localidad de Ciudad Bolívar se notificaron y atendieron 47 eventos de los cuales 37 corresponden a brotes de varicelas, 4 a brotes de Enfermedades Respiratorias Agudas, 2 a brotes de Enfermedades Diarreicas Agudas, 1 participación en Puesto de Mando Unificado, 2 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y 1 Evento No Especificado.

Gráfica 1. Tipo de eventos atendidos en la localidad de Ciudad Bolívar Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017



Fuente: Subred Integrada en Servicios de Salud Sur, 2017.

En este sentido, A nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur, se evidencia que el 63% de los eventos atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata a nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur corresponden a brotes de varicela; patología recurrente de las localidades debido a su fácil y rápida transmisión, dadas las condiciones como compartir elementos y espacios comunes, permanencia del virus en pisos, paredes y techos, inadecuados procesos de limpieza y desinfección, susceptibilidad y exposición a personas sintomáticas, falta de higiene y lavado de manos adecuado lo cual aumenta el factor de riesgo y la cadena de contagio.

Sin embargo, a nivel general de las demás patologías atendidas como brotes se resalta como logro que en las Investigaciones Epidemiológicas de Campo se brindó información sobre medidas de prevención y control de factores de riesgo en la intensificación de la frecuencia de limpieza y desinfección, aislamiento de enfermos, refuerzo de lavado de manos, separación de elementos, creación de rutas alternas para evitar contaminación cruzada, uso de EPP (Elementos de Protección Personal) y demás prácticas de higiene para evitar el aumento de casos y/o afectaciones graves. En cada evento se realizó el seguimiento respectivo, según su comportamiento y aparición de nuevos casos, la Investigación Epidemiológica de Campo se fortaleció con estrategias de capacitación a padres de familia mediante capacitaciones, seguimiento telefónico permanente y entrega de folletos sobre varicela en donde se relaciona información puntual sobre la descripción de la patología, cuidados en casa que se deben tener las personas que contraen la enfermedad, signos y síntomas, métodos de transmisión y riesgo de desarrollar complicaciones entre otros.

Durante el periodo en mención, se realizó canalización al Componente de SIVIM de 3 casos priorizados y que se relacionan con dos brotes atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata.

En contexto a la Ley 1523 de 2012 el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres, ha intensificado las acciones desde el nivel local, de tal forma que en el Marco de Actuación de los Consejos Locales de Gestión del Riesgo y Cambio Climático se han adelantado iniciativas que convergen en la identificación de los escenarios de riesgos de las diferentes localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur.

En concordancia, la participación del Equipo de Respuesta Inmediata constituye una experiencia exitosa catalogada como valor agregado frente a la construcción de los diferentes Planes Locales de Gestión de Riesgos.

SISVESO: La Vigilancia en salud Pública de la Salud Oral se entiende como un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral; que por su alta prevalencia y magnitud, son de interés en la Salud Pública.

Eventos como la caries dental cavitacional, la caries dental no cavitacional definida como lesión de mancha blanca y café, la fluorosis dental, la enfermedad gingival y periodontal, entre otras patologías que afectan la cavidad oral.

Tabla 72. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017

Evento	Ciudad Bolívar
Gingivitis	536
Periodontitis	9
Alerta epidemiológica componente cariado	226
Alerta epidemiológica componente perdido por caries	113
Lesión en mancha blanca	39
Lesión en mancha café	149
Fluorosis	21

Las activaciones de ruta se envían durante los primeros días mes vencido al espacio vivienda, otros subsistemas de la Vigilancia Epidemiológica como SIVIM y discapacidad; posterior a la intervención realizada se recibe realimentación del espacio vivienda, además se realiza reunión mensual con los odontólogos del espacio como parte de la dinámica.

Tabla 73. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017

	Ciudad Bolívar	
	Programado	Ejecutado
Activaciones de ruta o canalizaciones	268	245

Experiencia exitosa en el marco de sus acciones.

Situación epidemiológica: El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, representa el 2-3%. Es considerada la anomalía craneofacial más frecuente. El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre en 1:1,000 nacidos. El paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1:2,500 nacidos. El labio hendido (con o sin paladar hendido) es más común en el sexo masculino mientras el paladar hendido es más común en el sexo femenino. Según el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) se presentó una prevalencia del 0,07% en el país, la experiencia de hendidura palatina se encuentra en 0.09% del total de la población incluida en el ENSAB IV, de las cuales, es más frecuente en mujeres (0.13%) que en hombres (0.04%), estos últimos identificados en tratamiento mientras que un 0.05% de las mujeres se encuentra sin tratamiento con el 0.06%. Según otras investigaciones con base en las historias clínicas en algunas ciudades Colombianas, se encuentran el realizado por el Hospital Universitario de Cartagena, mediante la revisión de 4.226 historias clínicas durante un periodo de 7 años y se encontraron 248 pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina, en segundo lugar, en la población atendida en el Hospital Infantil Clínica Noel de Medellín, entre 1985 y 2003, se evaluaron 919 historias clínicas y el 3,4% presentó labio hendido, el 12,4% presentó defecto de paladar duro fisurado, y el 12,8% presentó paladar blando hendido.

Se realizó la **Intervención Epidemiológica de Campo** mediante una notificación de la Vigilancia Centinela (VC) de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) USS Casa de Teja de la localidad Ciudad Bolívar, niña de 4 años de edad, eventos alerta epidemiológica por sangrado gingival, componente cariado y fisura de paladar blando.

Características familiares: La niña vive con su mamá, un hermano de 5 años de edad, tres tíos con sus respectivas parejas sentimentales, siete primos y los dos abuelos maternos.

Características de la vivienda:

Ubicada en el barrio Minuto de María de la Localidad de Ciudad Bolívar, se observan condiciones de hacinamiento dado que la vivienda es tipo casa y consta de tres habitaciones para las 17 personas que habitan en ella. Vías de acceso en regulares condiciones debido a que es un callejón de aproximadamente tres cuerdas de fondo por dos metros de ancho, estrato socioeconómico 1, nivel socioeconómico bajo, en general se observan regulares condiciones higiénico sanitarias, sus ingresos provienen de la gallería o crianza y apuesta de peleas de gallos.

La abuela materna es la encargada de la preparación de los alimentos sin los cuidados básicos para su manipulación.

Percepción de la salud oral:

Primer consulta por odontología a los cuatro años de edad, la mamá refiere “la atención fue muy buena porque le explicaron todo”, los hábitos de higiene oral los realizan los menores solos sin el acompañamiento y/o supervisión de un adulto y los cepillos se observan sin las medidas adecuadas de bioseguridad, no uso de seda dental.

Durante la caracterización del riesgo participan varios integrantes de la familia como la abuela materna, la mamá y una tía de la menor, quienes definen que una boca sana es “Ir al odontólogo y cepillarse los dientes”, la abuela afirma que “anteriormente nadie les decía que cuidar la boca era tan importante”, creen que la caries dental son bacterias que dañan los dientes.

La mamá de la niña presenta una condición igual a la de la menor, lo cual dificulta la comunicación y asume que es una condición normal para su hija.

Se evidencia que los hábitos de alimentación no son saludables, ni adecuados para la etapa de crecimiento de los menores que viven en la casa.

De la caracterización de riesgo identificada por SISVESO se deriva la gestión del riesgo, generando notificación al subsistema SIVIM, activación de ruta con el prestador tanto de primer nivel como de segundo nivel, con la aseguradora y el programa de salud oral, quienes participan activamente en el seguimiento del caso desde la competencia de cada uno; además se realizó la motivación y compromiso para la consulta y adherencia al tratamiento de todos los integrantes de la familia y la educación en salud oral, enfatizando en los hábitos de higiene oral y alimentación adecuados.

Vigilancia comunitaria para el abordaje de la salud pública - VSPC

La Vigilancia en Salud Pública comunitaria (VSPC) promueve en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas (PCO) que afectan la salud y calidad de vida, para su posterior análisis y gestión de la respuesta. Es así como se vincula y hace partícipe de actividades que fomenten la promoción y prevención, generando un empoderamiento que permita identificar condiciones asociadas a los determinantes sociales de la salud desde el enfoque de salud urbana y gestión del riesgo colectivo específicamente en los barrios.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir se relacionan con problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.

Se busca captar e identificar situaciones o problemáticas colectivas para su caracterización, análisis, canalización, investigación socio epidemiológica de campo y orientar la intervención en articulación con Espacios, Salud Colectiva, VSA, VSP, Aseguramiento y otras instancias.

Investigaciones socio epidemiológicas de campo (ISEC)

Tabla 74. Distribución de investigaciones socio epidemiológicas de campo por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
Enero	1	1
Febrero	1	1
Marzo	1	0
Abril	0	0
Mayo	3	4
Junio	1	2
Julio	1	2
Total	8	11

Fuente: Base de datos VCSP 2017

En cuanto a las investigaciones socio epidemiológicas de campo se han realizado en las localidades urbanas de la subred sur, dentro de lo que se han abordado la problemática:

- Plaza los Luceros.
- Las basuras en Sierra Morena II.
- El comportamiento de los afrodescendientes en el barrio Marandú,
- Tenencia inadecuada de mascotas en propiedad horizontal en la ciudadela XIE.
- Problemas de salud ambiental con el establecimiento ARA del barrio Perdomo.
- Atención en salud a la población venezolana en la sub red sur, entre otros.

Tabla 75. Diagnóstico de riesgos barriales Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
Enero	9	9
Febrero		10

Marzo	0	12
Abril		
Mayo	5	11
Junio	10	10
Julio	12	12
Total	36	64

Fuente: Base de datos VCSP 2017

Con el objetivo de identificar los determinantes que llevan a la enfermedad en la población de las UPZ priorizadas desde secretaria se adelanta un recorrido por los barrios que permite la identificación de los riesgos a nivel de servicios públicos, emergencias y desastres, barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio, riesgo de violencia o agresión interpersonal, tenencia inadecuada de mascotas, riesgos de zoonosis y manejo de residuos sólidos.

Tabla 76. Notificación problemáticas colectivas por localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
Enero	10	27
Febrero	5	14
Marzo	5	15
Abril		2
Mayo	14	25
Junio	8	12
Julio		
Total	42	95

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El comportamiento de las notificaciones para la Sub red sur deja ver una mayor notificación para la localidad de Ciudad Bolívar, seguida de Usme, Tunjuelito y Sumapaz, lo que esta explicado por el nivel de actividad de las unidades

informadoras y el número de asistencias técnicas propuestas para cada localidad. Las problemáticas con mayor notificación son de tipo ambiental por tenencia inadecuada de mascotas, manejo de residuos, en otras categorías se halla venta y consumo de spa.

Tabla 77. COVECOM, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
Enero		2
Febrero		2
Marzo		
Abril		1
Mayo	1	
Junio		1
Julio		1
Total	1	7

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El COVECOM a partir del mes de marzo lleva una frecuencia cuatrimestral por localidad y el tema priorizado por la presentación de problemáticas fue los Juegos de ciber-inducción e inducción al daño físico.

Tabla 78. Monitoreo participativo, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total Subred
Enero	1	2
Febrero		1
Marzo		2
Abril		
Mayo	4	4

Junio	5	5
Julio	4	4
Total	14	18

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El monitoreo participativo es una experiencia investigativa con la comunidad, siendo para la vigencia anterior un estudio comparativo de los determinantes de las condiciones de vida y salud de las personas mayores de las cuatro localidades, que finalizo en el mes de Marzo. A partir de mayo se inicia un nuevo ejercicio de investigación en la localidad de Ciudad Bolívar con la Fundación Identidad de Ser Humano.

Tabla 79. Activaciones de ruta Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2017

Mes	Ciudad Bolívar	Total
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo	28	28
Junio		
Julio	18	18
Total	43	43

Fuente: Base de datos VCSP 2017

Las activaciones de ruta se han generado en respuesta a dos derechos de petición que ha contestado el equipo VCSP por dificultades en la ruta de atención a los casos de malnutrición y posterior a la caracterización como unidades informadoras se ha hecho la activación hacia el espacio de vivienda.

Experiencia Exitosa: En respuesta a notificación sobre problema de manejo de basuras y recolección de heces caninas, se motiva una iniciativa de la junta de acción comunal del barrio Sierra morena II donde se busca apoyo institucional de Aseo capital y referente GESA, quien a su vez invita a ETOZ para vacunación canina y felina, con esta jornada se hacen una sensibilización casa a casa por parte de un miembro de la junta de acción comunal, un profesional del sector salud, y un operario de aseo capital con lo que se logra plantear el desafío a la comunidad de mantener su cuadra limpia durante 21 días, después de lo cual podrá concursar por la rifa de un trapeador que obsequia la junta. Con esto se responde de manera efectiva y articulada a un problema que tiene la comunidad, sin la utilización de medios punitivos que han llevado a consecuencias no deseables en el sector.

5.7. Plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSPIC)

5.7.1. Caracterización espacio, programas y proceso

Desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) se propone como meta principal realizar asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de Interés en Salud Pública, a partir de las personas, familia y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá.

Para el programa de infancia y el programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), se espera intervenir en las IPS Públicas y privadas de la localidad 19, con el fin de fortalecer al talento humano encargado de la atención infantil. De esta forma para que se brinde una atención integral al menor, que permita identificar oportunamente las enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento; por otro lado se busca reforzar a nivel institucional estrategias de atención en enfermedad respiratoria aguda, instituciones amigas de la lactancia, y salas amigas de la familia lactante.

Desde el proceso que se realiza en la línea de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos, se realiza gestión de IPS definido en procesos de asistencia técnicas con el fin de realizar un diagnóstico por medio de la aplicación de listas de chequeo claro de las situaciones o riesgo para la intervención en cada una de las USS de la sub res Sur, se crean planes de trabajo con el fin de ser revisados y concertados con los líderes de enlace para poner en marcha y realizar la ejecución en pro del buen desarrollo de las acciones según las metas establecidas por nivel central.

Por el programa de Transmisión materna infantil de VIH, Sífilis congénita cuentan con un seguimiento oportuno con el fin de medir adherencia al tratamiento ya que el número de casos en la localidad del periodo enero a julio se reportan casos de sífilis gestacional 31 caso y congénita 12 casos.

A su vez las personas viviendo con VIH cuentan con la entrega adecuada y oportuna a programa especializado. También, la localidad ha realizado acciones en las cuales se reconozca la sentencia C-355 del 2016 encaminadas a disminuir el porcentaje de abortos ilegales. Por último, se generan acciones en las cuales se reconozca por parte de USS métodos planificación modernos.

Crónicos – Cáncer

Dentro de las visitas de diagnóstico y reconocimiento realizadas a las IPS, se realizó proceso de aplicación de listas de chequeo con el fin de establecer cómo se encuentran los programas de crónicos y cáncer en las IPS y la oferta de servicios de los mismos para los usuarios de la Subred Sur E.S.E. en la localidad Ciudad Bolívar.

Para el programa de cáncer se logra identificar que el programa de cáncer de cuello uterino presenta debilidades en el proceso de seguimiento a las usuarias con resultados positivos; las usuarias con reporte positivo de la EAPB Capital salud son enviadas a Ginesalud para la realización de biopsia y colposcopia, las usuarias de FFDS son enviadas a hospital de Meissen para la realización del proceso de biopsia y colposcopia y diagnóstico. Para Cáncer de mama existe convenio para las usuarias de Capital Salud accedan al servicios de mamografía de tamizaje en hospital San Blas, facilitándoles distintos procesos como la asignación de cita, procesos de autorización y traslado con ruta de la salud para que sean atendidas.

En este programa se logra evidenciar que no todos los profesionales de medicina general que realizan la consulta se encuentran capacitados en examen clínico de mama para la realización del tamizaje. Asimismo, se evidencia que para cáncer infantil no se realiza proceso de identificación de usuarios con cáncer infantil y los profesionales no están capacitados en AIEPI para cáncer infantil en primeros niveles de atención. Por otra parte, se realiza proceso de tamizaje a hombres durante la consulta para identificación de cáncer de próstata.

Durante el proceso de visitas de diagnóstico se identificó que los servicios ambulatorios especializados como medicina interna, ginecología y pediatría fueron direccionadas a las IPS de la Subred Sur de primer nivel de atención.

Salud Mental

Dentro de las situaciones a intervenir para salud mental se tienen como principales:

La capacitación al talento humano en temas de normatividad asociada a Violencia sexual en población general y víctimas del conflicto armada, el Fortalecimiento Técnico al talento humano en cuanto a conocimiento, manejo y difusión de las Líneas 106 y Psicoactiva, así mismo el conocimiento y adopción de la RIAS de SPA.

Igualmente se establecen algunas oportunidades de mejora en la identificación y notificación de eventos de interés en Salud Mental en SIVIM y SISIVECOS.

Transmisibles

Desde el programa de tuberculosis y de la enfermedad de Hansen se han realizado y se continuará realizando el proceso de fortalecimiento a las capacidades del talento humano de las diferentes IPS de la Sub Red Sur, tanto públicas como privadas, a través de visitas de asesoría y asistencia técnica, capacitaciones. En estas asistencias los temas básicos tratados: 1. Diagnóstico. 2. Normatividad. 3. Mecanismo de transmisión de estas dos patologías. 4. Estrategias de los programas. 5. Tratamientos para tuberculosis sensible, para farmacoresistencia. 6. Tratamientos para la enfermedad de Hansen teniendo en cuenta si son casos de paucibacilares, casos de multibacilares. 7. Sistema de información.

Enfermedades Transmitidas por Vectores

Desde el programa de Enfermedades transmitida por vectores se espera orientar y fortalecer a las IPS en el manejo de enfermedades transmitida por vectores como son Leishmaniasis, Chagas, Malaria, Dengue, Zika Chikunguña de igual manera en las rutas de solicitud de tratamientos, realizar sesiones de sensibilización a la comunidad que incentiven a prácticas de cuidado de salud individual y colectiva, así como la promoción del autocuidado para viajeros en ETV.

Lo anterior teniendo en cuenta que se presentan casos y debido a su poca frecuencia sucede que muchas veces desde la parte asistencial se tiene desconocimiento frente al manejo de pacientes que presentan los tipos de enfermedades anteriormente mencionadas, actuar en este sentido nos permite evitar mortalidades.

Frente a la gestión de insumos, biológicos y medicamentos durante el trimestre abril a julio se ha realizado la verificación de documentación individual para entrega de medicamento para Enfermedades Transmitidas por Vectores que incluye la formulación con los 5 correctos (dosis, medicamento, vía correcta, horario correcto y paciente correcto). En la localidad 19 se cuenta con stock de medicamentos para ETV distribuidos en 3 IPS de la red (USS Vista Hermosa, USS Meissen, Manuela Beltrán).

PAI

Niños, niñas menores de 6 años y mujeres gestantes, con esquemas de vacunación incompletos y próximos a vencer

Desde programas de Interés en Salud Pública se realizó el proceso de diagnóstico y reconocimiento a 47 IPS de la Subred Sur, distribuidas en las Localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz de las cuales son 42 IPS Públicas y 5 IPS Privada, logrando así la identificación de opciones de mejora en los programas y acciones de interés en salud pública. En la localidad de Ciudad Bolívar se visitaron 19 IPS.

El propósito del programa es la identificación y asistencia técnica al 100% de las IPS públicas de acuerdo al portafolio de servicios, en el marco de programas y acciones de interés en Salud Pública, y la priorización de 5 IPS privadas de acuerdo al diagnóstico de la vigencia anterior.

Para las localidades de la Subred sur, se desarrolló un proceso de diagnóstico y reconocimiento de los programas, a través de la aplicación de listas de chequeo que fueron elaboradas por el equipo y avaladas, por la Secretaría Distrital de Salud; adicionalmente se realiza un ejercicio de observación, con el fin de identificar insumos, materiales educativos, papelería, apropiación conceptual que se utilizan para el desarrollo y cumplimiento en el operar de cada programa.

Se realizó la verificación en sistema de información, aplicativo PAI versión 2,0, aplicativo PAI nacional, comprobador de derechos, bases RUAF. Tableros de control seguimiento a cohortes.

Desde el proceso de programas en el periodo de abril a Julio se desarrollan acciones que dan cuenta a las respuestas de metas establecidas en los diferentes programas.

5.7.2. Resultados

Las UPZ Arborizadora, Lucero, San Francisco, Jerusalén, Ismael Perdomo, Tesoro y Monteblanco se encuentran priorizadas de acuerdo a las condiciones socio-económicas que presentan. El espacio genera las intervenciones pertinentes a partir de las necesidades identificadas previamente. Al respecto se han llevado a cabo las siguientes acciones: caracterización y monitoreo del riesgo en salud (acciones programadas y ejecutadas 11 acciones); acciones itinerantes en el Espacio Público (acciones programadas y ejecutadas 27 acciones); puntos Cuídate Sé Feliz implementados (programadas 5 y ejecutadas 3 acciones); implementación de la estrategia de Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) (programada y ejecutada 1 acción); Servicios de Acogida (programada y ejecutada en 1 acción); Grupos con iniciativas comunitarias en salud (programadas 39 y ejecutadas 32 acciones).

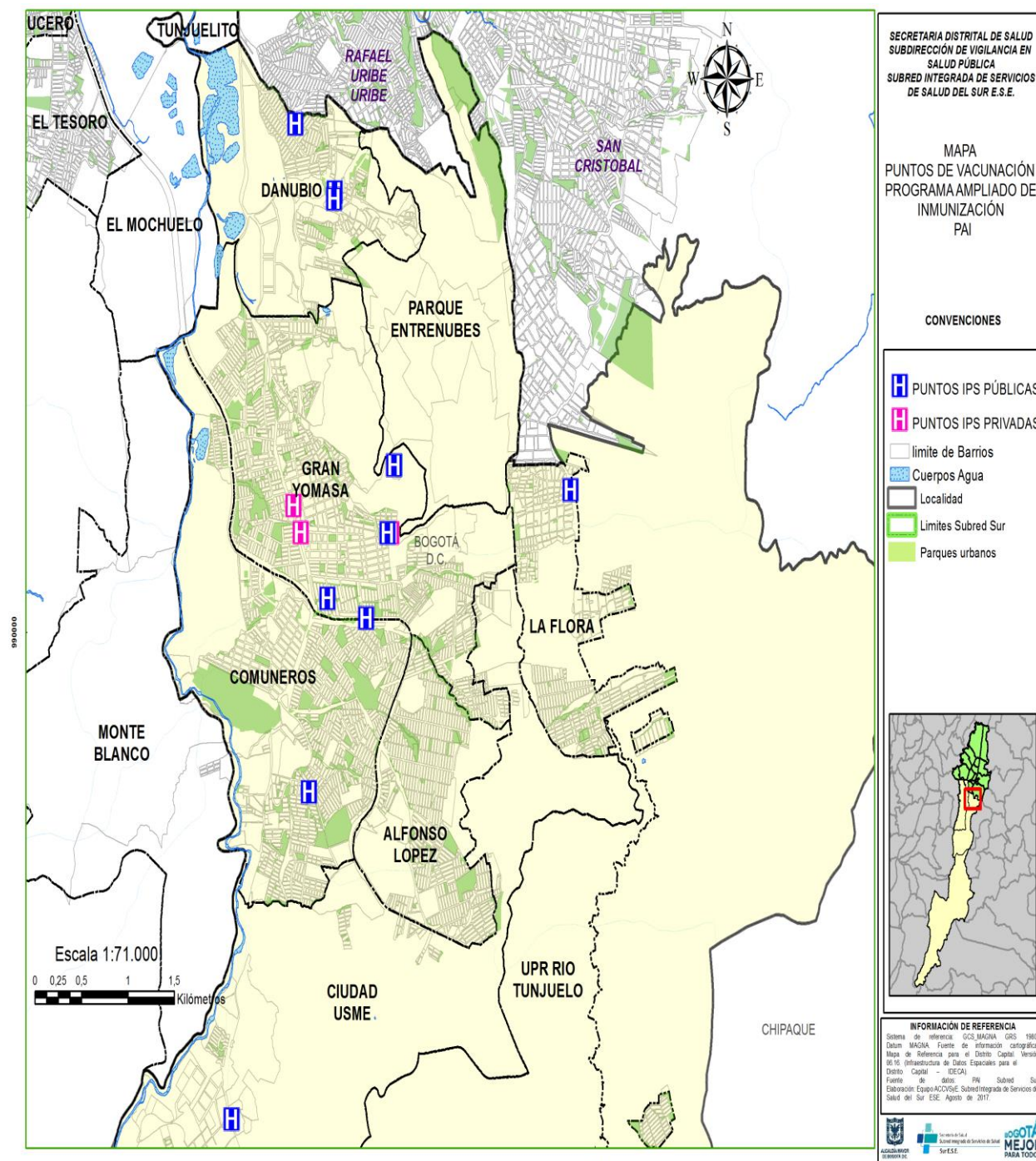
Frente a estas acciones se generaron los siguientes productos y su seguimiento al indicador:

- Caracterización y monitoreo de riesgo en salud en el espacio público: En este producto se plantearon los siguientes indicadores: 'Barrios con riesgo alto para intervenciones en salud en el Espacio Público'; 'Implementación de intervenciones en salud en el espacio público en barrios de alto riesgo caracterizados' (100% de cumplimiento); 'implementación de intervenciones en salud pública en barrios de alto riesgo caracterizados' (30%); 'porcentaje de población en riesgo alto y medio de consumo de SPA' (90%, en el servicio de acogida se evidencia que la población es policonsumidora, generando así mayores factores de riesgo ante el consumo de spa); 'porcentaje de canalizaciones efectivas' (15%, (al respecto se evidencia que se ha brindado atención a casos que se han canalizado a sectores como la Secretaría Distrital de Integración Social).
- Servicio de Orientación a Jóvenes (SOJU): Para este producto está el indicador 'Porcentaje de superación de consumo': En este indicador el espacio indica que el cierre del proceso con la población en el mes de Agosto impide que se pueda medir los casos con superación del consumo.
- Grupos comunitarios con iniciativas en salud: Este producto se incluyen los indicadores 'Participación comunitaria en iniciativas comunitarias en salud' (100% de cumplimiento); 'Estrategias con iniciativas comunitarias' (65%); 'Porcentaje de adherencia a las iniciativas comunitarias en salud' (70%); 'Porcentaje de representantes de los diversos grupos poblacionales en las iniciativas comunitarias' (10%, correspondiente a persona con discapacidad).

En términos de canalizaciones de activaciones y canalizaciones, se han realizado 6 activaciones intersectoriales; 24 activaciones sectoriales por aseguramiento y 83 por POS; al momento no se realizan activaciones por espacios de vida. Para el proceso se ha llevado a cabo la activación de rutas integrales teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de la población que se ha vinculado en los procesos individuales y colectivos del espacio, las personas de prioridad alta se ingresan por el equipo de sistemas de información para ser ingresados en el aplicativo SIRC, con el fin de dar oportuna respuesta desde las EAPB y Entidades a nivel intersectorial, los seguimientos del aplicativo se realizan por la profesional de activación de rutas designada desde la subred.

Frente a las prioridades medias y bajas se da el direccionamiento al usuario con el fin de promover las acciones de autogestión según las necesidades particulares, para los usuarios canalizados desde servicios de acogida e iniciativas LGBTI – Habitante de calle los profesionales de trabajo social realizan los seguimientos con el usuario.

Mapa 12 Acciones PAI- Programas Localidad Ciudad Bolívar



Fuente: Programa ampliado de inmunización PAI

5.7.3. Resultados

Se realizaron acciones de articulación sectorial con estrategia de Modelo Integral de Salud PIC – POS con intervención de Líder de Salud Mental de la Subred Sur (POS), Líder de Vigilancia en Salud Pública para Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, SIVELCE Y VESPA) y Profesional GPAISP – Salud Mental, permitiendo la identificación de acciones y oferta de servicios del programa en la subred con el objetivo de fortalecer las actividades desde la articulación de acciones y complementación de procesos para impactar en la comunidad de forma oportuna y complementaria logrado así el fortalecimiento del programa a nivel de la Subred Sur y generando respuestas oportunas en el “deber ser” de las necesidades identificadas. De acuerdo a esta oportunidad de trabajo se plantea una ruta de atención para el desarrollo de estas acciones.

De acuerdo a esta oportunidad se logró realizar activaciones de ruta prioritaria a los diversos eventos identificados desde Vigilancia en Salud Pública – Salud Mental con una atención oportuna y complementaria a las identificaciones de riesgo realizadas por el equipo, con acceso oportuno a proceso terapéutico de complementariedad.

5.8. Equipo Gobernanza Componente 1

5.8.1. Caracterización del espacio, programa o procesos

El posicionamiento de las Políticas Públicas permite que el sector salud tenga la orientación y concertación de las agendas locales con los diferentes actores y sectores en los espacios de coordinación intersectorial y de toma de decisiones, para favorecer la intervención de las situaciones y condiciones que mejoran la vida y la salud de las poblaciones.

De acuerdo a esta visión el componente de Gobernanza se plantea como el ordenador operativo con sus tres componentes claves que a su vez contiene la agrupación de actividades que aportan al desarrollo y consecución de los productos.

Los riesgos o situaciones que interviene el equipo de Gobernanza son los derivados del ejercicio realizado para la definición de la Agenda Sectorial Local. Se desarrolla la toda la identificación de estas situaciones por medio de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y por momento o curso de vida de la siguiente manera:

Inicialmente se realiza una identificación de tensiones por momento o curso de vida y posteriormente se realiza una priorización y de acuerdo a los valores proporcionados se definen las tensiones a trabajar. Para la localidad Ciudad Bolívar el resultado del paso uno es el siguiente:

Tabla 80. Valoración de tensiones en salud. Localidad Ciudad Bolívar, 2017

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Tensión	Valoración 1	Valoración 2	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	2	Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Neumonía	11,0	1,5	9,5
1-Niñez-adolescencia	3	Maltrato Infantil	12,0	1,0	11,0
1-Niñez-adolescencia	7	Sífilis Congénita	12,0	1,5	10,5
1-Niñez-adolescencia	9	Embarazo en Adolescentes	12,0	2,0	10,0

Con el ejercicio que se hace la localidad, se trabaja para que cada una de las políticas públicas trabaje de manera articulada a nivel intersectorial en el posicionamiento de las mismas con sus propuestas de abordaje.

La estrategia de abordaje territorial es liderada por la Secretaría de Integración Social en la localidad en donde el sector salud ejerce una participación activa durante el abordaje en recorridos o mesas territoriales y se articula para dar respuestas integrales a la comunidad en compañía de los diferentes sectores.

En la localidad de Ciudad Bolívar la Estrategia de Abordaje Territorial es liderada por la Secretaría de Integración Social que ha priorizado territorios como Mochuelo bajo, Tres Reyes en UPZ Ismael Perdomo; Paraíso, Los Alpes, Lucero Bajo en UPZ Lucero; Divino Niño en UPZ Tesoro; y Potosí en UPZ Jerusalén. Se aclara que se han establecido las mesas territoriales que de manera mensual se reúnen o de acuerdo a las necesidades que se identifiquen.

Desde la Sub Red Sur se cuenta con una priorización de Unidades de Planeación Zonal y barrios por parte del Equipo de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad; que justifican las problemáticas identificadas y priorizadas en la localidad de Ciudad Bolívar.

El fenómeno de asentamientos subnormales o ilegales en el territorio de la Subred Sur ESE se expresa por conflictos de orden económico, político, social, físico – espacial e, incluso, ideológico – cultural, principalmente en las zonas periurbanas de las UPZ. Es relevante el porcentaje de área invadida por este tipo de asentamientos en las UPZ Jerusalén, Ismael Perdomo, El Mochuelo, Danubio y Parque Entre nubes, en donde el déficit de vivienda, la calidad en la técnica y materiales para la construcción y el nivel de ingresos son factores determinantes en las condiciones de habitabilidad adecuadas para la protección de la salud y de la calidad de vida; además, la baja cobertura de servicios públicos y la falta de legalización de los asentamientos recientes limitan las condiciones para el saneamiento básico y el establecimiento de equipamientos de salud y sociales. Sectores de invasión como en El Espino, Caracolí, Santo Domingo y Santa Viviana

en la UPZ Ismael Perdomo presentan inadecuadas prácticas en el manejo de residuos sólidos, presencia de vectores e inadecuada tenencia de mascotas.

Por otro lado, el tema de convivencia ciudadana se caracteriza por dinámicas delincuenciales y de consumo de SPA, en donde el débil tejido social, la falta de oportunidades educativas y laborales por ausencia de equipamientos próximos a sus entornos de vivienda y redes de apoyo familiar no constituidas; estos mismos determinantes impactan en el comportamiento en aumento de la mortalidad perinatal, de la mortalidad materna y de la mortalidad en niñez e infantil.

Desde el análisis y los indicadores trazadores de salud se realizará el posicionamiento de las mismas en las próximas UAT para aportar al avance de la estrategia de abordaje territorial para la localidad de Ciudad Bolívar.

Para la intervención desde la Estrategia de Abordaje Territorial se tienen priorizados los sectores de la siguiente manera: (recordando que esta priorización se realiza en conjunto con las diferentes entidades que participan en los Consejos Locales de Gobierno en cada una de las Localidades) de acuerdo a las problemáticas identificadas por cada una de las entidades y por lo que arrojan los diagnósticos locales de cada uno: Mochuelo Bajo, Tres Reyes, Paraíso, Divino Niño, Los Alpes, Lucero Bajo y Potosí.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de las metodologías propuestas desde la Secretaría de la Mujer, los ejercicios realizados con el equipo de ACCVSyE y la estrategia PASE a la Equidad en Salud; adicional, se revisan las fuentes de información y base de datos disponibles en la Subred Sur producto de la prestación de servicios, donde se encuentra la información requerida para el análisis y la intervención.

5.8.2. Resultados

Durante los meses de mayo y junio de 2017 se ha desarrollado la estrategia participativa denominada Agendas Locales, la cual se fundamenta en la agenda social, proceso mediante el cual las demandas de varios grupos de la población se transforman en asuntos que compiten por alcanzar la atención seria de las autoridades públicas, en este caso el sector salud favorece el posicionamiento de estas demandas, que han sido identificadas por el propio sector o por actores sociales y comunitarios presentes en los diferentes espacios y procesos transversales del PIC.

Se construye desde el trabajo conjunto entre las comunidades e instituciones, determinando las problemáticas y constituyéndose como una legítima expresión de

los aportes y consensos alcanzados por distintos sectores de la sociedad. En este sentido y con el fin de lograr el análisis y priorización de tensión con un carácter riguroso, se realizan sesiones por temas. A continuación se describen las fases de este proceso.

En un primer momento, se realizó el alistamiento del ejercicio, para lo cual se envió la matriz de priorización de tensiones (tabla tensiones), con el objetivo que los Espacios de Vida Cotidiana y Vigilancia en Salud Pública priorizaran los eventos en salud pública y los calificaran cuantitativamente en cuanto al nivel de afectación en la población. Como resultado de este primer ejercicio se relacionaron por componente, los siguientes eventos o situaciones indeseables, a saber:

- Componente Salud Oral: gingivitis y caries cavitacional.
- Componente Vigilancia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles: mortalidad por IRA, mortalidad por tuberculosis y morbilidad por IRA.
- Componente Gestión del Riesgo para la Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública: fenómenos de remoción en masa, inundaciones y encharcamientos, ocupaciones ilegales, olores ofensivos, proliferación de vectores, acumulación de residuos en vía pública, incidentes con materiales peligrosos.
- Componente Vigilancia Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles: Dificultad en el desplazamiento de las personas con limitación del movimiento y personas con discapacidad donde prevalece la limitación del Sistema Nervioso.
- Componente Vigilancia Convivencia Social y Salud Mental: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar, Femicidios, Violencia Sexual, Ideación Suicida, Intento Suicida, Suicidio Consumado, Mortalidad (Homicidios), Accidentes de Tránsito y Consumo de SPA.
- Componente SIVISTRA: Falta de caracterización de la población trabajadora por sector formal e informal de acuerdo a los sectores de la economía y presencia de NNA trabajadores.
- Componente Vigilancia Salud Materno Infantil y Salud Sexual y Reproductiva: Mortalidad Materna, Sífilis Gestacional, Embarazo en Adolescentes, VIH y Morbilidad Materna Extrema.

En un segundo momento, los espacios de vida cotidiana y el componente de gobernanza 1 y 2, realizaron la priorización de las tensiones y las propuestas de intervención a las mismas, a partir de los eventos o situaciones indeseables y por curso de vida, de la siguiente forma:

- Niñez - Adolescencia: Mortalidad por IRA.

- Niñez - Adolescencia: Violencia Intrafamiliar.
- Niñez - Adolescencia: Sífilis Congénita.
- Niñez - Adolescencia: Embarazo en Adolescentes.

Paralelamente a este ejercicio, se gestionaron y planearon mesas estratégicas a nivel institucional, en las cuales se analizan y discuten con los profesionales de cada componente y espacio del PIC y del POS, cada una de las tensiones y problemáticas, el por qué se presenta dicha situación y los factores que favorecen la resolución o agudización de las mismas.

A la fecha se han realizado 2 sesiones de las mesas estratégicas, en las cuales en un primer momento se diligencia la matriz PASE a la equidad en salud y en un segundo momento, se analiza la población afectada y el territorio con el fin de describir la tensión priorizada para posteriormente generar una propuesta de intervención.

De acuerdo a la generación y aprobación de las propuestas de intervención se avanzara en el proceso de posicionamiento de la misma y de esta manera realizar ajustes a los que haya al lugar posterior al proceso de socialización.

B. Participación en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación de los planes de acción local

- Participación en Espacios locales: En la subred sur se ha hecho la participación en espacios locales de participación en el cuales se ha hecho además del posicionamiento del modelo integral de atención de la Subred Sur, la participación en la construcción de los planes de acción de cada uno de los comités así como en la identificación de las diferentes problemáticas por cada uno de los sectores priorizados, participación en el ejercicio de cartografía social para ubicación de las mismas y realizar el aporte desde Salud al plan de política pública.
- Seguimiento mensual a los acuerdos establecidos con los sectores: este producto se ha desarrollado de acuerdo a los compromisos que se adquieren en cada una de las instancias de participación por parte del equipo de Gobernanza componente 1, con los cuales se realiza la implementación a los planes de acción en cada uno de los espacios y en la localidad. Estos acuerdos se realizan entre los diferentes sectores que participan en cada uno de los comités o mesas locales el cual puede ser un punto de encuentro en donde los sectores confluyen para dar respuestas y soluciones integrales a las problemáticas o necesidades identificadas en la comunidad por cada uno

de los momentos de curso de vida, poblaciones diferenciales o en respuesta con acciones transversales.

Para la Subred Sur los acuerdos se adquieren mensualmente en la localidad y se da cumplimiento en un plazo no mayor a tres meses en donde se da respuesta como sector salud a los mismos en términos de política pública.

Para el proceso de acuerdos en el trimestre abril – junio 2017 se realizan en su gran mayoría de acuerdo a la construcción del plan de acción de política pública en cada uno de los espacios.

C. Orientar técnicamente la estructuración de las actividades a desarrollar en el marco de las jornadas locales programadas por el espacio público con base en la línea técnica distrital

Para el trimestre abril – junio de 2017 se da la línea técnica de acuerdo a los lineamientos entregados por SDS para la realización de las jornadas de acuerdo a las programaciones a nivel distrital y local.

En el mes de abril de 2017 se desarrolla la campaña del buen trato para la Subred Sur ESE, con la participación de cuatro localidades (Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz), de acuerdo con DANE, se cuenta con aproximadamente 1.327.155 personas; de estas el 10% (n=132.716) conforman la primera infancia, el 9% (n=119.444) conforman la población con curso de vida de infancia y de adolescencia el 18% (n=238.888).

Seguido a esto se identificó que una de las principales problemáticas que afecta el desarrollo integral de este curso de vida está relacionado directamente con los diferentes tipos de violencia, la infancia se considera el curso de vida más vulnerable ya que en esta etapa no se reconoce a los y las niñas como sujetos de derechos y seres autónomos con capacidad de libre expresión.

De esta identificación de problemáticas y la necesidad de ser garantes de derechos para el curso de vida infancia se desarrolló la “CAMPAÑA DISTRITAL DEL BUEN TRATO Y LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES” de la Subred Sur ESE, gracias a la articulación lograda con SDIS, IDRD, ICBF, Alcaldía Local, entre otras entidades. Se logró el desarrollo de cinco días de jornada en escenarios públicos y en espacios educativos con el objetivo de la erradicación del castigo físico, humillante y denigrante en contra de los niños, niñas y adolescentes de Bogotá y las localidades. En esta vía, las acciones estaban encaminadas a la promoción de prácticas protectoras que propendan por la participación de los niños,

niñas y adolescentes en ejercicio de sus derechos en el marco acuerdo 485 del 2011.

Estas jornadas fueron desarrolladas en diferentes escenarios en las localidades y estos escenarios estaban relacionados con el desarrollo integral de estos menores como lo fueron el Parque 14 de mayo, Parque la Andrea y Parque Illimani, en las USS Perdomo, Marichuela CAPS Tunjuelito, en el Polideportivo de Candelaria, Parque el Tunal, Colegio Ofelia Uribe de Acosta sede A y Gimnasio Comercial Los Andes y Centro Comercial Tunal.

La jornada día mundial En articulación con los Alcaldía local, Secretaria de Ambiente, consorcio Aseo Capital y SUB RED SUR se llevó a cabo la conmemoración “Día Mundial sin tabaco” enmarcada en la jornada Distrital, logrando gran participación de población de las diferentes etapas de vida de la localidad, en el marco de la celebración se organizó una puesta en escena que causara impacto a la población, de acuerdo a la ley 1335 de 2009 se realizaron visitas a establecimientos públicos como cigarrerías, bares, moteles entre otros para la socialización de espacios libres de humo, también se acompañó la jornada con vacunación canina y felina.

Desde los profesionales de gobernanza y de Espacio Público se logró que a la comunidad le generara inquietud y reflexión frente a las prácticas de riesgo que conlleva el consumo de tabaco, así como la sensibilización en general de la importancia de espacios libres de humo.

En el mes de junio de 2017 y en conjunto con los referentes de política de trabajo y salud y política de infancia de la Subred Sur se llevó a cabo la “Jornada del día mundial contra el trabajo infantil”, orientada a la erradicación del trabajo infantil; logrando buena participación de población de padres y cuidadores. Se desarrolló a través de información de deberes y derechos de los niños, seguido de actividad lúdica, utilizando marcadores, papel, colores y la creatividad de los participantes.

Desde los profesionales de gobernanza, se logró concientizar a los padres y cuidadores, sobre la problemática del trabajo infantil y la importancia de hacer respetar los derechos y deberes de los niños en el mundo.

Para el desarrollo de la jornada de SPA se priorizó la localidad Ciudad Bolívar, teniendo en cuenta que allí se evidencia un alto consumo de sustancias psicoactivas, así mismo factores de riesgo asociados al consumo en la población, es por esto que se define en el punto del Polideportivo La Estancia.

Las actividades que se desarrollaron en la jornada fueron de tipo lúdico pedagógicas con el fin de orientar a los asistentes en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y como estas inciden en el ser humano a nivel físico,

psicológico, emocional y social. De la misma forma se enfatiza en la importancia de reconocer los factores de riesgos, protectores y las diferentes estrategias con el fin de disminuir el consumo y mitigar el daño. Los juegos utilizados son bolos, tiro al blanco/ Boli rana y ruleta.

El plan estratégico para la vigencia Abril 2017 – Febrero 2018 se constituye en la carta de navegación para el proceso de Gobernanza por cada uno de los componentes y subcomponentes en donde se tienen el paso a paso por cada una de las actividades a desarrollar a nivel intersectorial y sectorial el cual ha permitido organizar la operación de las acciones que favorecen a su vez el análisis de condiciones de vida y salud para que se contribuya en la implementación de las políticas públicas mejorando la calidad de vida y salud de la población.

Se realiza la construcción de este plan en 4 fases la primera el del componente 1 Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y vida, componente 2 Gestión del conocimiento, componente 3 La estrategia de articulación de las intervenciones de información en salud, educación y comunicación para la salud; además del subcomponente 3 Gestión de rutas intersectoriales.

El seguimiento al mismo plan se realiza de manera trimestral que incluye una semaforización de las actividades de acuerdo al cronograma establecido, de acuerdo a los avances y al seguimiento del mismo por cada uno de los componentes.

B. Participación en la sesión y actividades de fortalecimiento de capacidades

El equipo ha venido participando en las jornadas que se realizan mensualmente por parte de SDS de acuerdo a cada una de las programaciones para los referentes de las políticas.

C. Conformación de cuatro equipos funcionales por momento de curso de vida al interior de la subred, que integre a representantes de espacios, procesos y otras dependencias de prestación de servicios pertinentes que generen acuerdos técnicos y operativos definidos para la operación de las acciones del sector salud en las localidades.

Para la Subred sur se realiza la conformación de los cuatro grupos funcionales por curso de vida quienes se reúnen mensualmente y en los cuales participan integrantes de cada uno de los espacios de vida cotidiana, procesos transversales, líderes asistenciales en los cuales se está adelantando la priorización de problemáticas para definir las respuestas que se harán de acuerdo con el PIC y POS y las articulaciones que se puedan hacer con el abordaje territorial.

D. Construcción del componente sectorial de salud y la propuesta de acciones que desde otros sectores, se deben desarrollar en los planes de acción de las políticas públicas

El plan de acción de políticas por cada una de las mismas se encuentra en este momento en construcción el cual únicamente se ha radicado un avance por cada una de las políticas en donde se evidencia que en los espacios se ha hecho una identificación de las problemáticas, una cartografía social para determinar en donde se identifican las mismas y se ha hecho un aporte con los diagnósticos locales que se tienen para la vigencia y con la información de los indicadores de acuerdo a cada uno de los enfoques diferenciales.

El avance de la construcción del plan de políticas permite identificar los avances en la localidad teniendo en cuenta la secretaría técnica de los mismos comités; el cual nos permite evidenciar que los planes de acción que tienen un avance significativo en su construcción son los de Integración Social y los que las secretaría técnicas se tienen a cargo para Salud. El Seguimiento y monitoreo de la implementación de los planes de acción de las políticas actividad que se tiene proyectada para realizar a partir del tercer trimestre del año.

E. Gestión sectorial para favorecer la implementación de la estrategia de abordaje territorial en las localidades

La Estrategia de Abordaje Territorial para la localidad se encuentra en su fase de alistamiento e identificación de los problemas sociales presentes en el territorio, para buscar respuestas articuladas a los mismos entre los diferentes actores o sectores participantes además se realiza para la comunidad la oferta de servicios de Salud articulada con el PIC y el POS.

Se realizan recorridos por los sectores priorizados en la localidad: Divino Niño, Paraíso, Tres Reyes, Potosí, Los Alpes, Mochuelo Bajo y Lucero bajo.

La preparación de la estrategia se inicia realizando aprestamiento conceptual y operativo, con el reconocimiento de los equipos locales intersectoriales, revisión y análisis respecto a las problemáticas identificadas en la Estrategia de Abordaje Territorial (EAT); y posterior a esto se realizan los recorridos en los territorios que se encuentran priorizados en la localidad.

F. Actualización de mapas de actores sociales e institucionales en coordinación con el equipo de espacio público y vigilancia comunitaria.

La actualización del mapa de actores se realiza en el trimestre comprendido entre abril –junio de 2017 cuyo objetivo fue el de presentar la actualización y análisis del Mapa de actores (con su respectivo directorio), para la localidad, de acuerdo a las relaciones sociales identificadas por cada una de las poblaciones y políticas de

acuerdo al rol que desempeñan y contribución a la resolución de las problemáticas priorizadas, además de las posibles alianzas y redes que son factibles de consolidar en el ejercicio de accionar intersectorial.

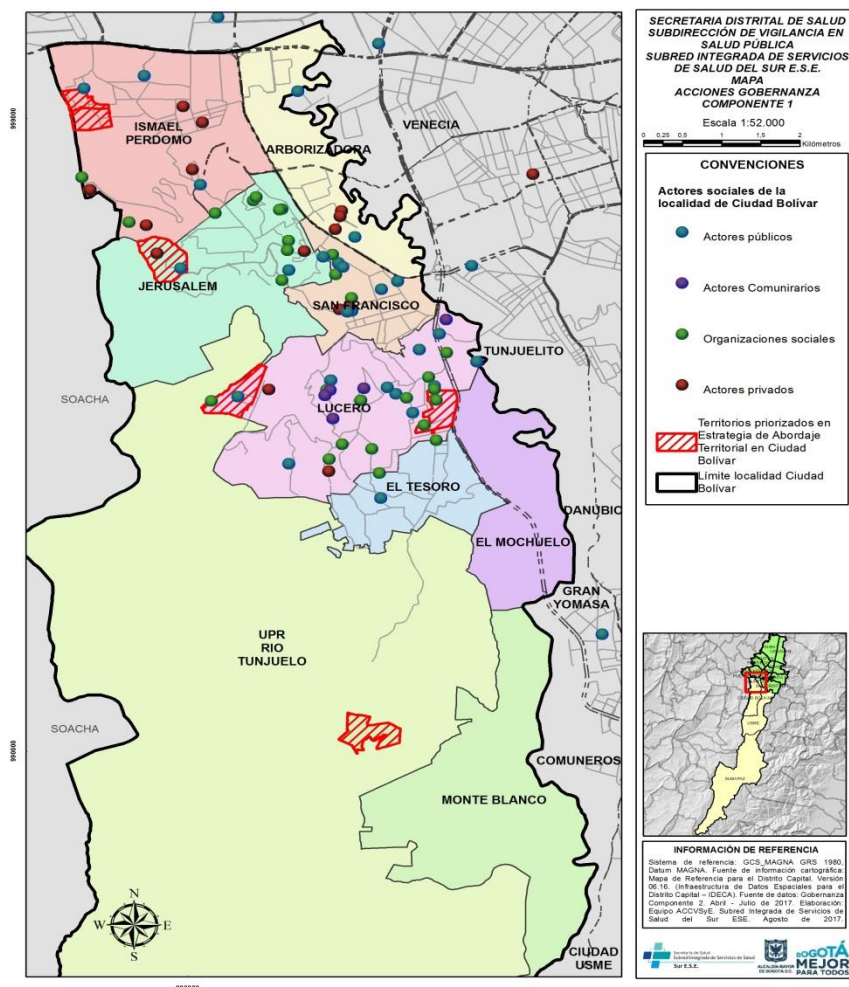
Se realizaron reuniones con VCSP y el referente de Espacio público, en las cuales se intercambiaron experiencias de vigencias anteriores en la recolección de la información, se presentó el Documento de orientación técnica y metodológica para la actualización de del Mapeo de Actores por localidad y finalmente se entregaron las bases de datos realizadas desde los diferentes espacios al equipo de gobernanza.

G. Estructurar e implementar acciones y un plan de trabajo conjunto con los equipos de las subredes territoriales de la Dirección de Participación Social, Gestión territorial y transectorialidad.

Se estructura un plan de trabajo conjunto con participación social, en donde se definía la participación en cada uno de estos y el seguimiento que se les debe hacer de manera mensual para el establecimiento de acuerdos y actividades dentro de la parte local e intersectorial.

La participación se realiza de acuerdo a las convocatorias que se realizan de manera mensual o de acuerdo a las dinámicas en cada una de las localidades con respecto a los avances en los acuerdos y compromisos por cada uno de ellos, además de realizar el seguimiento a los planes de acción de cada uno de los espacios.

Mapa 13. Acciones Gobernanza Componente 1. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Ciudad Bolívar. Abril – julio 2017.



5.8.3. Conclusiones del espacio, programa o proceso

Con respecto a las proyecciones poblacionales por UPZ para el año 2016, no se dispone de información, hecho que dificulta el cálculo de la densidad poblacional, en consecuencia se utiliza la información para el año 2015. Para tener una aproximación del comportamiento de la población rural de la localidad, se tomó como fuente la información del aplicativo APS (Atención Primaria en Salud) de los años 2013 a 2015 con el propósito de describir información aproximada en cuanto su distribución en variables de interés.

Teniendo en cuenta el contexto territorial de la localidad de Ciudad Bolívar, los factores como: zonas montañosas, el tipo de suelo, la altura sobre el nivel del mar, el cambio climático, los asentamientos subnormales, el relleno sanitario Doña Juana, el parque minero industrial, la contaminación de fuentes hídricas, el manejo inadecuado de basuras, los riesgos de remoción en masa e inundación, falta de

acceso a servicios básicos domiciliarios, favorecen la incidencia de enfermedades en especial las respiratorias en la población.

La mayor concentración de la población la localidad Ciudad Bolívar en el año 2016 se encuentra en los cursos de vida adultez, juventud y primera infancia.

En cuanto a la tasa crecimiento anual de la población de la localidad, se observó que durante los años 2010 a 2016 se presenta una tendencia hacia la disminución, debido en parte a los procesos migratorios en la localidad y por otro lado al proceso la transición demográfica en fase avanzada, con bajas tasas de natalidad, mortalidad y bajo crecimiento poblacional.

En el análisis del comportamiento de los nacimientos según la edad de la madre, se observó que en los grupos quinquenales de 30 a 49 años de edad, se presentó tendencia al aumento, lo cual puede representar un riesgo para la salud materno perinatal a partir los 35 años de edad.

Con relación a embarazos en adolescentes es importante mencionar que aunque se ha presentado en la localidad una reducción en las tasas de fecundidad para los grupos específicos de 10 a 14 años y 15 a 19 años, se debe continuar desarrollando acciones enfocadas a disminuir aún más este evento, teniendo en cuenta que este indicador está relacionado con el desarrollo de un país, así mismo por las implicaciones biológicas y sociales que tiene para la mujer y familia.

CAPÍTULO 6. ANALISIS Y SINTESIS

El equipo de ACCVSyE de la subred sur en la vigencia actual, adapta la metodología PASE tomando sus elementos básicos e incluyendo elementos del BIT-PASE, Ambiente, Social, económica y población para los análisis de las condiciones de calidad de vida y salud. Esta metodología es una herramienta útil para estudiar las tensiones según áreas de observación ubicándolas geográficamente en zonas que afectan y relacionándolas con eventos de interés en salud pública.

El proceso inicia con el diseño y diligenciamiento de matriz para la configuración de tensiones en la cual se realiza descripción, en qué consiste, se identifica polo A y B, factores reforzadores y/o liberadores que tienden a agudizarla o mitigarla; con esta también se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y se relacionan según afectación poblacional.

6.1. Agendas Locales

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Tensión	Valoración 1	Valoración 2	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	1	Caries	10,0	2,0	8,0
1-Niñez-adolescencia	2	Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Neumonía	11,0	1,5	9,5
1-Niñez-adolescencia	3	Maltrato Infantil	12,0	1,0	11,0
1-Niñez-adolescencia	4	Trabajo Infantil	8,0	2,0	6,0
1-Niñez-adolescencia	5	Mortalidad Perinatal	11,0	2,0	9,0
1-Niñez-adolescencia	6	Desnutrición Global	10,0	2,0	8,0
1-Niñez-adolescencia	7	Sífilis Congénita	12,0	1,5	10,5
1-Niñez-adolescencia	8	Conducta Suicida en Adolescencia	11,0	2,0	9,0
1-Niñez-adolescencia	9	Embarazo en Adolescentes	12,0	2,0	10,0
1-Niñez-adolescencia	10	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	10,0	2,0	8,0
1-Niñez-adolescencia	11	Adolescente Trabajador en Condiciones No Seguras	6,0	1,0	5,0
2-Juventud	1	Violencia de Género	7,0	2,0	5,0
2-Juventud	2	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	10,0	1,5	8,5
2-Juventud	3	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	6,0	1,0	5,0

2-Juventud	4	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	6,0	1,0	5,0
3-Adultez	1	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	7,0	2,0	5,0
3-Adultez	2	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	6,0	1,0	5,0
3-Adultez	3	Condiciones Crónicas	7,0	2,5	4,5
4-Vejez	1	Violencia hacia la persona mayor	7,0	2,0	5,0
4-Vejez	2	Condiciones Crónicas	7,0	2,5	4,5

Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSyE, Tabla resumen Tensiones Ciudad Bolívar. 2017

La matriz de tensiones se diligenció en el desarrollo de las agendas locales y en las mesas estratégicas que se desarrollan al interior de la ESE; espacio que permitió analizar con las y los profesionales de los diferentes programas, espacios y componentes de la subred la afectación de estas y su impacto en la comunidad. De este escenario, se puede indicar que en la localidad se han priorizado las siguientes tensiones.

Para la etapa de curso de vida, Niñez-adolescencia se prioriza Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Neumonía, maltrato infantil y sífilis congénita. Y para el curso de vida Niñez-adolescencia se prioriza Embarazo en Adolescentes. Esta priorización de tensiones permite que en las mesas estratégicas se aborda y se profundiza en la situación, buscando de alguna forma estrategias de abordaje y solución. Sin embargo, estas tensiones no son de abordaje simplemente del sector salud sino que implican la articulación intersectorial.

6.2. Desigualdades

Como parte del proceso de aporte de las subredes al reporte de desigualdades en salud, Bogotá años 2011 y 2014 que realiza la secretaria Distrital de salud, se encuentra que la localidad de 19 de Ciudad Bolívar es una de las más desaventajadas en el Distrito debido a la afectación de los 4 factores generales con los cuales se calcula el ICV: acumulación de capital humano, capital social básico, acumulación colectiva de bienes, acumulación individual de bienes materiales, dichos, estos índices serán desarrollados con detalle más adelante.

Para soportar los hallazgos de dicho reporte y por consiguiente soportar la ubicación de la localidad en el cuartil menos aventajado entre las localidades de Bogotá, se tendrá en cuenta la información del documento de caracterización socioeconómica, Encuesta SIBEN III del año 2016. El cual toma la información de los análisis de las encuestas a hogares realizadas en la ciudad de Bogotá, a la fecha el instrumento de caracterización socioeconómica se ha aplicado a 4.238.562 personas con corte mayo de 2016. También se tendrá en cuenta los resultados de la encuesta multipropósito de Bogotá del año 2014.

Las variables que se evalúan durante la visita de los encuestadores SISBEN, se relacionan con las características de las viviendas, materiales de construcción, acceso a servicios, nivel educativo de los miembros de las familias, entre otras, lo que hace que este informe sea una fuente primordial de información.

La acumulación de capital humano, se mide por los niveles de escolaridad en el núcleo familiar. Como variables se utiliza el número de años de educación alcanzados por el jefe del hogar, la escolaridad promedio de las personas de 12 y más años, la proporción de jóvenes entre 12 y 18 años que asisten a secundaria o a la universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo.(1)

En el tema de educación, se encuentra que la población en edad escolar en la localidad es de 185.170 niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, la tasa global bruta de cobertura es de 73%, lo que está relacionado con la tasa de deserción escolar, la cual está en 2%. Según el informe de caracterización escolar de la secretaria de Educación, la principal causa de deserción escolar son los bajos ingresos económicos, distancia entre la institución escolar y la vivienda, desinterés y cambio de domicilio.

En cuanto a educación superior se encuentra que, la tasa de absorción a educación equivalente con la totalidad de estudiantes nuevos matriculados sobre el número de aspirantes a instituciones educativas y técnicas. Encontrándose que la localidad tiene una tasa de absorción del 36%, eso quiere decir que de la totalidad de jóvenes que se gradúan de secundaria solo el 36% logra continuar con sus estudios superiores.

En cuanto a los jefes del hogar se tienen que, la EMP encontró en 2014, que los jefes del hogar en Bogotá eran aproximadamente 2.312.581, de los cuales el 39,9% cuentan con educación básica secundaria y media, seguido por preescolar y primaria (22%) y los niveles superiores completos (20%) (1), esta información no se encuentra discriminada a nivel local. Corregimientos cuáles extensión

El Capital social básico, se mide por la composición del hogar, como variables se utiliza la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles.

En la localidad de Ciudad Bolívar se encuentra que el índice de masculinidad en la localidad es de 92, eso quiere decir que por cada 100 mujeres hay 92 hombres. En este aspecto se encuentra que la tasa de ocupación también refleja desigualdad en la participación de las mujeres en el mercado laboral. Mientras que solo el 47,9% de las mujeres en edad de trabajar de la localidad se encuentran ocupadas, en este aspecto se tienen en cuenta trabajos de menos de una hora diaria, con o sin

remuneración, o tuvieron un empleo en la semana previa a la encuesta, para los hombres la tasa de ocupación es de 69%.

El hacinamiento es la representación más próxima al déficit habitacional que se vive en la ciudad, causada por los ingresos económicos de la población o por las condiciones de las viviendas encontradas, en la localidad alrededor del 11% (n=17.266) de los hogares presentan hacinamiento, es decir se encontró que en una alcoba se ubican entre 3 o más personas.

Acumulación colectiva de bienes, hace referencia a la infraestructura de servicios públicos, se mide por el acceso y la calidad de los servicios. Como variables se utilizan la disponibilidad y características de los servicios sanitarios, fuentes de agua para consumo humano, el combustible utilizado para cocinar y el sistema de recolección de basuras.

En cuanto a informalidad, se mide como el número de personas que, dadas las características de su trabajo y su posición ocupacional, se consideran informales, sobre el total de ocupadas. De acuerdo con la información arrojada por la EMB 2014, la tasa de informalidad de las mujeres en Ciudad Bolívar se ubica en 51,2%, en tanto que para el mismo año esta tasa es del 40,4% para el total de las mujeres en Bogotá. La cifra revela el grado de informalidad del trabajo de las mujeres en la localidad, que es 10,8 puntos porcentuales mayor con respecto al total de la ciudad. En cuanto a nivel de individuos, se encuentra que la proporción de población que ha logrado realizar estudios de educación superior en la localidad es del 5,7%.

Ahora bien, las condiciones de las viviendas se evalúan por el acceso a los servicios, públicos, la calidad de los mismo y el material de las viviendas. En acceso a servicios públicos, la encuesta multipropósito refiere que la localidad tiene cubierta el 99.9 % de los servicios de acueducto, el 99.8% para el alcantarillado, el 99.6% para la recolección de basura, el 99.9% de servicio de energía, y el 96.5% para gas natural. No obstante, es de tener en cuenta que la zona rural de la localidad, cuenta con acueductos veredales, los cuales son administrados por la comunidad. En estudios realizados por el antiguo Hospital Vista Hermosa, actualmente subred sur, encontró que de los 10 acueductos veredales, los 10 tienen problemas con la calidad del agua, pues se halló presencia de coliformes y presencia de partículas no aptas para el consumo.

Acumulación individual de bienes materiales. Se mide por la calidad de la vivienda. Como variables se utiliza la calidad del material de los pisos y las paredes en las viviendas.(2) En la localidad de Ciudad Bolívar se han caracterizado alrededor de 144.696 hogares encontrándose la siguiente información. El 75% (n=117.726) de la población residente de Ciudad Bolívar vive en casa o apartamento y el 25% (n=39.243) viven en habitación. En cuanto a la tenencia de la vivienda, se encontró que el 56% (n= 87.902) vive en arriendo, el 8% (n=12.557) en vivienda propia pagándola y 25% (n=39.242) cuenta con vivienda propia pagada. Lo anterior indica que cerca

del 81% de los hogares de la localidad deben destinar parte de sus ingresos para pagar arriendo o pagar su vivienda. En cuanto a los materiales de las viviendas, se encuentra que las paredes exteriores en un 97% son en bloques o ladrillos y tan solo un 3% de las viviendas cuentan con paredes en maderas o latas.

6.3. Estrategia de abordaje territorial y Configuración del territorio

6.3.1 EAT

La estrategia de abordaje territorial en la localidad diez y nueve (19) Ciudad Bolívar, tiene como líderes la Secretaría de Integración Social que ha desarrollado la priorización de territorios estos son Mochuelo Bajo, Ismael Perdomo/Tres reyes, Lucero/Paraíso, Tesoro/Divino Niño, Lucero/Alpes, Lucero/Lucero Bajo, Jerusalén/Potosí. La implementación de la estrategia se ha realizado en conjunto con el componente 1 de Gobernanza y sus resultados a la fecha se encuentran en el informe de seguimiento.

6.3.2 Configuración del territorio

El equipo de ACCVSyE de la subred sur en la vigencia actual, adapta la metodología PASE tomando sus elementos básicos e incluyendo elementos del BIT- PASE, Ambiente, Social, económica y población para los análisis de las condiciones de calidad de vida y salud. Esta metodología es una herramienta útil para estudiar las tensiones según áreas de observación ubicándolas geográficamente en zonas que afectan y relacionándolas con eventos de interés en salud pública.

El proceso inicia con el diseño y diligenciamiento de matriz para la configuración de tensiones en la cual se realiza descripción, en qué consiste, se identifica polo A y B, factores reforzadores y/o liberadores que tienden a agudizarla o mitigarla; con esta también se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y se relacionan según afectación poblacional.

La matriz de tensiones se diligenció en las mesas estratégicas que se desarrollan al interior de la ESE; espacio que permitió analizar con las y los profesionales de los diferentes programas, espacios y componentes de la subred la afectación de estas y su impacto en la comunidad. De este escenario, se puede indicar que en la localidad se han priorizado las siguientes tensiones.

Para la etapa de curso de vida, Niñez-adolescencia se prioriza Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Neumonía, maltrato infantil y sífilis congénita. Y para el curso de vida Niñez-adolescencia se prioriza Embarazo en Adolescentes. Esta priorización de tensiones permite que en las mesas estratégicas se aborda y se profundiza en la situación, buscando de alguna forma estrategias de abordaje y solución. Sin embargo, estas tensiones no son de abordaje simplemente del sector salud sino que implican la articulación intersectorial.

El mapa de ubicación espacial de tensiones se realizó a partir de sesiones de análisis y discusión con el equipo de ACCVSyE de la subred, contando con la experiencia y conocimiento que se tiene del territorio, lo que permitió de alguna forma reconocer las situaciones en las localidades.

De la ubicación de tensiones resultó la clasificación de 4 ejes estructurantes, los cuales permiten agrupar las tensiones en territorios y así analizar el impacto en el mismo. No obstante, se debe tener en cuenta que a pesar de ubicarse la tensión en un punto específico, esto no quiere decir que no afecte al resto de la localidad.

El primer eje estructurante, se denomina Riesgo Psicosocial y cubre las UPZ Ismael Perdomo, Jerusalén y Arborizadora. Las dos primeras UPZ se caracterizan por albergar un número importante de población desplazada y vulnerable que logra en estos sectores unidades habitacionales a bajo costo, sin contemplar que en las UPZ Ismael Perdomo y Jerusalén se han detectado zonas declaradas en riesgo no mitigable, por lo que no se recomienda construir viviendas, además en Jerusalén hay canteras a las cuales se les atribuye el deterioro de la calidad del aire y por consiguiente que se presenten casos de ERA.

También se encuentra que en dichas UPZ están en zona límite con Soacha la presencia institucional es baja, los CAI de policía son escasos y, barrios como Caracolí, Tres Esquinas, Santo Domingo y Potosí son considerados como peligrosos por la presencia de grupos organizados que se dedican al hurto, venta y consumo de SPA. Al igual, es baja la oferta de unidades de salud, instituciones educativas, entre otras institucionales que de alguna forma contribuyen al bienestar de la comunidad. Por lo anterior se considera que el riesgo psicosocial de la población que vive en las UPZ se debe considerar como prioritaria.

El segundo eje estructurante se denomina, Deterioro Ambiental y afectación en calidad de vida y salud. Este eje se configura en las UPZ Monteblanco y UPR Rio Blanco. En la zona sur de la ciudad se encuentra ubicado el Relleno sanitario Doña Juana y el Parque Minero a las cuales se les atribuye el deterioro ambiental y la carga de morbilidad relacionadas con ERA y afecciones de la piel.

Las UPZ Monteblanco y UPR Rio Blanco cuentan con un inventario importante de recursos hídricos, algunos han sido afectados por la asunción de barrios ilegales que vierten sus desechos en estos y otros afectados por la minería y el relleno sanitario. Otras fuentes hídricas son una fuente importante de agua para el consumo de las familias que habitan la zona rural.

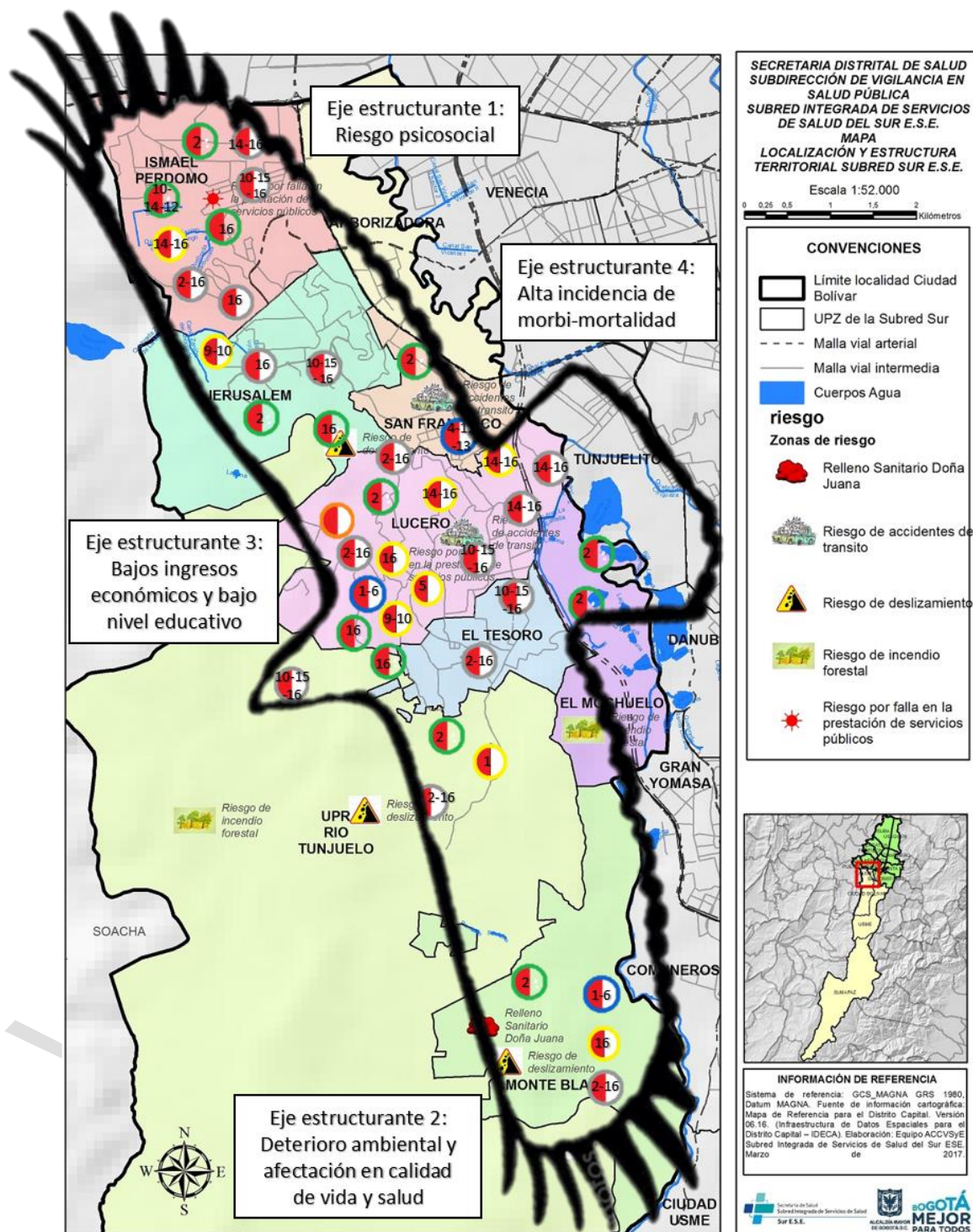
El tercer eje estructurante se denomina, bajos recursos económicos y bajo nivel educativo configurado en las UPZ Lucero y Tesoro. La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con el 29,3% de la población en condición de pobreza multidimensional y el 6,3 % en pobreza extrema. Lo que quiere decir que un porcentaje importante de la población no cuenta con recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas. Esto se relaciona al encontrarse que el 47,3% de las familias vive en

arriendo y tan solo el 35,5 ya cuenta con vivienda pagada. Lo anterior se puede relacionar con la tasa global de desnutrición, en Ciudad Bolívar se encuentra que esta tasa se encuentra en 5,4%.

Por último se tiene el cuarto eje estructurante, el cual se denomina Alta Incidencia de Morbi-mortalidad. Al igual que el eje estructurante 3, este eje se ubica en la UPZ Lucero el cual como se menciona es el más densamente poblado y cuenta con características que permiten que los eventos de interés se presenten con gran predominio. La localidad cuenta con una tasa de mortalidad en menores de 5 años del 17, 2%. Y una tasa de mortalidad materna del 38,8%.

Posterior a la definición de ejes estructurante y con los puntos de tensiones ubicadas en el mapa, se trazan líneas con el fin de crear un patrón o figura que permita crear una metáfora entorno a las situaciones encontradas. En la localidad de Ciudad Bolívar se construyó una Águila negra.

Mapa 14. Ubicación espacial de tensiones Ciudad Bolívar



Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSYE,

Metáfora Ciudad Bolívar

La última águila negra representa la fauna pérdida del sur de la ciudad, su imagen se relaciona con el escudo de Bogotá y su posición muestra la expansión de la población hacia el área rural.

Su ala derecha cubre población afectada por el desplazamiento, incrementando el riesgo psicosocial y la inseguridad en la localidad, adicionalmente la falta de servicios públicos empeora la salud de sus habitantes generando enfermedades transmisibles. Su ala izquierda lastimada por la acumulación indiscriminada de residuos y la emisión de gases, la tiene al borde de su extinción lo que hace difícil la respiración de la población más vulnerable.

Volar se hace ya muy difícil por la carga en su dorso, de la población marginada y enferma por la presencia mortífera de la enfermedad que aqueja a sus habitantes más jóvenes. Los rostros pálidos de sus niños desnutridos, por falta de alimentos y cuidados, hacen más difícil vivir allí.

Cuando hay una tormenta los pájaros se esconden y las águilas negras vuelan más alto; nuestra águila va en declive por el estancamiento económico y social que no le permite renovarse para emprender un nuevo ciclo.

Bibliografía

1. Anexo operativo para la acción integrada componente 2: generación de conocimiento sobre las relaciones entre condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad, Plan de intervenciones colectivas – PIC, Abril 2017 a Febrero 2018, p. 2-22
2. Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil Económico y Empresarial. Localidad Tunjuelito. Julio de 2007.
3. Caracterización Socioeconómica de la Población Encuestada con la Metodología del Sisbén III en Bogotá D.C.- Enero de 2010 a Mayo de 2015
4. Encuesta Multipropósito de Bogotá EMB 2014, Secretaría Distrital de Planeación.
5. IPES. Instituto para la Economía Social. Informe de Balance Social. Cierre a diciembre 31 de 2016. Febrero de 2017.
6. Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005.
7. Secretaria de Planeación Distrital.2015.
8. Salud SD de. Documento Técnico para el Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Vigencia agosto 2016 a marzo 2017. 2016.
9. Secretaría Distrital de Integración Social. Directorio Unidades Operativas Bogotá. 2015
10. Secretaria de Cultura Recreación y Deporte, Localidad No. 19 Ciudad Bolívar. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/localidades/ciudad-bolivar> Consultado: 27 de marzo de 2017.
11. Secretaria Distrital De Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos demográficos y socioeconómicos. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad%2019%20Ciudad%20Bol%EDvar/Monografia/19%20Localidad%20de%20Ciudad%20Bol%EDvar.pdf> Consultado: 27 de marzo de 2017

12. Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades, localidad 19 Ciudad Bolívar. Secretaría Distrital de Planeación. Imprenta Nacional. 2011. p. 32.

Versión Preliminar

Anexo

Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Vista Hermosa, localidad Ciudad Bolívar, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad presentada en el año 2016, en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Vista Hermosa, es importante mencionar que esta USS se encuentra ubicada en la localidad Ciudad Bolívar.

Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista Hermosa se registraron un total de 254.442 atenciones por consulta externa, donde el 70.1% corresponden a mujeres y el restante 29.9% a hombres.

Dentro de las principales causas de consulta externa para la USS Vista Hermosa se encuentra la hipertensión arterial con un total de 13129 atenciones que representa el 5.2%, donde las mujeres son las que más consulta triplicando a los hombres con 9753 atenciones.

Tabla Primeras diez causas de morbilidad por consulta externa, USS Vista Hermosa, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial primaria	9753	3376	13129	5,2
2	E780	Hipercolesterolemia pura	6659	2247	8906	3,5
3	J00X	Rinofaringitis aguda	2735	2084	4819	1,9
4	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	3291	445	3736	1,5
5	B82	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1958	1583	3541	1,4
6	M255	Dolor en articulación	2027	956	2983	1,2
7	M545	Lumbago no especificado	1705	809	2514	1,0
8	E039	Hipotiroidismo no especificado	2091	165	2256	0,9
9	K297	Gastritis no especificada	1473	463	1936	0,8
10	N760	Vaginitis aguda	1837	0	1837	0,7
Resto de las causas			144865	63920	208785	82,1
Total			178394	76048	254442	100,0

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

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa fueron: hipertensión esencial primaria (5,2%), hipercolesterolemia pura (3,5%), rinofaringitis aguda (1,9%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,5%), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,4%), dolor en articulación (1,25%), lumbago no especificado (1%), hipotiroidismo no especificado (0,9%), gastritis no especificada (0,8%) y vaginitis aguda (0,7%). El 82,0560284858632% corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa para las mujeres: hipertensión esencial primaria (5,5%), hipercolesterolemia pura (3,7%) infección de vías urinarias, sitio no especificado (1,8%), rinofaringitis aguda (1,5%), hipotiroidismo no especificado (1,2%), dolor en articulación (1,15), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,1%), vaginitis aguda (1%), lumbago no especificado (1%) y gastritis no especificada (0,8%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de consulta externa se identificaron las siguientes: hipertensión esencial primaria (4,4%), hipercolesterolemia pura (3%) rinofaringitis aguda (2,7%), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,1%), dolor en articulación (1,3%), lumbago no especificado (1,15), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (0,9%), dermatitis atópica no especificada (0,7%), epilepsia tipo no especificado (0,7%) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,6%).

De acuerdo al curso de vida se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el curso de vida de la vejez y la adultez, cerca de la mitad de casos corresponde a un adulto mayor de 29 años de edad.

Tabla Morbilidad consulta externa por curso de vida, USS Vista Hermosa, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	3293	1,3	3368	1,3	6661	2,6
Infancia (1 a 5 años)	14482	5,7	14868	5,8	29350	11,5
Infancia escolar (6 a 11 años)	20986	8,2	19244	7,6	40230	15,8
Adolescencia (12 a 17 años)	8876	3,5	3270	1,3	12146	4,8
Juventud (18 a 28 años)	39890	15,7	5922	2,3	45812	18,0
Adulto (29 a 59 años)	59949	23,6	14568	5,7	74517	29,3
Vejez (60 años o más)	30918	12,2	14808	5,8	45726	18,0
Total	178394	70,1	76048	29,9	254442	100

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

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 6661 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (5%), otras deformidades congénitas de la cadera (1,5%) bronquiolitis aguda no especificada (1,2%), dermatitis atópica no especificada (1,2%), luxación congénita de la cadera no especificada (1,1%), dermatitis no especificada (0,65), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,4%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (0,4%), dermatitis del pañal (0,3%) y desnutrición proteicocalórica leve (0,3%).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 29350 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: caries de la dentina (6,9%), rinofaringitis aguda (6,1%) parasitosis intestinal sin otra especificación (1,8%), dermatitis atópica no especificada (1,3%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (1%), dermatitis no

especificada (0,75), infección de vías urinarias sitio no especificado (0,6%), desnutrición proteicocalórica leve (0,6%), bronquiolitis aguda no especificada (0,5%) y rinitis alérgica no especificada (0,5%).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 40230 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de consulta externa, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: parasitosis intestinal, sin otra especificación (4,1%), rinofaringitis aguda (2,7%) dermatitis atópica no especificada (1,1%), rinitis alérgica, no especificada (1%), disminución de la agudeza visual, sin especificación (0,9%), infección de vías urinarias, sitio no especificado (0,95), dermatitis, no especificada (0,6%), dolor en articulación (0,6%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado (0,6%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (0,5%).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 12146 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: parasitosis intestinal sin otra especificación (2,2%), rinofaringitis aguda (1,2%) infección de vías urinarias sitio no especificado (1%), dolor en articulación (0,8%), gingivitis aguda (0,8%), gastritis no especificada (0,75), disminución de la agudeza visual sin especificación (0,6%), rinitis alérgica no especificada (0,5%), amenorrea sin otra especificación (0,5%) y migraña no especificada (0,5%).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 45812 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (1,2%), vaginitis aguda (1,1%) vaginitis vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (0,8%), parasitosis intestinal sin otra especificación (0,8%), amenorrea sin otra especificación (0,7%), rinofaringitis aguda (0,65), lumbago no especificado (0,5%), gastritis no especificada (0,5%), dolor en articulación (0,5%) y epilepsia tipo no especificado (0,4%).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 74517 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: hipercolesterolemia pura (4,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,4%) dolor en articulación (2,1%), lumbago no especificado (2%), hipotiroidismo no especificado (2%), vaginitis aguda (1,75), hiperlipidemia mixta (1,5%), gastritis no especificada (1,3%), hiperlipidemia no especificada (1,3%) y vaginitis vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,2%).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 45726 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (20,8%), hipercolesterolemia pura (13,9%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,7%), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,1%), dolor

en articulación (1,9%), hipotiroidismo no especificado (1,75), diabetes mellitus no insulínica sin mención de complicación (1,6%), lumbago no especificado (1,4%), artrosis no especificada (1,3%) e hiperlipidemia no especificada (1,3%).

Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista hermosa se registraron un total de 3661 atenciones por hospitalización, donde el 63% corresponden a mujeres y el restante 37% a hombres.

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (9,3%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (8,7%) bronquiolitis aguda no especificada (7,1%), neumonía bacteriana no especificada (4,4%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,6%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,15), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (3%), neumonía no especificada (2,5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,2%) y esquizofrenia paranoide (2,2%). El 53,9% corresponde al resto de las causas.

Al analizar las primeras causas de hospitalización en población general las 3 primeras incluyen infección de vías urinarias y partos, ambos casos con mayor incidencia en mujeres, el tercer evento relacionado con bronquiolitis aguda presenta una distribución equitativa por sexo, siendo este, además, el evento de lejos de mayor incidencia en hombres.

Las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización para las mujeres: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (13,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (11,7%) bronquiolitis aguda no especificada (5,4%), neumonía bacteriana no especificada (3,8%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,4%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2,65), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2%), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (2%) y neumonía no especificada (1,6%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de hospitalización se identificaron las siguientes: bronquiolitis aguda no especificada (10%), neumonía bacteriana no especificada (5,4%) infección de vías urinarias sitio no especificado (5,2%), esquizofrenia paranoide (4,4%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4%), neumonía no especificada (45), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (3,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (3,8%), celulitis de otras partes de los miembros (2,7%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,6%).

Tabla Primeras diez causas de morbilidad de hospitalización en mujeres, USS Vista Hermosa, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	262	68	330	9,3
2	O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	310	0	310	8,7
3	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	122	132	254	7,1
4	J159	Neumonía bacteriana no especificada	85	71	156	4,4
5	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	77	50	127	3,6
6	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	59	53	112	3,1
7	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte	55	51	106	3,0
8	J189	Neumonía no especificada	37	52	89	2,5
9	J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	46	34	80	2,2
10	F200	Esquizofrenia paranoide	20	58	78	2,2
Resto de las causas			1172	747	1919	53,9
Total			2245	1316	3561	100,0

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

Las atenciones por curso de vida en se observar que jóvenes y adultos son quienes mayores atenciones hospitalarias requieren en la institución seguido de lejos por vejez e infancia, como es la constante, adolescencia es el curso de vida de menor número de atenciones. Los menores de 11 años aportan el 34,2% de la notificación total, en otras palabras 1 de cada 3 hospitalizaciones se da en un menor de dicha edad

Tabla Morbilidad atendida en hospitalización por curso de vida, USS Vista Hermosa, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	195	5,5	219	6,1	414	11,6
Infancia (1 a 5 años)	289	8,1	266	7,5	555	15,6
Infancia escolar (6 a 11 años)	141	4,0	107	3,0	248	7,0
Adolescencia (12 a 17 años)	82	2,3	20	0,6	102	2,9
Juventud (18 a 28 años)	605	17,0	165	4,6	770	21,6
Adulto (29 a 59 años)	556	15,6	302	8,5	858	24,1
Vejez (60 años o más)	377	10,6	237	6,7	614	17,2
Total	2245	63,0	1316	37,0	3561	100,0

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

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 414 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso

de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (45,4%), neumonía bacteriana no especificada (8%) enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (7,5%), neumonía no especificada (5,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,9%), bronconeumonía no especificada (3,65), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,6%), laringitis obstructiva aguda (2,9%), rinofaringitis aguda (1,7%) y bronquitis aguda no especificada (1,2%).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 555 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso de vida son: enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (13,3%), bronquiolitis aguda no especificada (11,9%) neumonía bacteriana no especificada (11,5%), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,1%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (8,5%), bronconeumonía no especificada (5,45), neumonía no especificada (4,9%), síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (2,7%), amigdalitis aguda no especificada (1,4%) y asma no especificado (1,4%).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 248 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de hospitalización, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: Infección de vías urinarias sitio no especificado (10,9%), Abuso sexual (9,7%) Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (8,1%), Neumonía bacteriana no especificada (4%), Asma no especificado (3,6%), Celulitis de otras partes de los miembros (3,25), Neumonía no especificada (3,2%), Absceso periapical sin fístula (2,8%), Apendicitis aguda no especificada (2,8%) y Traumatismo de la cabeza no especificado (2,8%).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 102 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (22,5%), infección de vías urinarias sitio no especificado (10,8%) infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (4,9%), celulitis de otras partes de los miembros (2,9%), celulitis y absceso de boca (2,9%), absceso periapical sin fístula (25), abuso sexual (2%), anomalía dinámica del trabajo de parto no especificada (2%), celulitis de la cara (2%) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2%).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 770 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en hospitalización, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (30%), infección de vías urinarias sitio no especificado (8,3%) esquizofrenia paranoide (4,4%), episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (4,3%), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (4,2%), trastornos de adaptación (3,85), parto único espontáneo sin otra especificación (2,1%), falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación (1,8%), amenaza de aborto (1,6%) y falso trabajo de parto sin otra especificación (1,3%).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 858 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (10,7%), esquizofrenia paranoide (6,4%) trastorno afectivo bipolar episodio maniaco presente con síntomas psicóticos (5%), trastorno afectivo bipolar actualmente en remisión (4%), celulitis de otras partes de los miembros (3,4%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,65), episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (2,2%), neumonía bacteriana no especificada (2%), absceso periapical sin fístula (2%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (1,6%).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 614 personas fueron atendidas en los servicios de hospitalización, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (16,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (10,4%) infección de vías urinarias sitio no especificado (10,4%), neumonía bacteriana no especificada (4,4%), hipertensión esencial primaria (4,2%), neumonía no especificada (2,95), celulitis de otras partes de los miembros (2,8%), insuficiencia cardíaca congestiva (2,4%), diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación (2%) e hipercolesterolemia pura (1,8%).

Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Vista Hermosa

Para el año 2016 en la USS Vista Hermosa se registraron un total de 47784 atenciones por urgencias, donde el 63.1% corresponden a mujeres y el restante 38.7% a hombres.

Para el año 2016 las diez primeras causas de morbilidad en urgencias fueron: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,2%), rinofaringitis aguda (5,4%) infección de vías urinarias sitio no especificado (4,8%), amigdalitis aguda no especificada (4,3%), bronquiolititis aguda no especificada (2,6%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,85), otitis media no especificada (1,5%), lumbago no especificado (1,5%), gastritis no especificada (1,5%) y pulpitis (1,4%). El 68,9% corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en urgencias para las mujeres fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,8%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (5,7%) rinofaringitis aguda (4,6%), amigdalitis aguda no especificada (3,9%), bronquiolititis aguda no especificada (2%), gastritis no especificada (1,75), lumbago no especificado (1,7%), hipertensión esencial primaria (1,6%), pulpitis (1,6%) y migraña no especificada (1,5%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de urgencias se identificaron las siguientes: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (7%), rinofaringitis aguda (6,7%) amigdalitis aguda no especificada (5%), bronquiolititis

aguda no especificada (3,7%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,4%), otitis media no especificada (1,95), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,6%), herida de la cabeza parte no especificada (1,3%), hiperplasia de la próstata (1,3%) y herida del cuero cabelludo (1,3%).

Tabla Primeras diez causas de morbilidad en urgencias según sexo, USS Vista Hermosa, 2016

#	CIE 10	Causa	Mujeres	Hombres	Total	%
1	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1677	1298	2975	6,2
2	J00X	Rinofaringitis aguda	1351	1238	2589	5,4
3	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	1991	305	2296	4,8
4	J039	Amigdalitis aguda no especificada	1132	921	2053	4,3
5	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	575	678	1253	2,6
6	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte	409	444	853	1,8
7	H669	Otitis media no especificada	378	352	730	1,5
8	M545	Lumbago no especificado	490	221	711	1,5
9	K297	Gastritis no especificada	504	199	703	1,5
10	K040	Pulpitis	467	224	691	1,4
Resto de las causas			20297	12633	32930	68,9
Total			29271	18513	47784	100,0

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

Las atención por curso de vida en se observar que juventud y adulto son quienes mayores atenciones en urgencias requieren en la institución seguido por vejez, como es una constante adolescencia consulta en menor medida de todos los cursos de vida. Los menores de 11 años aportan el 38,9% de la notificación total.

Tabla Atenciones por urgencias según curso de vida, USS Vista Hermosa, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	1941	4,1	2105	4,4	4046	8,5
Infancia (1 a 5 años)	4229	8,9	4738	9,9	8967	18,8
Infancia escolar (6 a 11 años)	2747	5,7	2840	5,9	5587	11,7
Adolescencia (12 a 17 años)	1247	2,6	470	1,0	1717	3,6
Juventud (18 a 28 años)	7416	15,5	2416	5,1	9832	20,6
Adulto (29 a 59 años)	8443	17,7	3522	7,4	11965	25,0
Vejez (60 años o más)	3248	6,8	2422	5,1	5670	11,9
Total	29271	61,3	18513	38,7	47784	100

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

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 4046 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso

de vida son: rinofaringitis aguda [resfriado común] (22,8%), bronquiolitis aguda no especificada (20%) diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (7,4%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,3%), laringitis obstructiva aguda (3,1%), otitis media no especificada (2,75), amigdalitis aguda no especificada (1,9%), otra otitis media aguda no supurativa (1,6%), constipación (1,5%) y otitis media aguda serosa (1,2%).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 8967 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (12,6%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (12,3%) amigdalitis aguda no especificada (8,2%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (6,8%), otitis media no especificada (4,9%), bronquiolitis aguda no especificada (4,85), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,4%), otra otitis media aguda no supurativa (2,4%), otitis media aguda serosa (2,2%) y laringitis obstructiva aguda (2%).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 5587 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de urgencias, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: amigdalitis aguda no especificada (8,9%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,8%) rinofaringitis aguda (4,2%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,7%), amigdalitis estreptocócica (2,8%), pulpitis (25), varicela sin complicaciones (2%), otitis media no especificada (1,9%), urticaria alérgica (1,7%) y asma no especificado (1,6%).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 1717 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,6%), amigdalitis aguda no especificada (4,4%) diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,7%), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (1,9%), falso trabajo de parto sin otra especificación (1,8%), complicación relacionada con el embarazo no especificada (1,75), pulpitis (1,7%), vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,6%), migraña no especificada (1,5%) y urticaria alérgica (1,3%).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 9832 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en urgencias, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,6%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,4%) amigdalitis aguda no especificada (3,2%), falso trabajo de parto sin otra especificación (2,8%), gastritis no especificada (2,2%), migraña no especificada (25), vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte (1,9%), infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (1,8%), prolongación del primer período del trabajo de parto (1,8%) y amenaza de aborto (1,7%).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 11965 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,2%), lumbago no especificado (3,9%) gastritis no especificada (3,3%), pulpitis (2,8%), amigdalitis aguda no especificada (2,7%), hipertensión esencial primaria (2,55), migraña no especificada (2,5%), hipercolesterolemia pura (2%), bronquitis aguda no especificada (1,4%) y síndrome de la articulación condrocostal (1,4%).

Con relación al momento de curso de vida vejez, se observó que 5670 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (6,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,9%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (5,2%), hipercolesterolemia pura (4,9%), hiperplasia de la próstata (4%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (45), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (4%), lumbago no especificado (3%), bronquitis aguda no especificada (1,7%) e gastritis no especificada (1,6%).

Versión Preliminar