

**ANALISIS
DIFERENCIAL DE
POBLACIONES
Localidad Ciudad
Bolívar**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR ESE.**

Bogotá D.C. 25/10/2017

CONTENIDO

1. METODOLOGÍA	4
2. OBJETIVO GENERAL	5
3. Caracterización de las poblaciones diferenciales Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur	5
6.1. Caracterización Población Indígena, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur 6	6
Contexto Demográfico.....	6
Relación Sociocultural de pueblos Indígenas en la localidad de Ciudad Bolívar...	12
Relación de población y territorio con pertenencia étnica indígena, Localidad Ciudad Bolívar.....	17
6.1.1. Caracterización población étnica Afrodescendiente, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.....	25
Contexto Demográfico.....	25
Relación de población y territorio con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar	28
6.2. Caracterización de la Población en Condición de Discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur año 2004 – 2015.....	34
Contexto Demográfico.....	34
Análisis de morbilidad Población en condición de discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015 ¡Error! Marcador no definido.	
Intervenciones en Salud de las poblaciones con discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., Julio 2012- Junio 2015. ¡Error! Marcador no definido.	
Relación de población y territorio, población con Discapacidad Localidad Ciudad Bolívar	37
6.3. Caracterización de la Población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.....	42
Contexto Demográfico.....	42
Relación de Población y Territorio población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.	46
5.4. Caracterización Población Habitante de Calle, Localidad Ciudad Bolívar	49
Contexto Demográfico	49
Relación de Población y Territorio población Habitante de calle, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.....	51
6.5. Caracterización Población LGBTI, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur	55
Contexto Demográfico.....	55
Relación de Población y Territorio población LGBTI, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.	56
6.6. Caracterización Población en ejercicio de la prostitución, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur	59

Contexto Demográfico.....	59
Relación de Población y Territorio población en ejercicio de la Prostitución, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.	62
6.7. Caracterización Población Recicladora, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur 63	
Contexto Demográfico.....	64
Relación de Población y Territorio Población Recicladora, Localidad de Tunjuelito, Subred Sur.	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

Lista de Mapas

Mapa 1 Mapa de procedencia de las poblaciones Indígenas ubicadas en la Localidad de Ciudad Bolívar.....	18
Mapa 2 Ubicación de la Población con discapacidad, localidad Ciudad Bolívar ...	37
Mapa 3 Mapa Ubicación población Diferencial Localidad Ciudad Bolívar	70

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Pirámide Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014 2016.	8
Gráfico 2 Pirámide Población étnica Afrodescendiente Localidad Ciudad Bolívar, año 2005.	27
Gráfico 3 Pirámide población en condición de discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015	36
Gráfico 4 población con discapacidad usuarios únicos atendidos por el programa territorios saludables, localidad de Ciudad Bolívar, Julio 2012 a Junio 2016. ¡Error! Marcador no definido.	
Gráfico 4 Pirámide población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., Periodo julio 2012 a Junio 2016.	43
Gráfico 5 Comportamiento anual población habitante de calle, programa territorios saludables Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016..... ¡Error! Marcador no definido.	
Gráfico 6 Pirámide poblacional habitante de calle, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016.	50

Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de la Población Indígena por grupos quinquenales de edad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2014, 2016.....	7
Tabla 2 Indicadores Demográficos. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014 2016.....	9
Tabla 3 Momentos del curso de vida. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, año 2016.	10

Tabla 4 Aseguramiento en Salud. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, año 2016	11
Tabla 5 Total nacidos vivos con pertenencia étnica indígena, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2014 – 2016	31
Tabla 6 Población étnica indígena por cabildos, Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014, 2016	19
Tabla 7 población étnica Afrodescendiente, por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur, 2005, 2014, 2016.	26
Tabla 8. Indicadores de dinámica demográfica población étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar, año 2005, 2014, 2016.....	27
Tabla 9 Total nacidos vivos con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E. 2014 – 2016.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11 Distribución de la Población en Condición de Discapacidad por grupos quinquenales de edad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004-2015	34
Tabla 12 Población por momentos del curso de vida población en condición de discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.	35
Tabla 13. Población con discapacidad por Origen de la alteración según etapa de ciclo de vida, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015..	39
Tabla 14 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.	40
Tabla 15 Población por grupo Étnico y ciclo vital, población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.	43
Tabla 16 Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015.	44

1. METODOLOGÍA

La construcción del presente documento de Análisis de situación en salud de poblaciones diferenciales y de inclusión social se realizó desde un proceso metodológico que incluye tres momentos; el primero fue el reconocimiento de fuentes de información cuantitativa bases de datos de APS, bases de alta consejería para las víctimas, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, censo de Censo General 2005 DANE., Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas, datos registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2004-2015; la cual fue procesada en tablas de frecuencia y pirámides poblacionales, con apoyo del programa Microsoft Excel 2007 y Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007(para datos DANE).

Con relación a la información cualitativa se revisaron y consultaron documentos Nacionales como Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), Serie de Proyecciones poblacionales 2005-2015 DANE, ASIS Diferencial a nivel Nacional. Desde lo distrital se tomó en cuenta documento línea base y diagnóstico para la elaboración de perfil epidemiológico de poblaciones especiales, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, línea base para la política de etnias en el Distrito Capital. Documentos generados desde subred sur (Local) se tuvo consulto diagnósticos locales con participación social 2014-2015, boletines de poblaciones diferenciales del Programa Territorios Saludables, informes finales del equipo de Gestión de políticas y programa, diagnósticos rápidos y documento análisis de situación de salud población diferencial 2015.

En el segundo momento se conformó la mesa de poblaciones diferenciales la cual se constituyó con profesionales de gobernanza 1y 2, programas y representantes de espacios de vida cotidiana (Trabajo, Familiar, Educativo y Espacio Público); quienes a partir de la experiencia de trabajo con poblaciones diferenciales y de inclusión, aportan desde su quehacer profesional en la construcción del documento. El tercer momento es la fase de análisis y consolidación de la información y elaboración del documento con desagregación cada grupo diferencial y de inclusión social partir de la descripción del contexto demográfico, y territorial.

2. OBJETIVO GENERAL

Describir el contexto demográfico y territorial de las poblaciones: indígenas, afrocolombiano, raizales, palenqueros, víctimas de violencia armada, LGTBI, población ROM o gitana identificadas en cada una de las localidades que conforman la subred sur, con el fin de actualizar los informes anteriores.

3. Caracterización de las poblaciones diferenciales Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur

A continuación se presenta información del contexto demográfico y las relaciones de población y territorio, de las poblaciones diferenciales y de inclusión social identificadas en la localidad de Ciudad Bolívar; las cuales se encuentran organizadas en cuatro categorías como son:

Documento Preliminar

- Población con pertenencia étnica: conformada por Indígenas y Afrodescendientes, en algunas bases de datos de vigencias anteriores se identificaron registros de población Raizal y Rom-Gitanos, de acuerdo a la información de las profesional de etnias del componente gobernanza 1, se considera un error en la calidad de dato, dado que estas dos últimas poblaciones no habitan en la localidad, por ello en el presente documento no serán objeto de descripción (Raizal y Rom-Gitanos).
- Población en condición de discapacidad: personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones.(6)
- Víctimas del conflicto armado: las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.(4)
- Orientaciones sexuales e identidades de género: Se define que el sexo biológico binario (hombre–mujer) no determina necesariamente nuestra identidad, ni el deseo erótico afectivo como una experiencia posible solo con las personas del sexo opuesto, y que por el contrario, existen formas muy diversas de construir y vivir nuestra sexualidad. Deben tenerse en cuenta tres ámbitos en este aspecto: Sexo, Orientación Sexual e Identidad de Género(6)

6.1. Caracterización Población Indígena, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur

Los grupos étnicos en Colombia están conformados por los pueblos indígenas, los afrocolombianos o afrodescendientes, los raizales y los Rom o gitanos. Para el presente documento se realizara una descripción de dos poblaciones (Indígenas y Afrodescendientes). En algunas bases de datos de vigencias anteriores se identificaron registros de población Raizal y Rom-Gitanos, en la mesa institucional de trabajo de poblaciones diferenciales de la Subred Sur, las profesionales de etnias manifestaron que desde secretaria de salud estos datos se consideran como error en la calidad de dato, justificado en que estas dos últimas poblaciones no habitan en la localidad, por ello en el presente documento no serán objeto de descripción (Raizal y Rom-Gitanos).

El presente análisis de población indígena se realiza desde tres fuentes de información, la primera es el Censo DANE 2005, la segunda fuente datos oficiales entregados por secretaria de salud de las intervenciones del programa territorios saludables en el periodo 2014 a 2016 y la tercera fuente de información es un

ejercicio de análisis y gestión con la referente de política pública etnias (gobernanza 1), a partir de la entrega de censos por pueblos indígenas presentes de la localidad.

A continuación se describen características sociodemográficas de la población indígena desde el contexto demográfico donde se da a conocer población residente en Ciudad Bolívar por grupos quinquenales, pirámides poblacionales, curso de vida, aseguramiento. De igual manera se da a conocer relación Socio cultural y contexto territorial.

Contexto Demográfico

De acuerdo al censo DANE para el año 2005¹ en la localidad de Ciudad Bolívar se identificaron 889 personas con pertenencia étnica de las cuales el 51,6% eran hombres y 48,4% mujeres. Desde las intervenciones del sector salud, en el periodo 2014-2016, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) logro caracterizar 2.119 personas con pertenencia indígena (mujeres: 1.344 y hombres: 775)

Para el año 2016, de acuerdo a los datos censales de grupos indígenas (SIONA, AMBIKA PIJAO, WOAUNANA) y datos del sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI) del 2014, en la Subred Sur se identificaron 96.523 personas con pertenencia étnica Indígena donde el 54,4% (n=1.123) de ellas personas están presentes en Ciudad Bolívar.

De acuerdo a la distribución de la población indígena por quinquenios, según el censo del DANE para el año 2005 la mayor proporción de la población se ubica en las edades de 30-34 años (12,1%), seguido de 20-24 años (11,5%). Para el año el año 2016 en la población indígena predomina el grupo poblacional de 5-9 años (13,9%), seguido de 10-14 años (12,1%).

Desde las Intervenciones en Salud entre el periodo 2014- 2016 la mayor atención se da en la población menor de 5 años con 19,2%, seguido de 20 a 24 años 15,1%, la población de 15 a 19 años y de 25 a 29 años con 11% y 11,6% respectivamente.

Tabla 1 Distribución de la Población Indígena por grupos quinquenales de edad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2014, 2016

¹ Se debe tener en cuenta que en la base del Censo 2005 se identificó población indígena Coyaima Natagaima. Sin embargo este es un municipio del Tolima, por lo tanto estas personas identificadas, tienen pertenencia étnica pero no hacen parte de un cabildo indígena registrado ante el ministerio del interior en Bogotá.

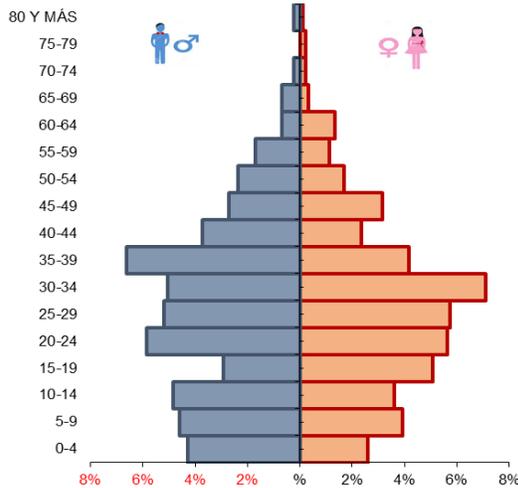
Quinquenios	2005 DANE	%	2014- 2016 APS	%	2016 PUEBLOS	%
0-4	61	6,9	407	19,2	121	10,8
5.-9	76	8,5	207	9,8	156	13,9
10.-14	75	8,4	169	8,0	136	12,1
15-19	71	8,0	234	11,0	119	10,6
20-24	102	11,5	319	15,1	127	11,3
25-29	97	10,9	245	11,6	92	8,2
30-34	108	12,1	200	9,4	92	8,2
35-39	96	10,8	92	4,3	82	7,3
40-44	54	6,1	82	3,9	64	5,7
45-49	52	5,8	58	2,7	41	3,7
50-54	36	4,0	26	1,2	24	2,1
55-59	25	2,8	50	2,4	27	2,4
60-64	18	2,0	6	0,3	13	1,2
65-69	9	1,0	7	0,3	12	1,1
70-74	4	0,4	3	0,1	6	0,5
75-79	2	0,2	2	0,1	5	0,4
80 y más	3	0,3	12	0,6	6	0,5
Total	889	100	2119	100	1123	100

Fuente * Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. ** Datos SDS 2014-2016. Localidad ciudad Bolívar. *** Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015)

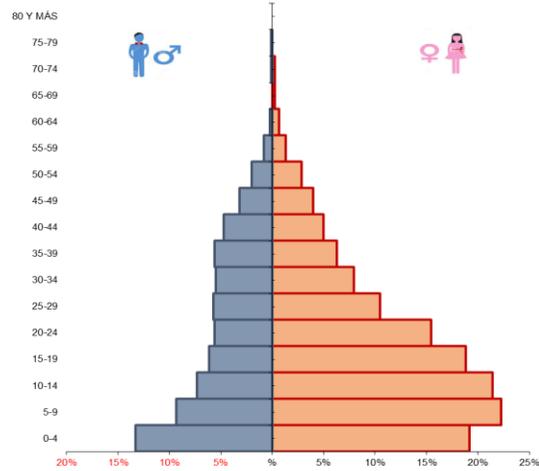
Los grafios de pirámide poblacional muestran que la población indígena en Ciudad Bolívar de acuerdo al censo 2005 se observa una base angosta, con ensanchamientos en las edades de 20 a 39 años, que indican inmigración de personas en estas edades, posiblemente debida a la recepción de población desplazada. Para el periodo 2014-2016 las intervenciones en Salud evidencian una pirámide poblacional de base ancha de lo cual se presume mayor natalidad y predominio de la población femenina frente a la masculina.

Gráfico 1 Pirámide Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014 2016.

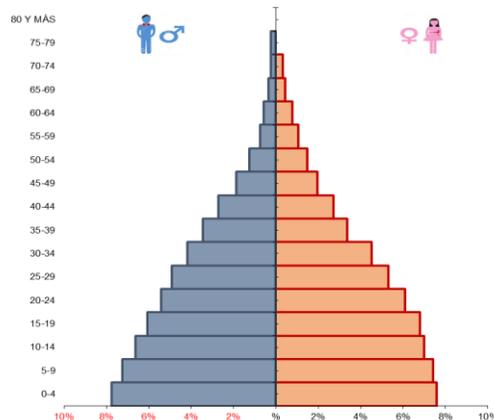
INDIGENA DANE 2005



INDIGENA INTERVENCIONES SALUD 2014-2016



INDIGENA CENSOS PUEBLOS 2016



Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Para el año 2016, la población indígena presenta una pirámide progresiva, observándose un crecimiento de la población joven, con una base ancha, y una rápida disminución de la población a medida que se acerca a la cima o a la población adulta mayor.

La relación hombre mujer en la población étnica indígena se observa en descenso, para el año 2014 por cada cien mujeres había 106,7 hombres y para el 2016 se redujo a 95 hombres por cada cien mujeres, lo cual puede estar relacionado con la migración de la población indígena por consecuencia de desplazamiento forzado a causa de la violencia.

Para el periodo 2005 a 2016, en la población indígena se observa un incremento de niños y niñas (0 a 4 años) pasando de 21 a 44 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años); de acuerdo al índice de friz la población indígena, es una población joven (191), el índice de envejecimiento muestra que por cada 100 personas, 17 correspondieron a adultos mayores de 65 años en el 2005 y 10 para el año 2016.

Ahora bien, respecto al índice de dependencia, el cual mide teóricamente la población en edades activas económicamente en relación con las inactivas, se puede revelar que para las poblaciones indígenas este índice no puede medirse como la población mestiza. Pues en los pueblos indígenas todos los miembros del hogar aportan en los quehaceres diarios y en actividades tradicionales.

Las personas mayores y adolescentes tienen labores fundamentales, en cuanto al cuidado y protección de los niños y niñas. Los adolescentes se encargan también de labores en el campo, lo cual facilita la transmisión de conocimiento ancestral. Es entonces que al cambiar de contexto las labores desarrolladas en sus pueblos de origen cambian de significado y se convierte en trabajo infantil en el caso de los adolescentes.

Tabla 2 Indicadores Demográficos. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014 2016.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2014 -2016	2016
Población total	889	2.119	1.123
Población Masculina	459	775	549
Población femenina	430	1.344	574
Relación hombres: mujer	106,74	57,66	95,64
Razón niños:mujer	21	38	44
Índice de infancia	24	41	36
Índice de juventud	30	31	30
Índice de vejez	4	2	4
Índice de envejecimiento	17	4	10
Índice demográfico de dependencia	34,90	70,13	62,99
Índice de dependencia infantil	32,17	69,00	59,21
Índice de dependencia mayores	2,73	1,13	3,78
Índice de Friz	91,29	244,53	191,20

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Con relación a los momentos del curso de vida de las comunidades indígenas presentes en Ciudad Bolívar para el año 2016, de acuerdo a los censos de

pueblos indígenas, la mayor proporción se ubica en Adultez 31,3%, seguido de Juventud 22,2% e Infancia 15%. De acuerdo al comportamiento por pueblo indígena en los Siona prevalece Adultez (27%) e Infancia (22,2%); en Ambiká Pijao en Adultez y Juventud. Para los Wounaan Adultez, Juventud y Primera Infancia. Respecto a los demás pueblos indígenas prevalecen los mismos cursos de vida presentes de la localidad.

Tabla 3 Momentos del curso de vida. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, año 2016.

PUEBLO INDIGENA	Primera infancia (0-5 años)		Infancia (6-11 años)		Adolescencia (12-17 años)		Juventud (18-28 años)		Adultez (29-59 años)		Vejez (60 años y más)		Total general	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIONA	6	9,5	14	22,2	13	20,6	12	19,0	17	27,0	1	1,6	63	100,0
AMBIKA PIJAO	20	6,5	43	13,9	45	14,5	66	21,3	117	37,7	19	6,1	310	100,0
WOAUNANA	88	26,5	59	17,8	29	8,7	71	21,4	79	23,8	6	1,8	332	100,0
CAMÉNTSÁ	2	6,3	4	12,5	7	21,9	10	31,3	8	25,0	1	3,1	32	100,0
INGA	12	12,5	14	14,6	16	16,7	16	16,7	33	34,4	5	5,2	96	100,0
KICHWA	2	8,0	3	12,0	6	24,0	6	24,0	7	28,0	1	4,0	25	100,0
MUISCA DE SUBA	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3	2	33,3	0	0,0	6	100,0
NASA	13	14,3	17	18,7	13	14,3	20	22,0	26	28,6	2	2,2	91	100,0
TUBÚ	0	0,0	4	25,0	2	12,5	4	25,0	6	37,5	0	0,0	16	100,0
UITOTO	6	15,0	6	15,0	5	12,5	6	15,0	14	35,0	3	7,5	40	100,0
YANACONA	10	8,9	8	7,1	12	10,7	36	32,1	42	37,5	4	3,6	112	100,0
TOTAL	159	14,2	174	15,5	148	13,2	249	22,2	351	31,3	42	3,7	1123	100,0

Fuente: Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Con relación al aseguramiento de la población indígena presente en la localidad 19, se observa que el 36,2% pertenecen al régimen subsidiado, el 27,8% contributivo, el 8,5% es población vinculada, un 0,4% régimen especial y el 0,6% es población sin aseguramiento. El 26,4% de los pueblos indígenas son clasificados sin dato (SD) dado que las fuentes de información no contaban con información de aseguramiento de la población; la siguiente tabla presenta el comportamiento de afiliación en salud por cada uno de los pueblos indígenas.

Tabla 4 Aseguramiento en Salud. Población étnica indígena Localidad Ciudad Bolívar, año 2016

PUEBLO	subsidiado		contributivo		vinculado		Régimen Especial		Sin aseguramiento		SD		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AMBIKA PIJAO	70	22,6	100	32,3	0	0,0	0	0,0	6	1,9	134	43,2	310	100,0

CAMĒNTSÁ	5	15,6	12	37,5	15	46,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	100,0
INGA	71	74,0	6	6,3	19	19,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	100,0
KICHWA	19	76,0	6	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	100,0
MUISCA DE SUBA	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
NASA	32	35,2	47	51,6	10	11,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	91	100,0
TUBÚ	10	62,5	6	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0
UITOTO	7	17,5	18	45,0	0	0,0	4	10,0	1	2,5	10	25,0	40	100,0
YANACONA	33	29,5	73	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,4	112	100,0
WOUNANA	154	46,4	44	13,3	52	15,7	0	0,0	0	0,0	82	24,7	332	100,0
SIONA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	63	100,0	63	100,0
TOTAL	407	36,2	312	27,8	96	8,5	4	0,4	7	0,6	297	26,4	1123	100,0

Fuente Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Al encontrar un porcentaje elevado de población indígena con afiliación al régimen contributivo, indica que una proporción importante de personas han encontrado en la ciudad oportunidades laborales pero estas son temporales, por lo que aseguramiento está determinado por la cantidad de meses que dura su contrato. Aún persiste población sin aseguramiento, debido al desconocimiento de rutas de acceso al sistema de salud², o también por posibles dificultades con la portabilidad entre entes territoriales quienes ponen barreras para hacer el traslado a la ciudad o sencillamente se encuentran personas con renuencia al entrar al sistema de salud al contar con carta de población especial por la condición de desplazamiento forzado, la cual les da acceso a los servicios de salud en urgencias.

Con el fin de lograr atención con enfoque diferencial de la población étnica de Bogotá, la SDS como ente que garantiza el derecho a la salud en el Distrito capital a través de las subredes de salud, se articula con las autoridades tradicionales indígenas, con el fin de apoyar y gestionar alianzas con la Asociación Indígena del Cauca – AIC-. Esto con el fin de revisar los diferentes censos de población étnica y así establecer la ruta de afiliación y atención de las comunidades a dicha asociación para la prestación del servicio en Bogotá, con esto se garantiza acceso a la atención ancestral.

Relación Sociocultural de pueblos Indígenas en la localidad de Ciudad Bolívar

*Dentro del proceso de caracterización se ha identificado desconocimiento de la ley de movilidad entre regímenes.

En la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2016 se identificó habitabilidad de once pueblos, para la descripción y análisis de relaciones socioculturales se toman categorías de cosmovisión cultural, tipología familiar, vivienda, organización política y cuidado de la salud desde el enfoque étnico para los pueblos más representativos en la localidad.

Cosmovisión Cultural:

El pueblo **Siona** (Katucha-Pai, (gente del río de la caña brava). Incorporo diversos elementos de la tradición judeo-cristiana. Cuentan con un Chamán, denominado “Curaca”, quien se encarga de officiar las ceremonias, las curaciones y de administrar el yagé, entre otras actividades. El uso del yagé se considera el medio a partir del cual se establece comunicación con los seres mitológicos que manejan el universo. En el pueblo Siona el espacio sagrado, es la madre tierra, en ella en ella se desarrollan actividades de trabajo agrícola, y rituales, estrechamente relacionados con su identidad.(3)

Las comunidades kichwa, han enseñado que el cosmos está compuesto por tres espacios. El primero es el Jonan, que es el mundo espiritual; el segundo es el Kay Pacha, que es la naturaleza en la que se vive, es el lugar donde viven los seres humanos y, el tercero, es el Uku Pacha, que es el mundo de adentro. Hay seres de la naturaleza que están tanto dentro del Uku Pacha, como del Kay Pacha. También existe el Jawa Pacha, en donde está los espíritus como los astros y las deidades”. Los Kichwa son bilingües, hablan español y Runa-shimi, lengua difundida en gran parte por los misioneros jesuitas.(4)

En la cosmogonía de los Pijao, la interpretación organizativa del cosmos está dividida en cuatro capas. La primera capa del mundo es salada, ella sostiene el mundo y allí habitan los gigantes de origen. La segunda capa sustenta el agua dulce, hábitat de importantes personajes míticos como el Mohán y el Poirá y otros como la Madre de Agua y El Coco. La tercera capa es seca, la tierra, sostenida por dos vigas de oro. La cuarta capa es donde se encuentra el sol: Ta, “es caracterizada por la luz, la fuerza y el calor”. La cosmología Pijao termina por configurarse como un sincretismo entre la construcción del cosmos que tenían los antiguos indígenas y la influencia de la religión católica cristiana(5).

En la cosmogonía Wounaan Ewandama es el héroe cultural que creó el mundo y a la gente del Río Baudó. Los ancianos Wounaan heredan a las siguientes generaciones las costumbres, creencias y normas de su sociedad, a través de relatos, consejos y conversaciones, propios de la tradición oral, además de que les instruyen en todos los oficios y papeles con los que deben desenvolverse en su comunidad. Las abuelas y las madres adiestran a sus nietas además de enseñarles las labores domésticas, les enseñan a conocer y manejar el territorio,

para la explotación agrícola, pero también a concebir el territorio como espacio tual y simbólico, a través del respeto de los lugares habitados por diferentes espíritus, así como de los sitios históricos y sagrados de la cultura Wounaan y Siepien(6).

Tipología Familiar

Para el pueblo Siona la familia nuclear es la célula de su organización social y el cabildo sustenta la organización política. La familia es nuclear patrilineal, ambos cónyuges participan en la toma de decisiones. El papá, jefe del hogar junto con la mamá, se encarga de la educación inicial de los hijos, aunque este papel se ha descuidado en aspectos como la enseñanza del idioma materno. Padre y madre enseñan a los hijos e hijas, respectivamente las labores que deben realizar cuando ellos conformen sus hogares. Los términos de parentesco y los roles familiares tradicionales han variado a la denominación en castellano y la asunción de roles al interior de la familia. (3)

Para el pueblo Kichwa (ayllus), la familia es el centro de la socialización de este pueblo. Entre las familias existen fuertes redes de parentesco con sistemas de intercambios materiales y simbólicos y de cooperación. Los matrimonios suelen ser monógamos y exógamos con otros grupos indígenas de la región. Está permitido el matrimonio bilateral entre primos cruzados. Al interior de las familias, la toma de decisiones es conjunta entre la esposa y el esposo. La transmisión de la cultura Kichwa está en manos de los abuelos, quienes dan consejo a las generaciones más jóvenes, se encargan del castigo a los niños, niñas y jóvenes, así como de enseñarles a tener una buena chagra, y realizar los oficios tradicionales. (4)

Para el pueblo Ambika Pijao el mantenimiento de las familias extensas como unidades sociales y la endogamia (matrimonio entre personas de la misma casta, raza, comunidad o condición social), son parte fundamental dentro de las relaciones familiares.(7)

La estructura social Waunana está basada en familias extensas en un sistema de parentesco que reconoce parientes tanto por línea paterna como materna. El conjunto de familiares de un individuo es de cuatro grados de consanguinidad, lo que constituye una parentela. No hay otro tipo de grupo como linajes o clanes. Según sus normas sociales, está prohibido unirse en matrimonio con algún miembro de la parentela o con alguna persona no indígena. El control social interno está en manos del jefe de familia, por lo general el más anciano, quien orienta el lugar del asentamiento, asigna terrenos para los miembros de la familia y resuelve aquellos conflictos que son de su injerencia, pues los conflictos generados por delitos culturales los tratados por el respectivo cabildo. (6)

Vivienda

Tradicionalmente las viviendas de las comunidades Siona eran construidas en yaripa y chonta. Su diseño se caracteriza por ser amplio y con pocas divisiones. Las cocinas se edifican aparte. En la actualidad la yaripa fue remplazada por la madera, y el cambú por el zinc. (3)

Para el pueblo Ambika Pijao respecto a la vivienda la población refiere un déficit habitacional relevante, del total de los núcleos encuestados un 65% viven en casas o habitaciones arrendadas, con mínimo dos núcleos familiares, en condiciones de hacinamiento, un 35% describen sus lugares de habitación como propios o en proceso de adquisición con recursos propios, y en muy pocos casos comentan la adjudicación de algún subsidio por parte del Estado. Respecto a ambos tipos de vivienda relación riesgos estructurales y peligro frente a desastres naturales. (5)

Para el pueblo Wounaan el tipo de vivienda es conocida tradicionalmente como tambo, consiste en un armazón de madera de planta circular o rectangular, construida sobre pilotes a una altura de 1.50 o dos metros sobre el nivel del suelo, con techo cónico de hojas de palma. Se asciende por un madero al que se le hacen muescas a manera de peldaños. La mayoría de las veces los tambos no tienen paredes exteriores ni divisiones internas, el piso se hace de estrellitas de palma, sobre una base de tierra se construye el fogón y a su alrededor se desarrollan actividades cotidianas diurnas y nocturnas. Cada vivienda está generalmente aislada, aun cuando en algunos casos se encuentran dos o tres tambos juntos, pertenecientes a miembros de la misma unidad doméstica. Están siempre localizados en la orilla de un río que sirve de vía de comunicación y lugar para actividades de aseo y recreación. El mobiliario doméstico se compone fundamentalmente de cestos, muy variados en materiales, formas y tamaños según sus funciones: pequeños bancos, repisas y otros objetos de madera y palmas, cortezas de árbol moldeadas para almacenar productos de cosecha o para descansar en las noches.(6)

Organización Política Indígenas

Siona: El cabildo está conformado por el gobernador, alcalde mayor, secretario, tesorero y alguaciles. El gobernador escoge libremente su gabinete. A través del cabildo el pueblo Siona mantiene vínculos con las instituciones. Las reuniones del cabildo se hacen periódicamente, las convoca el gobernador, con la participación de por lo menos una persona por familia, con las propias normas de sanción y mecanismos de cumplimiento para los ausentes. Los cabildos se agrupan en la ACIPS (Asociación de Cabildos Indígenas del Pueblo Siona). (3)

Para el pueblo Kichwa la máxima autoridad de un Ayllu era el *Yachac* o *shaman*. Actualmente, mantienen su rol en la conservación del equilibrio de los ecosistemas y recursos naturales, y en la armonización de la vida social. Sin embargo, la autoridad del Ayllu es el *Curaca*, un hombre mayor reconocido por su sabiduría y buenas relaciones sociales, cuyos conocimientos ancestrales y vivencias lo convierten en la persona idónea para dirigir las actividades cotidianas de su ayllu. Los Kichwa plantean sus propias instituciones, leyes y normas, para reducir la necesidad de apoyo externo, organizarse y ejercer sus derechos.(4)

Ambika pijaco la autoridad política y administrativa está en cabeza del cabildo cuyos miembros son designados por la asamblea general quien a su vez es la máxima autoridad, así mismo, los miembros de la comunidad manifiestan que todos los aspectos relacionados con el ejercicio de su gobierno propio y jurisdicción especial se encuentran plasmados en los lineamientos del cabildo los cuales fueron construidos colectivamente. La sede del cabildo Ambiká se ubica en la localidad de Usme. (5)

Para la comunidad Woanana el Cabildo Gobernador es la autoridad tradicional local permanente. Además del gobernador, los médicos tradicionales o Bën'kunn, y los pensadores o Jaibanás, son figuras de autoridad y sabiduría para toda la comunidad.(6)

Sistema de Salud Medicina ancestral

Siona: El Curaca (Chamán), con la medicina tradicional anteriormente era el encargado de orientar y aconsejar, curar, ejercer control social, control territorial y justicia. El papel del curaca era el de mediar entre las amenazas de las fuerzas sobrenaturales -hambre, enfermedad y malevolencia- y la comunidad. Las generaciones actuales solo poseen un conocimiento fragmentario de este sistema, persistiendo únicamente algunos principios generales, como la creencia en espíritus animistas que habitan el universo e influyen el mundo, pero los detalles y los nombres, e inclusive la concepción de estos fenómenos, han cambiado considerablemente (3).

Pueblo Kichwa cuenta con parteras, chamanes, sobadores. En medicina tradicional se contempla el parto intercultural, basado en la atención del alumbramiento en posición vertical-horizontal. La partera (Pakaricjik Mama), es la encargada de brindar la atención en el parto y posparto. Además, lleva a cabo el proceso conocido como 'encaderamiento', en el cual se recomienda consumir plantas en infusiones o colocarse los denominados emplastos. Al mismo tiempo, se apoya con baños de plantas calientes para recuperar las energías que se consumen durante el parto. Jatuk, que en español significa 'fregador', es el encargado de ayudar en la recuperación de lesiones, torceduras y desgarres

musculares, da masajes antiestrés y además, conoce cómo tratar el mal de aire. Para realizar los diagnósticos se recurre a la orina, a una vela o al pulso. El responsable de estas pruebas es el Yachak, que significa 'sabio'.(5)

Para Ambika Pijao la medicina ancestral es la base fundamental de la supervivencia, su eje principal es el Mohán, The Wala, Jaibana, o Chaman, y su principal misión es buscar el equilibrio del mundo. Ser indígena es convivir con la naturaleza, respetarla, pedirle ayuda y armonizar los mundos. Para los Médicos Ancestrales los seres humanos, la naturaleza y el mundo espiritual corren equilibradamente, cuando se interrumpe esta armonía, el cuerpo se enferma. La enfermedad es todo lo que produce tristeza, aburrimiento, ahogo para trabajar en el monte, debilidad, ataduras, quita el apetito y causa dolor. Los curanderos, parteras, sobanderos, yerbateros son necesarios para la vida social y espiritual de la comunidad. Trabajan por la salud, mantienen el equilibrio y entrelazan la naturaleza con el individuo.(8)

El sistema médico Emberá-Chamí (Wounaan) presenta varios actores los cuales están organizados jerárquicamente; en el nivel inferior se encuentran los comuneros los cuales presentan prácticas de autocuidado y autoatención de la salud fundamentada en el saber de las madres o abuelas, es el nivel mínimo de conocimientos sobre la intervención de la enfermedad y aplica para dolencias poco graves. En el segundo nivel están los sobanderos quienes son los especialistas en ortopedia y traumas, en las lesiones graves hacen una atención inicial antes de la remisión al hospital. En tercer lugar están los rezanderos y curanderos, éstos intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y algunos físicos, los primeros tienen como principal recurso el rezo o la conexión con los espíritus, mientras que los segundos la etnobotánica. En el cuarto nivel están las parteras quienes se especializan en la atención del recién nacido y las mujeres durante y después de la gestación. En el quinto nivel se encuentran los médicos tradicionales quienes actualmente son las figuras más relevantes en el resguardo, éstos poseen la sabiduría ancestral y de la madre tierra sobre etnobotánica y el dominio espiritual; como mensajeros de la deidad son los encargados de realizar armonizaciones, ceremonias y ritos, poseen la sabiduría para reparar acciones negativas contra la naturaleza, el espíritu, el individuo y la comunidad; son los encargados de atender las enfermedades más graves, aunque esto no implica que no realicen atención de otro tipo de enfermedades.(9)

Relación de población y territorio con pertenencia étnica indígena, Localidad Ciudad Bolívar

La relación de los pueblos indígenas con sus tierras y territorios tradicionales constituye, parte fundamental de su identidad y espiritualidad, está profundamente arraigada en su cultura y en su historia. El deterioro gradual de las sociedades

indígenas se remonta al no reconocimiento de la profunda relación que los pueblos indígenas tienen con sus tierras, sus territorios y sus recursos(10).

Procedencia, de la población con pertenencia étnica indígena, Localidad Ciudad Bolívar

Pueblo Siona: se nombran a sí mismos Katucha-Pai o “gente del río de la caña brava”. Viven al sur de la Amazonía, en la frontera con el Ecuador, en el Medio río Putumayo, río Piñuña Blanco y Cuehembí (Putumayo). Sus principales resguardos son Buena Vista y Santa Cruz; además, habitan la comunidad de El Hacha y las riberas del Putumayo, en Puerto Leguízamo y en Puerto Asís. (11)

Pueblo Wounaan (“gente”): se ubica en los departamentos de Chocó, Valle del Cauca y Bogotá, más específicamente en la cuenca del bajo San Juan, municipios de Pizarro e Itsmína, en el río Curiche, municipio de Juradó, y en el río Docampado en territorio colombiano. Del mismo modo, habitan la comarca Emberá-Wounaan, Panamá, en la región del Darién, tierra del río Tuira.(11)

Yanacona: habita en zonas urbanas, viven al sureste del departamento del Cauca, en el Macizo Colombiano, en los municipios de Sotará, La Vega, Almaguer, San Sebastián y La Sierra. En El Huila, se encuentran en los municipios de Pitalito y San Agustín, en los resguardos de Rumiyaço y San Agustín, respectivamente.(11)

El pueblo Kichwa: está asentado en el bajo Putumayo, específicamente en Puerto Leguízamo, Valle del Cauca y Antioquia.(11)

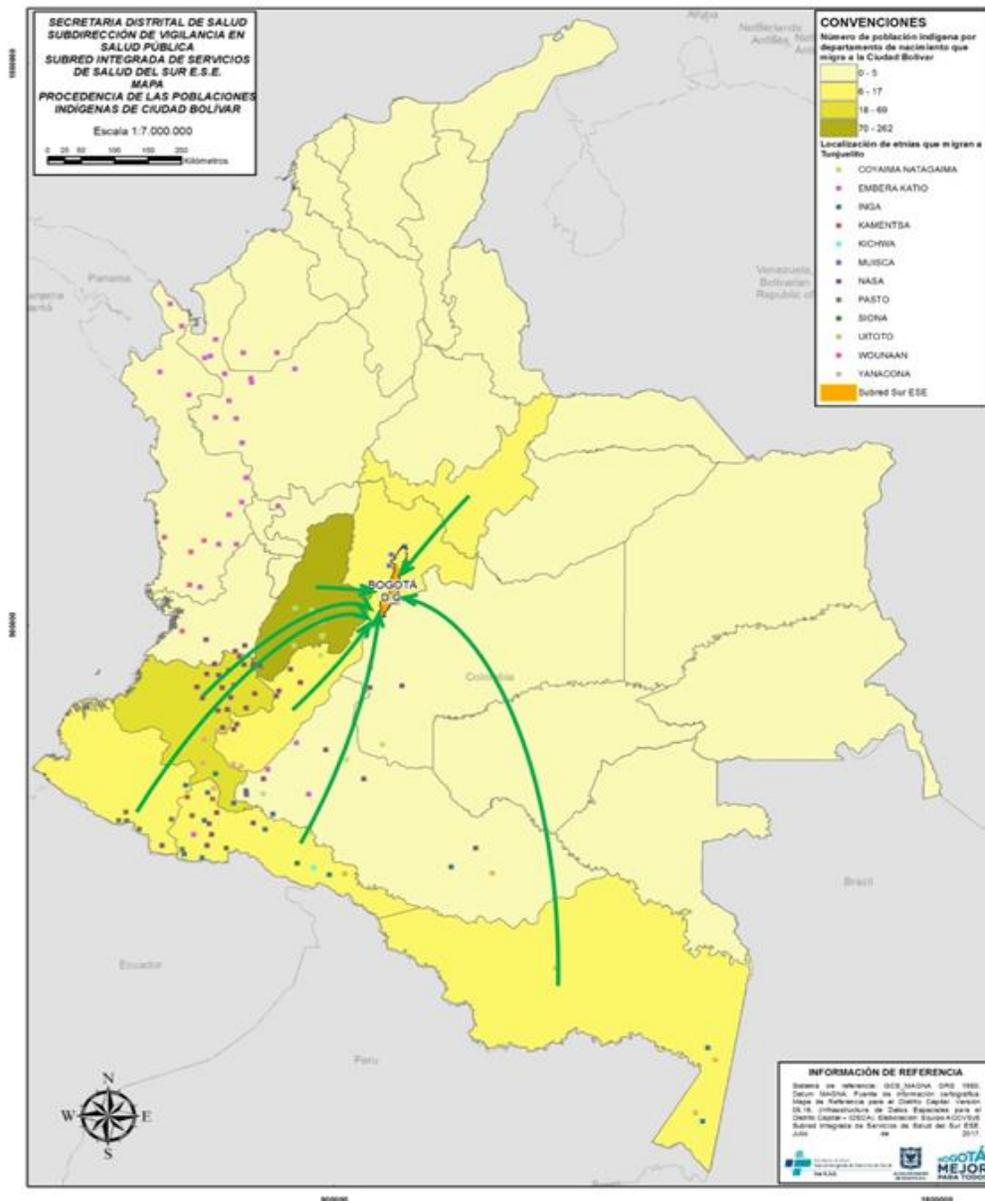
Pueblo Camëntsa, está asentado principalmente en el Valle de Sibundoy, Putumayo, en dos resguardos en Mocoa: Inga- Kamsá y Camentsá-Biya, donde comparte territorio con el grupo indígena Inga, en el Valle de Cauca y Nariño..(11)

Pueblo Inga La mayoría de ellos, habita en el departamento de Putumayo, especialmente en el Valle del Sibundoy, a 2,200 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, pueden encontrarse miembros de la comunidad Inga en Nariño, en el Cauca y en zonas urbanas de Bogotá y Cali. (11)

Mapa 1 Mapa de procedencia de las poblaciones Indígenas ubicadas en la Localidad de Ciudad Bolívar



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



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

Ubicación de la población con pertenencia étnica indígena, Localidad Ciudad Bolívar

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.:4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Para realizar el análisis de la ubicación étnica en la localidad, se muestra inicialmente la distribución por cabildos.

Tabla 5 Población étnica indígena por cabildos, Localidad Ciudad Bolívar, años 2005, 2014, 2016

PUEBLO	2005		2014		2016	
	N	%	n	%	n	%
SIONA	7	0,8	0	0,0	63	5,6
AMBIKÁ PIJAO	332	37,3	192	23,9	310	27,6
WOUNAAN	0	0,0	153	19,1	337	30,0
MUISCA	77	8,7	6	0,7	6	0,5
CAMÉNTSÁ	27	3,0	32	4,0	32	2,8
KICHWA	0	0,0	27	3,4	25	2,2
INGA	49	5,5	108	13,4	95	8,5
NASA	44	4,9	98	12,2	91	8,1
TUBÚ	0	0,0	16	2,0	11	1,0
UITOTO	8	0,9	40	5,0	41	3,7
PASTOS	17	1,9	3	0,4	0	0,0
YANAICONA	53	6,0	128	15,9	112	10,0
EMBERA KATIO	8	0,9	0	0,0	0	0,0
INDIGENAS ECUADOR	8	0,9	0	0,0	0	0,0
OTROS GRUPOS	259	29,1				
TOTAL	889	100,0	803	100	1123	100,0

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Según la información consultada en el DANE 2005, el pueblo Coyaima Natagaima³ representaba el 37,3% del total de la población Indígena que habitaba la localidad de Ciudad Bolívar en dicho periodo. Seguido por otros pueblos con una participación del 8,7%, el pueblo Muisca 8,5% y en menor proporción Siona 0,8%.

En Ciudad Bolívar se ha ido incrementando el número de familias y personas con pertenencia étnica, a través del tiempo, los cuales se han ido organizado y creando redes de apoyo que potencian su desarrollo y visibilización en la ciudad.

El sector Salud a través de las diferentes acciones del Plan de Intervenciones colectivas –PIC- y los espacios de encuentro con las comunidades Indígenas presentes en la localidad, identificaron 1.123 personas pertenecientes a poblaciones indígenas para el año 2016, la mayor proporción pertenece al cabildo Wounaan con el 30%, en segundo lugar se encuentra la población Ambika Pijao con 27,6% y tercer lugar la población Yanacona con el 10%.

³ Indígenas de Ecuador es una categoría que engloba a las personas con pertenencia étnica que provienen de la república del Ecuador.

Se han considerado varias razones por las cuales las comunidades indígenas han migrado, la primera razón a considerar es el desplazamiento forzado del país como resultado del conflicto interno y, como segunda razón, se encuentra que las personas al buscar mejorar sus condiciones económicas y educativas, deciden trasladarse a la ciudad.

Al llegar a Bogotá, se encuentran un contexto diferente al originario, pues la ciudad al ser una urbe grande, en ocasiones los migrantes se encuentran con cierta indiferencia institucional, pues no encuentran respuestas y apoyos de forma inmediata a sus necesidades. Es por esto que las personas deciden buscar apoyo en compañeros que previamente se establecieron en la ciudad, se organizan y forman grupos de comunidades indígenas, con lo que de alguna forma también se logra conservar la lengua materna y continuar con prácticas culturales, espirituales y físicas.

Ahora bien, al revisar el Mapa. Se observa que la UPZ 67 El Lucero, es la que cuenta con mayor presencia de población indígena, entre las que se destaca el pueblo Wounaan el cual tienen algunas subdivisiones dependiendo del corregimiento y municipio al cual pertenecen, también se han identificado familias de pueblo Uitoto, Yanacona, Inga y Camëntsa los cuales se establecen en los barrios Alpes, Paraíso,

La UPZ el Lucero tiene características de zona de expansión por lo que aún se encuentran lotes baldíos que están a disposición para la construcción de unidades de vivienda, esta puede ser una de las principales razones para que estas comunidades se asienten en este lugar, pues al poder construir sus propias viviendas, son adecuadas según sus requerimientos habitacionales y ocasiones edifican especies de malocas que sirven para sus reuniones comunitarias. En cuanto a la oferta institucional, se ha encontrado que en los colegios villas del diamante, fe y alegría y compartir son los principales receptores de niños, niñas y adolescentes con pertenencia étnica.

La UPZ 69 Ismael Perdomo, es la segunda que cuenta con mayor número de población indígena, encontrándose pueblos Siona, Ingas, Camëntsa y Ambiká de la etnia Pijao. Esta UPZ se caracteriza por ser zona de expansión urbana que limita al noroccidente con el municipio de Soacha. En la parte alta de la UPZ se encuentran barrios ilegales que se han ido constituyendo desde los años 80. En su gran mayoría las viviendas están construidas en materiales no convencionales, madera, tejas, etc. La oferta institucional no es adecuada en la zona, pues no se cuenta con un número importante de Unidades de atención en salud o presencia de instituciones gubernamentales de restitución de derechos. En contraposición, las fundaciones y ONG son las encargadas de apoyar a la comunidad en general.

La UPZ El Tesoro se encuentra en la parte sur de la localidad, allí se encuentran comunidades Nacuy Abechuco, Wounnan, Tubú. La UPZ es zona de expansión urbana, se encuentra un gran número de asentamientos ilegales que no cuentan con las condiciones para la habitabilidad, pues algunos no cuentan con servicios públicos. Como característica principal de la zona, se encuentra el Colegio la Arabia, cuenta con un aula especializada para la enseñanza de los y niñas de comunidad Wounaan.

En cuanto a los tipos de vivienda que habitan las comunidades indígenas en la localidad son tomadas en arriendo y según información de las intervenciones realizadas a estas comunidades, se ha encontrado que en apartamentos se hallan conviviendo hasta tres familias, por lo que el hacinamiento es notorio. (ver mapa al final)

CONDICIONES DE VIDA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE INDIGENAS

Al realizar un análisis sobre condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en las poblaciones indígenas que habitan la localidad de ciudad bolívar, se debe partir del empleo, la vivienda y el acceso a la salud, teniendo en cuenta que estas variables pueden dar una mirada a las desigualdades en estas poblaciones.

Respecto al desempleo se encuentra que, en el estudio sobre el derecho de las víctimas al trabajo, la formación y la generación de ingresos, señalan que la población indígena, afro y desplazada cuenta con una tasa de desempleo de 35.5% superior a la tasa nacional que fue de 10.2% en el año 2012. Las mujeres representan el 56.1% de la población desplazada desempleada” Rodríguez (2014). Una de las principal fuentes de empleo de las personas ocupadas es el sector informal no asalariada, es decir, en las actividades de rebusque y otras actividades que no generan un contrato laboral con sus respectivas prestaciones sociales, como en construcción, ventas informales y, en el caso de las mujeres, como empleadas de servicio. Esto causa la baja satisfacción de necesidades y mejorar la calidad de vida, limita el acceso de las comunidades a tener recursos para acceder a mejores servicios domiciliarios, educación, salud y esparcimiento.

La situación de vivienda está condicionadas por los ingresos de las familias, es entonces que familias numerosas deben compartir un techo, el cual en ocasiones no cumple con las condiciones higiénicas sanitarias para vivir, debido a que no cuentan con servicios públicos y otros factores que posibilitan la vivienda.

Ahora bien, lo que respecta a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso que van desde lo cultural, administrativo, económico y barreras propias. El derecho a la salud es universal y cada Estado debe garantizar el acceso a todos

sus ciudadanos sin distinción. Sin embargo, en la localidad se encuentran barreras de acceso de tipo cultural, el idioma es un factor primordial pues es el mecanismo por el cual se interactúa. Los indígenas que llegan a Bogotá y no saben español encuentran dificultad en las consultas pues no pueden exponer con facilidad sus molestias y los profesionales de la salud dan sus indicaciones y dan por comprendida la información.

Esto de alguna forma ha generado renuencia por parte de las personas, quienes prefieren continuar con sus creencias respecto al cuidado de la salud, relacionadas con las prácticas culturales y tradicionales, con el uso de medicina ancestral y consultando a las personas que saben del tema y que hacen parte de sus pueblos. Sumado a lo anterior se encuentra que en las USS no cuentan con talento humano con pertenencia étnica o capacitada en enfoque diferencial que genere confianza y adherencia a los programas

Otra barrera de acceso identificada es el administrativo, pues se encuentra dificultad en los traslados de ente territorial. Pues en ocasiones no se logra el traslado y/o desvinculación de EAPB de su ciudad de origen y cuando se gestionan la autorización de servicios algunas refieren no tener puntos de atención en Bogotá.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud población Indígena

Natalidad

De los 40475 nacimientos entre los años 2013-2016, el 0,1% (58) pertenece a población Indígena. El mayor número de nacimientos de población indígena se presentó en el año 2015; sin embargo el comportamiento porcentual de nacimientos es estable en los periodos analizados.

Tabla 6. Total nacidos vivos con pertenencia étnica Indígena, Localidad Ciudad Bolívar. 2013– 2016

Año	Indígena		Tasa bruta de natalidad Indígena	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	# nacimientos	% del total de nacimientos en la localidad			
2013	5	0,1	0,01	9993	15,1
2014	14	0,1	0,02	10514	15,6
2015	24	0,2	0,03	10265	14,9
2016	15	0,2	0,02	9703	13,5

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAFL.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud.2013-2016

La tasa bruta de natalidad para el año 2016, en población étnica Indígena en Ciudad Bolívar, fue de 0,02 nacimientos por 1000 habitantes, se observa una reducción de 0,9% en comparación a la tasa bruta de natalidad del 2013.

Mortalidad Evitable

Tabla 7. Mortalidad evitable población Indígena, Localidad Ciudad Bolívar. 2013– 2016

Mortalidad Evitable	2013		2014		2015		2016	
	casos Indígena	total						
Materna	0	2	0	3	0	4	1	1
Perinatal	0	126	0	152	0	161	0	159
Neumonía	0	7	0	6	1	8	1	13
SIDA	1	31	0	22	0	22	0	4
IRA	0	4	0	8	0	6	0	5
Infantil	1	108	0	0	2	96	2	111

Fuente: Base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales.2013-2016

Al revisar los casos de mortalidad evitable en población con pertenencia étnica Indígena, se encuentra que en los años 2013 a 2016 no se han presentado casos de IRA y mortalidad Perinatal en esta población. Se presentaron 2 casos de mortalidad infantil relacionadas con Falla Multiorganica y Falla Respiratoria. En cuanto a casos de mortalidad Materna y SIDA se han presentado un caso por cada evento.

Análisis de morbilidad de las poblaciones étnica Indígena

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

Tabla 8. Eventos de notificación en población étnica Indígena, según subsistemas de vigilancia en salud pública, para los años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos Indígenas	31	12	21	43
	Total Notificado	2584	2759	4266	4583
	% Indígenas	1,2	0,4	0,5	0,9
SIVECOS	Casos Indígenas	1	1	3	3
	Total Notificado	697	884	1281	1274
	% Indígenas	0,1	0,1	0,2	0,2
VESPA	Casos Indígenas	0	0	0	3
	Total Notificado	263	0	0	116
	% Indígenas	0,0	0,0	0,0	2,6
SIVIGILA	Casos Indígenas	13	12	22	34
	Total Notificado	7157	2974	8787	8628
	% Indígenas	0,2	0,4	0,3	0,4
SIVELCE	Casos Indígenas	0	0	4	5
	Total Notificado	0	619	1135	2249
	% Indígenas	0	0	0,4	0,2

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

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

Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 4583 casos; de los cuales 43 (0,9%) se presentaron en población Indígena. En relación a los tipos de violencia la principal causa es negligencia con 62,8%, seguido de violencia económica y física con 16,3% respectivamente, violencia sexual con 9,3% y abandono con 2,3%. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100%. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las

mujeres con 69,8% son las mayores víctimas de violencia y el 30,2% se presenta en hombres.

El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo al subsistema VESPA, en 2016 se notificaron 116 personas, de las cuales 2,6% son población Indígena; al comparar el evento de acuerdo al sexo el 66,7% se presenta en mujeres de 14-17 años y el 33,3% en hombres de la misma edad.

6.1.1. Caracterización población étnica Afrodescendiente, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur

Los análisis de población Afrodescendiente se realiza desde dos fuentes de información, Censo DANE del 2005 y base de datos de intervenciones del PIC del periodo 2014- 2016 suministrados por la secretaria Distrital de salud. Partimos describiendo las características sociodemográficas de la población Afrodescendiente desde el contexto demográfico, comportamiento por grupos quinquenales, pirámides poblacionales, población por momento del curso de vida y aseguramiento.

Antes de iniciar el análisis demográfico, es importante esclarecer lo que se entiende por afrodescendiente, parafraseando la Ley 70 de 1993 en el artículo N°2, se *“define a la comunidad negra, como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que posee una cultura propia, comparte una historia, y [que] tiene sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revela y conserva conciencia de identidad que la distingue de otros grupos étnicos”*. Partiendo de lo anterior, es común encontrar a personas con fenotipo y características afrodescendientes pero no se identifican como tal.

Contexto Demográfico

El censo DANE del 2005 reporta la existencia en Bogotá de 96.523 personas que se auto reconocen como población étnica afro-colombiana, de los cuales el 2,1% de esta población se ubican en la Subred Sur y el 5,8% (n=5633) residían en Ciudad Bolívar, donde el 50,5% eran hombres y un 49,5% Mujeres. Desde las intervenciones del sector salud entre el 2014 al 2016, el PIC logro caracterizar 897 personas con pertenencia afrodescendiente, donde el 33,8% son hombres y el 66,2% Mujeres.

Según la distribución de la población Afrodescendiente identificada en el censo del 2005 en Ciudad bolívar los grupos quinquenales con mayores proporciones se

ubicar en los grupos de edad de 25 a 29 años (11,8%), 5 a 9 años (11,4%), 0 a 4 años (10,6%), 10 a 14 años (10,3%), 15 a 19 años (9,1%) y 20 a 24 años (9,8%). Respecto a las intervenciones en salud por quinquenios predomina la atención en población de 0-4 años con el 19,1%; seguido de la población de 5 a 9 años con 14,7% y de 10 a 14 años 11,1%.

Tabla 9 población étnica Afrodescendiente, por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur, 2005, 2014, 2016.

Edad	DANE 2005		PIC-2014-2016	
	N	%	N	%
0 a 4 años	596	10,6	171	19,1
5 a 9 años	640	11,4	132	14,7
10 a 14 años	583	10,3	100	11,1
15 a 19 años	513	9,1	84	9,4
20 a 24 años	551	9,8	79	8,8
25 a 29 años	662	11,8	69	7,7
30 a 34 años	581	10,3	62	6,9
35 a 39 años	479	8,5	52	5,8
40 a 44 años	340	6	38	4,3
45 a 49 años	259	4,6	30	3,3
50 a 54 años	149	2,6	24	2,7
55 a 59 años	110	2	19	2,1
60 a 64 años	74	1,3	17	1,9
65 a 69 años	40	0,7	11	1,2
70 a 74 años	29	0,5	7	0,8
75 a 79 años	12	0,2	2	0,2
80 años o más	15	0,3	0	0,0
Total	5633	100	897	100,0

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE - Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción 18/06/2017. Base de Datos Secretaría Distrital de Salud 2014-2016.

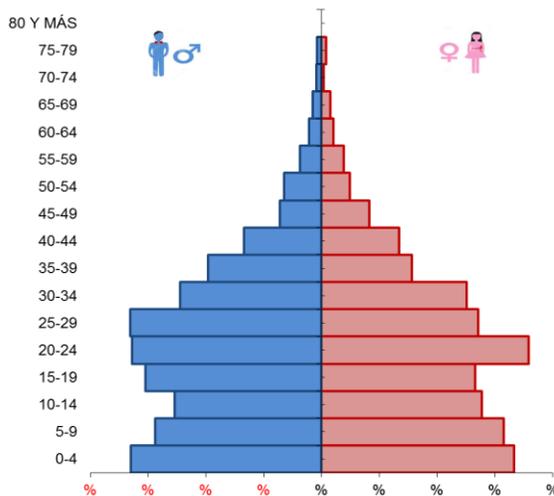
La pirámide poblacional afrocolombiana en Ciudad Bolívar para el año 2005 presenta una pirámide progresiva, caracterizada por una base ancha la cual refleja un mayor comportamiento de natalidad y mortalidad. El 32,2% de la población se encuentra en el grupo de 0-14 años de edad; mientras que el grupo intermedio de 15 a 64 años, tiene una participación de 66% de su población, este comportamiento puede estar asociado a la migración de la población a la ciudad, relacionado con actividades económicas y/ o procesos de desplazamiento dados por situaciones de conflicto interno que atraviesa el país.

La pirámide poblacional con la información de la población intervenida por el PIC refleja un comportamiento predominante en las mujeres respecto a los hombres, con una relación de 51 por cada 100 mujeres, se puede inferir que la mujer es quien asume el rol de cuidadora y quien brinda información en salud del núcleo familiar.

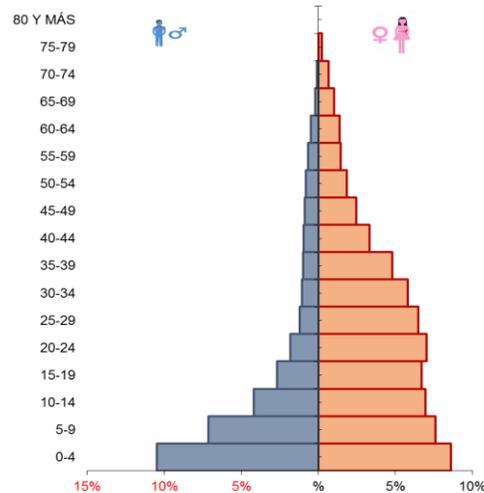
La razón de niños y niñas de 0 a 4 años es de 36 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años); para el periodo 2014 -2016 fue de 52 por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años)

Gráfico 2 Pirámide Población étnica Afrodescendiente Localidad Ciudad Bolívar, año 2005.

Afrodescendiente DANE



Afrodescendientes PIC 2014-2016



Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción 18/06/2017. Base de Datos Secretaría Distrital de Salud 2014-2016.

Respecto al índice de dependencia se encuentra que la información del PIC muestra un índice de 89 y la información del DANE 2005 arroja un índice de 52. Lo anterior evidencia que la dependencia económica se mantiene entre las personas en edades productivas, esto debido a la falta de oportunidades laborales o aspectos propios de patrones culturales.

Respecto al índice de dependencia infantil para el año 2005 fue de 49 personas menores de 15 años dependían económicamente de 100 personas entre los 15 y 64 años, y para el 2016 fue de 85 personas menores de 15 años económicamente dependientes por cada 100 personas entre los 15 y 64 años.

Tabla 10. Indicadores de dinámica demográfica población étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar, año 2005, 2014, 2016.

Índice Demográfico	2005	2014- 2016
Población total	5633	897
Población Masculina	2845	303
Población femenina	2788	594

Relación hombres: mujer	102	51
Razón niños:mujer	36	52
Índice de infancia	32	45
Índice de juventud	31	26
Índice de vejez	3	4
Índice de envejecimiento	9	9
Índice demográfico de dependencia	52	89
Índice de dependencia infantil	49	85
Índice de dependencia mayores	3	4
Índice de Friz	141	267

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción 18/06/2017.

La distribución de la población Afrodescendiente por momentos de curso de vida para la localidad Ciudad Bolívar en el año 2005, indica que la mayor concentración de la población se encuentra en el curso de vida adultez con 36,4%, seguido de Juventud con 22,8%, Infancia 13,4%, Primera infancia 12,9%, Adolescencia 11,5% y Vejez 3%.

Desde las intervenciones realizadas por el sector salud en el periodo 2014- 2016 la atención se concentró en la población de primera infancia con 31,1%, seguido de Adultez 29,3%, Juventud 19,3%, Infancia 8,6%, Adolescencia 6,9% y Vejez 4,8%

Frente a la vivienda para este grupo poblacional el censo DANE 2005 reporta que Ciudad Bolívar agrupa 5.628 viviendas de población con pertenencia étnica Afrodescendiente; frente al tipo de vivienda el 68,4% son casas, 23,7% apartamento, el 7,7% son cuartos y el 0,2% otro tipo de vivienda. Frente a los servicios públicos de las viviendas, el 98,6% cuentan con energía eléctrica, el 92,4% alcantarillado, 93,7% acueducto y el 85,4% gas natural.

Relación de población y territorio con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar

Procedencia, de la población con pertenencia étnica Afrodescendiente Localidad Ciudad Bolívar

En Colombia se han establecido tradicionalmente municipios o corregimientos en los cuales las comunidades afrodescendientes o negritudes predominan. Choco, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Valle, Bolívar y Cauca.

Ahora bien, la población afrocolombiana vive en la actualidad un proceso acelerado de migración hacia centros urbanos como consecuencia del

desplazamiento forzado ocasionado por el enfrentamiento de los grupos ilegales, en las regiones de Urabá y del medio Atrato y por la expansión de los cultivos ilícitos en las regiones de los ríos Patía y Naya. De acuerdo con el primer informe de la Comisión de Seguimiento a la Política Pública para el desplazamiento forzado del año 2008, el 25.1% de la población desplazada se auto reconoce como perteneciente a una minoría étnica. Específicamente un 3.7% asegura considerarse indígena, un 21.2% negro o afrocolombiano y el 0.2% restante a otras minorías étnicas". (14)

Para el caso de las comunidades afrodescendientes, Luisa Fernanda Vallejo (2007) subraya la importancia del territorio como asidero de "alta densidad simbólica" y espacio sagrado con incidencia marcada en la forma como las comunidades construyen el conjunto de sus vidas. Los efectos generados por el desplazamiento forzado en las comunidades indígenas y afrocolombianas son múltiples y están directamente articulados con todo lo que puede significar la pérdida del territorio, el cual cumple un papel fundamental dentro de los procesos de reproducción cultural y social de dichas comunidades.(14)

Respecto al lugar de nacimiento de la población Afrodescendiente residente en Ciudad Bolívar, el 40,8% son pertenecen a Bogotá, el 16,5% provienen del Choco, el 6,6 % Valle, el 4,3% Cauca, 3,4% Cundinamarca, el 2% Departamentos del Tolima, Antioquia, Cesar, Bolívar y Boyacá, el 1% de los departamentos de Córdoba, Magdalena, Santander y Sucre.

Frente a la causa del cambio de lugar de residencia de la población Afro el 53,2% se dio por razones familiares, el 17,8% para conseguir trabajo, el 16,8 % por miembro pueblo nómada, el 6,2% amenaza para su vida y el 3% necesidad de educación y el 1% por riesgo de desastre natural y motivos de salud respectivamente.

Ubicación de la población con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar

Según distribución por UPZ en la localidad Ciudad Bolivar. La UPZ 66 San Francisco, alberga la mayor población Afro en Ciudad Bolívar con un 23.26%, seguida de la UPZ 69 Ismael Perdomo con un 21%; la UPZ 68 El Tesoro un 18% y el 12% en la UPZ Arborizadora, Lucero y Jerusalén (13).

La UPZ San Francisco se ubica en una de las zonas más bajas y de más fácil acceso de la localidad (tomando como punto de referencia el centro de la ciudad). El sector comienza a consolidarse entre las décadas de los setenta y los ochenta. La mayoría de los barrios de la zona donde está ubicado, tuvieron origen ilegal, lo que dio lugar a un crecimiento "desordenado", lo que ha generado que la UPZ no

cuenta con una red de vías adecuadas para la movilidad. Así mismo, se ha encontrado que la UPZ tiene déficit en equipamientos de salud, educación y recreación.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población Afrodescendiente

Las comunidades afrodescendientes perciben la dificultad para acceder a citas con medicina general, medicina especializada, cirugías y, en general, con cualquier servicio de salud de media o alta complejidad. Estas barreras se expanden a otras instituciones como el SISBEN, la cual se constituye en una auténtica lucha para acceder a los beneficios estatales. Las visitas son muy demoradas al punto de haber hecho modificaciones a sus viviendas que afectan, cuando al fin llega, los puntajes que les clasifican.

Otro determinante es el espacio mismo en donde viven. Las UPZ de la localidad se encuentran en mayoría en zona de montaña, por lo que las características particulares de estas definen las barreras de acceso geográficas a las personas con algún tipo de discapacidad que implique la movilidad. La zona cuenta con tres vías principales la avenida Boyacá, Avenida Villavicencio y la Autopista sur, se ofrece servicios de alimentador, SIPT y colectivo en la mayoría de la localidad, la mayor parte de vías son angostas, dificultando el acceso de transporte de mayor capacidad, que cuente con las características necesarias para la movilidad de personas en silla de ruedas o con problemas de movilidad, a esto se suma que la mayor parte es zona montañosa, generando calles con pendientes pronunciadas, además que buena parte de estas vías no son pavimentadas dificultando la movilidad a cualquier personas con discapacidad y la población en general, en especial en época de lluvias donde las calles se llenan de barro, presentan deslizamiento y se hacen peligrosas.

La localidad presenta diverso factores que afectan la movilidad como el ser zona montañosa, contar con una construcción desorganizada en cuanto viviendas y vías relacionada con dicha características, además del no cumplimiento de la normativa para construcción y la no existencia una política de construcción que sea amable con las personas en discapacidad que deben moverse en silla de ruedas, muletas u otras ayudas técnicas, así como la población invidente, pues se cuenta con andenes pequeños y contruidos en diferente material, diseño y altura, sumado al uso de espacio público para ventas, ausencia de rampas o el no respeto por ellas, afectando la autonomía en la movilidad y generando riesgos a la salud.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud Población afrodescendiente

Natalidad

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.:4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

Entre el periodo 2013-2016 en Ciudad Bolívar se presentaron 40.475 nacimientos, donde el 0,6% (n=253) refirió ser población Afrodescendiente. La mayor prevalencia de natalidad en esta población se dio en el año 2013. Para los periodos 2014-2016 se observa un comportamiento estable en la proporción de nacimientos.

La tasa bruta de natalidad para el año 2016, en población étnica Afrodescendiente en Ciudad Bolívar, fue de 0,08 nacimientos por 1000 habitantes, observándose una reducción de 0,2% en comparación a la tasa bruta de natalidad del 2013.

Tabla 11. Total nacidos vivos con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar. 2013– 2016

Año	Afrodescendientes		Tasa bruta de natalidad Afro.	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	# nacimientos	% nacimientos			
2013	68	0,7	0,10	9993	15,1
2014	62	0,6	0,09	10514	15,6
2015	64	0,6	0,09	10265	14,9
2016	59	0,6	0,08	9703	13,5

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

Mortalidad Evitable

Al revisar los eventos de mortalidad evitable en población Afrodescendiente en la localidad de Ciudad Bolívar, se encuentra que de los 10 casos de mortalidad Materna ocurridos durante los años 2013 - 2016 ningún caso fue en población Afro. Al revisar los rangos de edad de los casos, población sin pertenencia étnica, se encuentra que las mujeres se encontraban en rangos de edad de 25 a 29 años de edad, seguido de las mujeres que se encontraban en el rango de edad 10 a 24 años de edad.

Tabla 12. Mortalidad evitable población étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Bolívar. 2013– 2016

Mortalidad Evitable	2013		2014		2015		2016	
	Casos Afro	Total casos Localidad						
Materna	0	2	0	3	0	4	0	1
Perinatal	2	126	2	152	2	161	0	159
Neumonía	1	7	0	6	0	8	0	13
SIDA	0	31	2	22	2	22	0	4
IRA	0	4	0	8	0	6	1	5

Infantil	5	108	5	104	3	96	2	111
----------	---	-----	---	-----	---	----	---	-----

Fuente: Base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales.2013-2016

El comportamiento de los casos de las mortalidades relacionadas con SIDA, se encontró que durante los años 2013 - 2016 se presentaron 79 casos, de los cuales el 5% (n=4) de los casos ocurrieron en población masculina Afro, los casos estaban en los rangos de edad 20 a 24 años y 40 a 44 años.

En mortalidad infantil, se encuentra que el periodo reportado se han presentado 419 casos de los cuales el 3,57% (n=15) ocurrieron en población Afrodescendiente. Entre la principal causa se encuentra Espina bífida, no especificada, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre y Tos ferina no especificada

Análisis de morbilidad de las poblaciones étnica Afrodescendiente

A continuación se presenta un análisis descriptivo de tipo retrospectivo teniendo en cuenta los eventos notificados en los Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública a partir de las variables de inclusión social y grupo poblacional correspondiente a los periodos 2013-2016.

Tabla 13. Eventos de notificación en población étnica Afrodescendiente, según subsistemas de vigilancia en salud pública, para los años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos Afro	34	29	43	51
	Total Notificado	2584	2759	4266	4583
	% Afro	1,3	1,1	1,0	1,1
SISVECOS	Casos Afro	8	18	4	21
	Total Notificado	697	884	1281	1274
	% Afro	1,1	2,0	0,3	1,6
VESPA	Casos Afro	0	0	0	7
	Total Notificado	263	0	0	116
	% Afro	0,0	0,0	0,0	6,0
SIVIGILA	Casos Afro	48	25	26	51

	Total Notificado	7157	2974	8787	8628
	% Afro	0,7	0,8	0,3	0,6
SIVELCE	Casos Afro	0	0	13	178
	Total Notificado	0	619	1135	2249
	% Afro	0	0	1,1	7,9

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

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en Ciudad Bolívar se notificaron 8628 eventos, de los cuales el 0,6% de la notificación corresponde a población Afrodescendiente; dentro de los eventos que afecta a esta población se encontró que el 23,5% fue por varicela, seguido de intento de suicidio y malaria en 9,8% respectivamente, sífilis gestacional (7,8%), otros eventos como intoxicaciones, morbilidad materna, parotiditis, VIH-SIDA, bajo peso al nacer, defectos congénitos, desnutrición aguda en menor de 5 años, mortalidad perinatal y neonatal tardía, dengue, enfermedad diarreica, eventos adversos seguido a la vacunación, mortalidad por IRA y mortalidad por tuberculosis.

Desde Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 1274 casos, de los cuales veintiuno (21) corresponden a población Afrodescendiente; de acuerdo al tipo de conducta el 61,9% (13 casos) fue por ideación suicida; el 23,8%(5) intento y el 14,3% (3) Amenaza. Frente al momento del curso de vida el 28,6% ocurren en Adulthood e Infancia (6-13 años) respectivamente; el 23,8% Juventud y el 19% en adolescencia (14-17 años).

En cuanto a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 4583 casos; de los cuales 51 (1,1%) se presentaron en población Afrodescendiente. En relación a los tipos de violencia la principal es negligencia con 52,9%, seguido de Abuso sexual 25,5%, violencia física 19,6%, abandono 15,7% y violencia económica 5,9%. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100%. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con el 62,7% son las mayores víctimas de violencia y el 37,3% son hombres.

El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas en Ciudad Bolívar por sexo, y como fuente de dato VESPA, en 2016 se notificaron un total de 116 personas, donde el 2,7% se reconocieron como población Afrodescendiente;

afectando a la población Adolescente (14-17 años) con 85,7% y el 14,3% en Juventud (18-26 años).

6.2. Caracterización de la Población en Condición de Discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur año 2004 – 2015

Según la Convención de la ONU, 2006, define: "La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Para el presente análisis descriptivo de la población en condición de discapacidad se tomó como fuente las personas captadas por registro de localización para personas en condición de discapacidad () en el periodo 2004 – 2015 de las localidades que integran la Subred Sur.

Contexto Demográfico

En Bogotá durante el periodo 2004 – 2015, existía un total de 238.958 personas captadas por registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD), de las cuales el 14,2% (n=33.816) residen en la Subred Sur y el 5,9% (n=14.070) en la Localidad de Ciudad Bolívar.

De acuerdo a sexo de la población con discapacidad en Ciudad Bolívar (n=14.070) donde el 51,9% son mujeres y el 48,1% hombres. Frente a la edad y el sexo se observa mayor prevalencia de mujeres entre 80 y más (5,4%), seguido de 60 a 64 años (4,6%); con relación a los hombres el 3,7% se encuentra en las edades de 20 a 24 años y 55 a 59 años de edad respectivamente.

El comportamiento por grupos quinquenales de acuerdo al total de la población se observa mayor prevalencia en la población de 80 años y más en un 8,6%, seguido de 55 a 59 años y 65 a 69 años con un 8,1% y 7,7% respectivamente, este suceso puede estar asociado a patrones de consumo y hábitos de vida de la población que llevan a una "transición en los riesgos". A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes.(15)

Tabla 14 Distribución de la Población en Condición de Discapacidad por grupos quinquenales de edad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

QUINQUENIOS	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
0 a 4 años	81	0,6	84	0,6	165	1,2
5 a 9 años	227	1,6	172	1,2	399	2,8

10 a 14 años	368	2,6	231	1,6	599	4,3
15 a 19 años	486	3,5	337	2,4	823	5,8
20 a 24 años	519	3,7	350	2,5	869	6,2
25 a 29 años	450	3,2	296	2,1	746	5,3
30 a 34 años	442	3,1	374	2,7	816	5,8
35 a 39 años	379	2,7	365	2,6	744	5,3
40 a 44 años	384	2,7	342	2,4	726	5,2
45 a 49 años	398	2,8	464	3,3	862	6,1
50 a 54 años	418	3,0	585	4,2	1003	7,1
55 a 59 años	515	3,7	627	4,5	1142	8,1
60 a 64 años	407	2,9	648	4,6	1055	7,5
65 a 69 años	454	3,2	628	4,5	1082	7,7
70 a 74 años	433	3,1	562	4,0	995	7,1
75 a 79 años	362	2,6	470	3,3	832	5,9
80 años o más	447	3,2	765	5,4	1212	8,6
Total	6770	48,1	7300	51,9	14070	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

Del total de la población con discapacidad de la Localidad de Ciudad Bolívar (n=14.070) el 38,7% se encuentra en el curso de vida Adultez, seguido de 36,8% en Vejez y el 12,9% Juventud. De acuerdo al sexo y el curso de vida, en la primera infancia la prevalencia de discapacidad presenta el mismo comportamiento, en la infancia el valor proporcional es mayor en hombres que en mujeres y se mantiene hasta la Juventud. Sin embargo este comportamiento es inverso en las etapas de Adultez y Vejez donde las mujeres presentan mayor proporción de discapacidad en relación a los hombres.

Tabla 15 Población por momentos del curso de vida población en condición de discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004-2015.

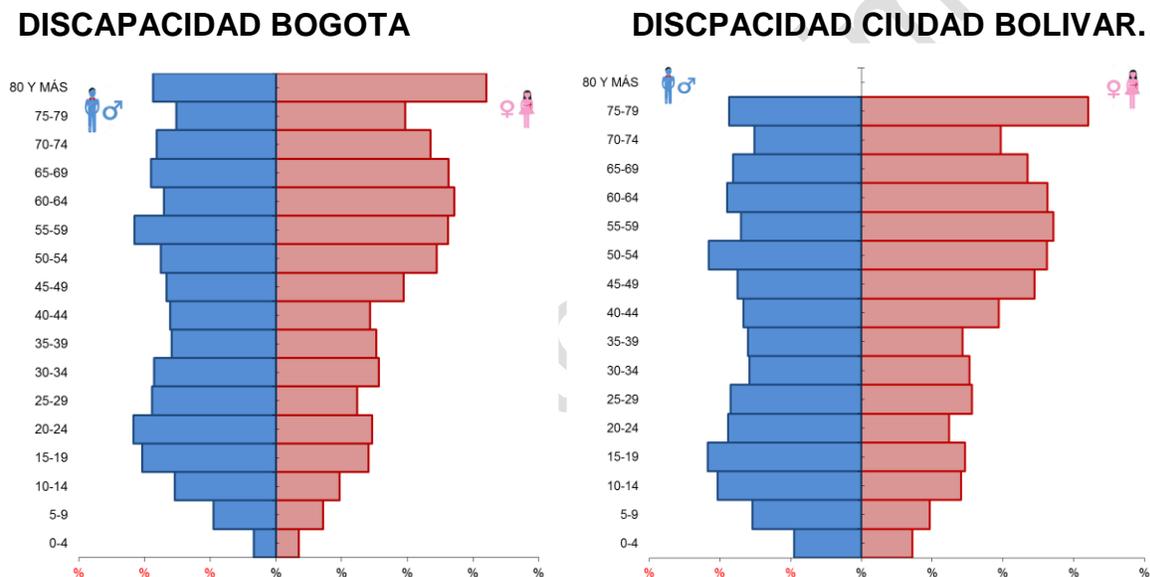
Momentos del Curso de Vida	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5 años)	115	0,8	113	0,8	228	1,6
Infancia (6-11 años)	324	2,3	225	1,6	549	3,9
Adolescencia (12-17 años)	519	3,7	343	2,4	862	6,1
Juventud (18-28 años)	1084	7,7	725	5,2	1809	12,9
Adultez (29-59 años)	2625	18,7	2821	20,0	5446	38,7
Vejez (60 años y más)	2103	14,9	3073	21,8	5176	36,8
Total	6770	48,1	7300	51,9	14070	100,0

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

*PCD: Población con discapacidad

La pirámide de población en condición de discapacidad en Bogotá presenta un patrón ascendente con la edad y claramente marcado hacia las mujeres, este mismo comportamiento se evidencia en la pirámide de la localidad de Ciudad Bolívar donde se observa una pirámide poblacional regresiva que presenta una base angosta y una mayor concentración de personas con discapacidad en las edades más avanzadas. El grupo de edad con mayor número de personas con discapacidad es el correspondiente a las personas entre los 75 a 79 años para las mujeres y de 50 a 59 años para hombres. La relación hombre-mujer, es de 93 hombres por cada 100 mujeres con condición de discapacidad

Gráfico 3 Pirámide población en condición de discapacidad, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud

Con relación al índice de infancia para el periodo 2004-2015 por cada 100 personas en condición de discapacidad, 8 correspondían a la población menor de 15 años. Con relación al índice de Juventud por cada 100 personas en condición de discapacidad 17 corresponden a la población de 15 a 29 años. El Índice de vejez de Ciudad Bolívar muestra que por cada 100 personas en condición de discapacidad 37 correspondían a población de 65 años y más.

La cobertura del sistema general de seguridad social en salud de la población del RLCPD muestra que el 59,1% (n=8.315) pertenecen al régimen subsidiado, el 25% (n=3.515) al régimen contributivo, el 8,9% (n=1.251) es población vinculada, el 1,6% (n=221) manifiesta no contar con aseguramiento en salud y el 1,5% (n=212) no saben no responden.

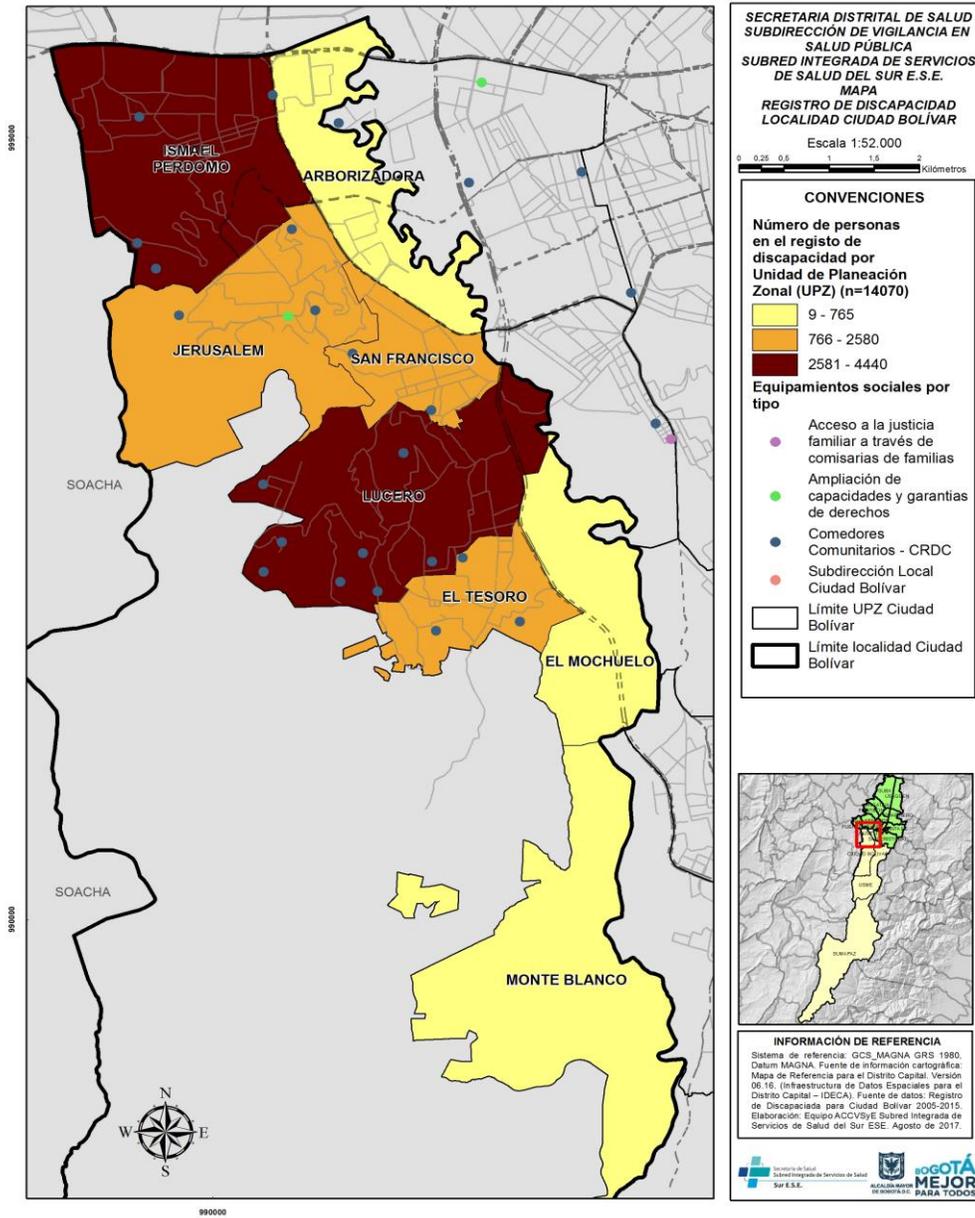
Relación de población y territorio, población con Discapacidad Localidad Ciudad Bolívar

Al realizar un análisis por ubicación de las personas en condición de discapacidad se encuentran que estas, se encuentran en toda la localidad, sin embargo, se concentran en mayor medida en unas UPZ. En la UPZ 67. EL Lucero (31%), en la UPZ 69. Ismael Perdomo (21%), UPZ Jerusalem (17%) y en la UPZ San Francisco (11%), la distribución de esta población es relativamente similar a la población general en las localidades.

Las UPZ de la localidad se encuentran en mayoría en zona de Montaña, por lo que las características particulares de estas definen las barreras de acceso geográficas a las personas con algún tipo de discapacidad que implique la movilidad. La zona cuenta con tres vías principales la avenida Boyacá, Avenida Villavicencio y la Autopista sur, se ofrece servicios de alimentador, SIPT y colectivo en la mayoría de la localidad, la mayor parte de vías son angostas, dificultando el acceso de transporte de mayor capacidad, que cuente con las características necesarias para la movilidad de personas en silla de ruedas o con problemas de movilidad, a esto se suma que la mayor parte es zona es montañosa, generando calles con pendientes pronunciadas, además que buena parte de estas vías no son pavimentadas dificultando la movilidad a cualquier personas con discapacidad y la población en general, en especial en época de lluvias donde las calles se llenan de barro, presentan deslizamiento y se hacen peligrosas.

La localidad presenta diverso factores que afectan la movilidad como el ser zona montañosa, contar con una construcción desorganizada en cuanto viviendas y vías relacionada con dicha características, además del no cumplimiento de la normativa para construcción y la no existencia una política de construcción que sea amable con las personas en discapacidad que deben movilizarse en silla de ruedas, muletas u otras ayudas técnicas, así como la población invidente, pues se cuenta con andenes pequeños y construidos en diferente material, diseño y altura, sumado al uso de espacio público para ventas, ausencia de rampas o el no respeto por ellas, afectando la autonomía en la movilidad y generando riesgos a la salud.

Mapa 2 Ubicación de la Población con discapacidad, localidad Ciudad Bolívar



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población en condición de discapacidad (falta)

Traversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
 Código postal:
 Tel.:4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

4.4.4. Análisis de Situación de Salud población en condición de Discapacidad

Con relación al origen de discapacidad se observa que la mayor discapacidad es consecuencia de enfermedad general 30% lo que demuestra que el registro con esta clasificación tan amplia no facilita la toma de decisiones en promoción de la salud. La segunda causa es accidente 13,4%. Con relación al origen de discapacidad por etapa de ciclo de vida, se evidencia que la etapa más afectada es adultez (31,9%) seguida de la de vejez (28.1%), respecto a la etapa de infancia el origen que más reporta es alteración genética 0,9% (n=131).

Tabla 16 Población con discapacidad por Origen de la alteración según etapa de ciclo de vida, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

ORIGEN	INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTO		VEJEZ		SIN DATO		TOTAL	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Enfermedad General	58	0,4	61	0,4	190	1,4	1067	7,6	1511	10,7	1338	9,5	4225	30,028
sin dato	159	1,1	130	0,9	377	2,7	1046	7,4	1046	7,4	845	6,0	3603	25,608
Accidente	6	0,0	13	0,1	66	0,5	784	5,6	679	4,8	339	2,4	1887	13,412
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	101	0,7	67	0,5	157	1,1	223	1,6	28	0,2	245	1,7	821	5,8351
Alteración genética	131	0,9	78	0,6	231	1,6	531	3,8	283	2,0	224	1,6	1478	10,505
Complicaciones durante el parto	101	0,7	61	0,4	115	0,8	121	0,9	19	0,1	147	1,0	564	4,0085
Otra causa	18	0,1	10	0,1	32	0,2	158	1,1	110	0,8	88	0,6	416	2,9566
Conflicto armado		0,0		0,0	9	0,1	54	0,4	11	0,1	77	0,5	151	1,0732
Víctima de violencia		0,0	1	0,0	21	0,1	228	1,6	71	0,5	41	0,3	362	2,5729
Enfermedad profesional		0,0	1	0,0		0,0	115	0,8	118	0,8	23	0,2	257	1,8266
Dificultades prestación servicios	15	0,1	13	0,1	15	0,1	103	0,7	34	0,2	16	0,1	196	1,393
Consumo psicoactivos	1	0,0		0,0	4	0,0	33	0,2	27	0,2	4	0,0	69	0,4904
Lesión autoinfligida		0,0	1	0,0	2	0,0	16	0,1	10	0,1	3	0,0	32	0,2274
Desastre natural		0,0		0,0	1	0,0	6	0,0	1	0,0	1	0,0	9	0,064
Total	590	4,2	436	3,1	1220	8,7	4485	31,9	3948	28,1	3391	24,1	14070	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

*PCD: Población con discapacidad

Las cinco alteraciones permanentes que más afectan en la localidad de Ciudad Bolívar son: Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (58,4%), Sistema Nervioso (51,5%), Visual (44,3%) voz y habla (24,5%) y Sistema cardiorrespiratorio (24,1%). El comportamiento de las alteraciones permanentes de acuerdo al sexo, evidencia que las del movimiento del cuerpo, las del sistema cardiorrespiratorio, del Sistema genital y reproductivo y de la visión son más prevalentes en mujeres respecto a los hombres. Con relación a las alteraciones del Sistema Nervioso, Auditivas, Piel y los demás órganos de los sentidos presentan el mismo valor proporcional para los dos sexos. El análisis se realiza con el total de la población de hombres (n=6.770) y mujeres (n=7.300).

Tabla 17 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.

Alteraciones	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	3754	26,7	4463	31,7	8217	58,4
Sistema Nervioso	3544	25,2	3709	26,4	7253	51,5
Visuales	2776	19,7	3452	24,5	6228	44,3
Voz y habla	1895	13,5	1547	11,0	3442	24,5
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	1355	9,6	2039	14,5	3394	24,1
Auditivas	1271	9,0	1307	9,3	2578	18,3
Digestión, metabolismo y hormonas	760	5,4	1183	8,4	1943	13,8
Sistema genital y reproductivo	722	5,1	878	6,2	1600	11,4
Piel	282	2,0	299	2,1	581	4,1
Demás órganos de los sentidos	152	1,1	163	1,2	315	2,2
Otra alteración	65	0,5	94	0,7	159	1,1

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

*PCD: Población con discapacidad

Vigilancia en Salud pública

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.:4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

El comportamiento de la notificación de población en condición de discapacidad a los diferentes subsistemas, permite evidenciar que entre el periodo 2013-2016 la mayor notificación registra en el SIVIGILA, donde la mayor proporción en la notificación se dio en el año 2015, la cual puede estar caracterizada por las diferentes acciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas de ese periodo. Con relación a los eventos notificados en la población en condición de discapacidad en el año 2016 fue el intento de suicidio y VIH-SIDA con 23,1% respectivamente; así mismo se presentaron otros eventos como IRA, intoxicaciones, Leishmaniasis cutánea, parotiditis, varicela individual.

Tabla 18. Eventos de notificación en población con condición de discapacidad, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos Discapacidad	66	69	112	65
	Total Notificado	2584	2759	4266	4583
	% Discapacidad	2,6	2,7	4,3	2,5
SIVECOS	Casos Discapacidad	10	19	42	46
	Total Notificado	697	884	1281	1274
	% Discapacidad	1,4	2,7	6,0	6,6
SIVIGILA	Casos Discapacidad	6	3	409	13
	Total Notificado	7157	2974	4775	3863
	% Discapacidad	0,1	0,0	5,7	0,2

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

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

infancia 20%, juventud 18,5%, adolescencia 13,8%, vejez 13,35 y el 6,2 en primera infancia

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

6.3. Caracterización de la Población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur

La población Víctima del conflicto armado son aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.(2)

El presente tiene como finalidad describir características demográficas de la población víctima del conflicto armado (VCA) presente en la localidad, como fuente de insumo se cuenta con datos cuantitativos desde Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017 y desde el sector la fuente de información son datos de intervenciones del PIC en el periodo Julio 2012- Junio 2016.

Contexto Demográfico

La Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017, en la Subred Sur se identificaron 64.455 personas Víctimas del Conflicto Armado, de las cuales el 62,8% (n=40.471) residen en la localidad de Ciudad Bolívar, la distribución por sexo el 55,4% son mujeres, un 44,5% hombres y el 0,1% se reconoce como Intersexual.

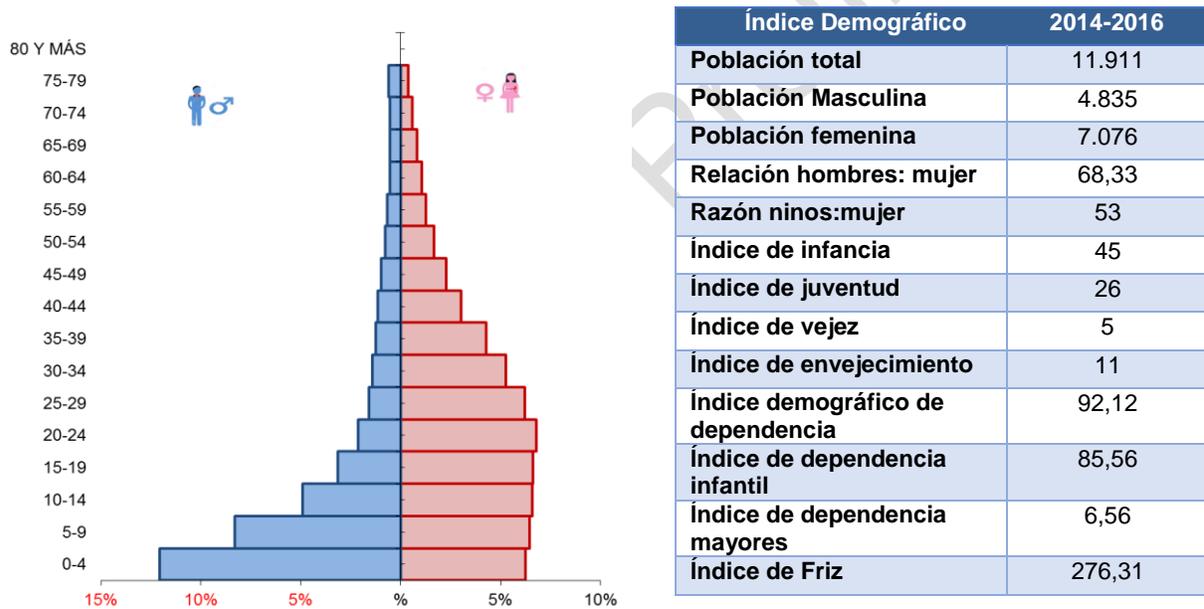
Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC a través del programa territorios Saludables entre el Periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 18.540 personas víctimas del conflicto, de las cuales el 64,2% (n=11.911) residen en la localidad de Ciudad Bolívar.

La piramide poblacional de intervenciones en salud en el periodo julio 2012 a Junio 2016, presenta un comportamiento progresivo con una base ancha, propio

de una alta natalidad, con una concentración del 44,5% en la población menor de 14 años; en el grupo intermedio de 15 a 64 años es de 52,% y la población mayor de 65 años fue del 3,4%. Se observa mayor atención en la población femenina respecto los hombre, con una relación de 68 hombres por cada cien mujeres.

De acuerdo al índice de Friz es una población Joven (276); con un índice de vejez de 5 personas mayores de 65 años y mas por cada cien habitantes, con relación al índice de juventud de 100 personas, 26 correspondian a población de 15 a 29 años. Para el periodo de 2012- 2016 por cada 53 niños y niñas (0-4 años) habia 100 mujers en edad fértil (15-49 años).

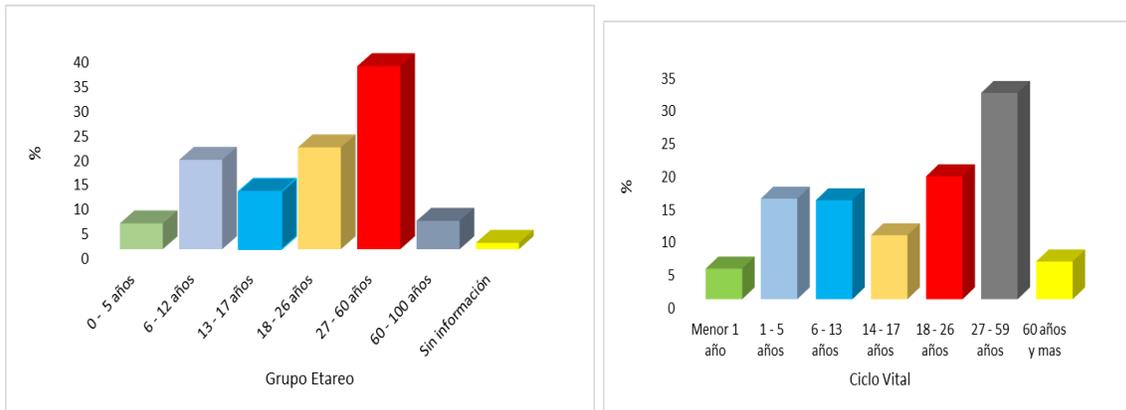
Gráfico 4 Pirámide población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E., Periodo julio 2012 a Junio 2016.



BD poblacional preliminar Julio 2012- Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016

La distribución por grupo etáreo (SIVIC) se observa que un 37,2% (n=15.047) de la población se encuentra entre 27 a 59 años, el 20,7% (n=8.368) entre 18-26 años, el 18,2% (n=7.346) de 6-12 años, el 11, 7%(n=4.733) entre 13 a 17 años, el 5,8% (n=2.333) son mayores de 60 años, el 5,2%(n=2.118) son menores de 5 años y el 1,3%(n=526) no cuenta con información de edad.

Tabla 19 Población por grupo Étareo y ciclo vital, población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.



Fuente: Alta Consejería para la Víctimas. Cifras Históricas SIVIC (de septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017). SDS, Programas Territorios Saludables, BD poblacional preliminar Julio 2012- Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016

La mayor proporción se da en la población Adulta de 27 a 59 años con 31,2%, seguido de Juventud (18-26 años) con 18,6% , Primera Infancia (1-5 años) 15,2%, Infancia (6-13 años) 15%, Adolescencia (14-17 años) 9,7%, Vejez (mayor de 60 años) 5,7% y menor de 1 año 4,6%.

Ahora bien, en cuanto a la información sobre declaraciones de hechos victimizantes en el marco del conflicto interno del país durante el período 2012 - 2015 declararon en Bogotá 148.068 hechos victimizantes, entre los que predominan el desplazamiento forzado (66,5%), la amenaza (16,7%) y el homicidio (9,2%). El año con mayor número de declaraciones corresponde al 2014 con 36,1% (n=53515), seguido del año 2013 con 30,9% (n=458059); el año 2012 un 29,4% (n=43499) y el 3,5% (n=5249) de enero a junio de 2015.(16)

Tabla 20 Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015.

Hechos Victimizantes	2012		213		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono o despojó forzado de tierras	109	0,3	580	1,3	708	1,3	62	1,2
Acto Terrorista/ Atentados/ combates/ Hostigamientos	1126	2,6	523	1,1	568	1,1	35	0,7
Amenaza	6423	14,8	6480	14,1	10703	20	1138	21,7
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	167	0,4	202	0,4	375	0,7	40	0,8
Desaparición Forzada	1782	4,1	997	2,2	495	0,9	41	0,8
Desplazamiento	26001	59,8	32237	70,4	36649	68,5	3620	69
Homicidio	6609	15,2	3979	8,7	2893	5,4	207	3,9

Minas antipersonal/Munición sin explotar/ artefacto explosivo	236	0,5	161	0,4	389	0,7	35	0,7
Perdida de bienes Muebles o Inmuebles	324	0,7	291	0,6	312	0,6	48	0,9
Secuestro	471	1,1	196	0,4	152	0,3	13	0,2
Tortura	170	0,4	71	0,2	120	0,2	4	0,1
Vinculación de NNA	81	0,2	88	0,2	151	0,3	6	0,1

Fuente: Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015. Observatorio Distrital de Víctimas. Fecha de corte: 01 junio de 2015.

Al analizarse la situación de las personas víctimas del conflicto armado antes de los hechos victimizantes, se encuentra que el principal impacto que es en la economía. Pues se ha encontrado que el ingreso de los hogares desciende en una tercera parte de lo devengado antes del desplazamiento. Lo que significa que las condiciones económicas de los hogares después del desplazamiento pueden convertirse en precarias, situación que dificulta el restablecimiento de sus condiciones iniciales.

Por otra parte, en relación a la consecución de empleo, se identifica que durante los tres primeros meses de asentamiento en la ciudad, las tasas de desempleo del jefe del hogar alcanzan el 53% y después de un año dicha tasa desciende en un 16%. No obstante, al identificarse mejoría en los indicadores laborales, las tasas de desempleo después de un año de desplazamiento sobrepasan la tasa de la población indigente urbana.

En Bogotá los derechos más vulnerados de la población desplazada son al trabajo (13,4%), a la vivienda (13,1%) y a la salud, *“antes del desplazamiento, el cubrimiento de los servicios de salud era del 52,5%, y en el municipio de recepción dicho indicador alcanza un 73,2%”* Para el caso de Bogotá específicamente, se cree que el acceso de la población desplazada a los servicios de salud es superior, que el de la población clasificada como pobre(17). El sistema de atención es nacional en salud tiene graves deficiencias de calidad y cubrimiento para el conjunto de la población. Para la población desplazada existen mecanismos especiales de acceso.

De los más de 285 mil casos reportados en Bogotá, sólo la cuarta parte es atendida por el sistema general de seguridad social en salud. La atención de la población en situación de desplazamiento restante está encabezada por el distrito. De acuerdo con los testimonios de las víctimas de desplazamiento, la atención que se presta es deficiente aunque estén afiliados al Sistema de Seguridad social en Salud.(17)

Relación de Población y Territorio población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.

De acuerdo a los datos de Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017, en Ciudad Bolívar residen 40.471 personas Víctimas del Conflicto Armado, de acuerdo a la distribución de la población por UPZ en la localidad la mayor concentración se da en el Lucero con 31,1% (n=12.567) personas, seguido de Ismael Perdomo 27,6% (n=11.187) personas, Tesoro 12,7% (n=5.142) personas, Jerusalem 12,4% (n=5.036) personas, San Francisco 12,9% (n=5.025), en menor proporción el 2,2% (n=906) en la UPZ Arborizadora, el 0,4% (n=180) en Mochuelo y el 0,2% (n=74) en la UPR Rio Tunjuelito.

En Información obtenida en unidades de análisis con poblaciones VCA. Se encontró que los barrios Paraíso, Caracolí, Tres Reyes y Santa Viviana en la localidad de Ciudad Bolívar, son los principales lugares en los cuales se asientan estas comunidades. Entre las principales razones para hacerlo están, que en dichos barrios ya hay establecidos un número importante de población VCA, el costo de arriendos y servicios es más asequible que en otro lugares y además por los amigos y familiares que como referente guían y orientan el proceso de adaptación a la ciudad. Es de tener en cuenta, que dichos barrios no cuentan con una importante oferta institucional para población desplazada o VCA, pero si cuenta con atención de organizaciones no gubernamentales que brinda apoyo en otros aspectos de la vida cotidiana.

Para la población infantil y juventud VCA la localidad cuenta con algunos servicios de atención como soporte y asesoría de la situación. Vidas Móviles, es una iniciativa de la Pontificia Universidad Javeriana que pretende acompañar, orientar y atender de manera integral a población en situación de desplazamiento forzado y a población en condiciones de vulnerabilidad ubicadas en la localidad de Ciudad Bolívar

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población Víctima del Conflicto Armado

Las personas que se declaran como VCA a traviesan por situaciones que deterioran su calidad de vida y salud. En primera medida, la misma condición de desplazamiento implica destierro de sus contextos de origen, los cuales eran espacios que suplían sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección.

Al llegar a las diferentes ciudades en las que se busca protección y mejorar sus condiciones de vida, deben adaptarse a escenarios nuevos.

En estudios sobre el derecho de las víctimas al trabajo, la formación y la generación de ingresos, señalan que la población indígena, afro y desplazada cuenta con una tasa de desempleo de 35.5% superior a la tasa nacional que fue de 10.2% en el año 2012. Las mujeres representan el 56.1% de la población desplazada desempleada” Rodríguez (2014). La condición de desempleo implica una disminución de los ingresos y de la calidad de vida. La falta de ingresos monetarios durante el desempleo influye negativamente en las relaciones sociales y fomenta la ocupación del tiempo en un ocio pasivo que contribuye a dicho deterioro.

Entre las principales fuentes de empleo de las VCA están los trabajos informales sin condiciones laborales adecuadas, como en construcción para los hombres y en servicio documentico para las mujeres.

Respecto a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso administrativas y de desconocimiento. Por un lado se ha encontrado que las EAPB de las ciudades de origen no aplican la norma a cabalidad, pues no generan los traslados de forma oportuna, causando dificultades de atención de la población en los lugares actuales de residencia, causando dificultades en la atención de esta población, por lo que los VCA establecen desconfianza en las instituciones por el reiterado fallo en la atención diferencial.

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

A causa de lo anterior, la información encontrada sobre la situación en salud de la población VCA en la localidad, entre las principales cuestiones en salud encontradas se relaciona con la salud mental. Pues por las situaciones límite que viven las VCA antes de su desplazamiento, estos tienden a padecer cuadros de tristeza, ansiedad, depresión e impotencia con la situación, las cuales no son tratadas debido a la no operacionalización de la política de salud mental en el país pues no hay gran oferta de servicios para este tipo de población.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población Víctima del Conflicto Armado

La notificación de población víctima del conflicto armado (VCA) en los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública; cuentan con las variables de víctima de violencia y desplazamiento, pero no contiene estructura de codificación de

hechos victimizantes; lo cual limita el proceso de análisis integral para esta población. En SIVIGILA se observa un comportamiento acreciente de notificación en población VCA pasando de 0,4% a 0,7% entre 2013-2016. Para el año 2016 los eventos notificados se relacionan con varicela 61,3%, desnutrición aguda en menores de 5 años 22,6%, bajo peso al nacer y parotiditis con 12,9% respectivamente. En menor proporción se ubican eventos de malaria, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos, sífilis gestacional, tosferina y violencias de género.

Tabla 21. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos VCA	73	181	95	37
	Total Notificado	2584	2759	4266	4583
	% VCA	2,8	7,0	3,7	1,4
SIVECOS	Casos VCA	14	45	84	70
	Total Notificado	697	884	1281	1274
	% VCA	2,0	6,5	12,1	10,0
SIVIGILA	Casos VCA	29	11	432	50
	Total Notificado	7157	2974	4775	3863
	% VCA	0,4	0,2	6,0	0,7

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

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

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

5.4. Caracterización Población Habitante de Calle, Localidad Ciudad Bolívar

Según la Ley 1641 del 2013, los habitantes de calle se definen como personas sin distinción de sexo, raza o edad, que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar. Para el análisis de esta población se tomó como referencia los datos distritales realizados por la secretaria de Integración Social en los censos de habitantes de calle 2007 y 2011; así como un ejercicio de caracterización entre los meses agosto a noviembre del año 2014 por SDIS. Otra fuente de información son las acciones realizadas desde el PIC en el periodo julio 2012 a junio 2016 realizado desde el sector salud.

Contexto Demográfico

En los procesos de identificación de Ciudadanos habitantes de calle –CHC- en Bogotá, se han realizado diferentes censos por parte de la SDIS. En 2005 se identificaron 8.385 CHC en la ciudad, de los cuales el 0,87% (n=73) habitaban en la localidad de Ciudad Bolívar. Mientras que, en 2011 la cifra aumento a 9.614 CHC, de los cuales el 1,14% (n=110) habitan Ciudad Bolívar.(18) Lo que muestra un incremento de esta población en la localidad.

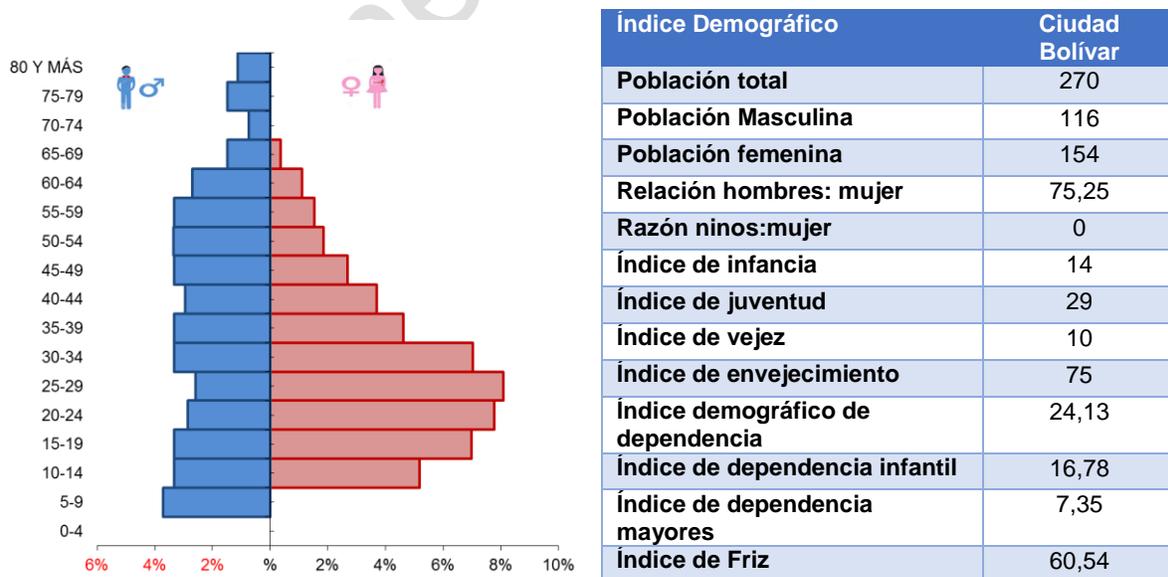
Una explicación a este fenómeno, incremento de la población CHC, se da por los procesos migratorios de personas que buscan oportunidades en Bogotá, por desplazamiento forzoso o sencillamente por personas que deciden habitar calle. Esto se sustenta al revisar la información sobre procedencia de los CHC en Bogotá, pues el 54,2% de los encuestados, registra haber nacido en Bogotá y el 40% afirma proceder de otras regiones. Es de destacar que la encuesta del censo se realizó en las calles de Bogotá y en los centro se atención de esta población.

Ahora bien, la SDIS al intentar actualizar la información sobre CHC en la ciudad, realizó entre agosto a noviembre del año 2014, barridos para la identificación y caracterización de esta población, logrando captar 5.062 personas CHC de las cuales el 2,1% (n=105) fueron contactadas en esta localidad.(19).

Al revisar la información del sector Salud, se encuentra que en el periodo julio 2012 a junio 2016 a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con el programa territorios saludables, se caracterizó a 270 CHC, quienes de acuerdo al sexo el 57% (n=154) son mujeres y el 43% (n=116) hombres y, como es evidente, las mujeres continúan siendo la población con mayor apertura en cuanto a brindar información y recibir los servicios de salud. Con relación a la etapa de ciclo vital, se observa que el rango de población con mayor captación es Adultez con 39,4%, seguido de Juventud con 22%, Primera Infancia e Infancia en un 12,9% respectivamente, en menor proporción se ubica Adolescencia y vejez con el 6,4%.

La pirámide poblacional de habitante de calle en la localidad Ciudad Bolívar es de tipo progresiva, donde el índice de vejez refleja que por cada 100 personas CHC siete (10) personas son mayores de 65 años, lo cual ratifica que la población con habitabilidad en calle es Adulta con un índice de friz de 60,5. La distribución poblacional por sexo, dan a conocer que existen 75,2 hombres con habitabilidad en calle por cada 100 mujeres, de acuerdo al grupo de edad el 80,5% se da en el grupo de 15 a 64 años, el 13,5% en la población menor de 14 años y un 5,9% en la población de 65 años y más.

Gráfico 5 Pirámide poblacional habitante de calle, Localidad de Ciudad Bolívar, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016.



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

De acuerdo al nivel educativo de los habitantes CHC el 56,6% refirió haber culminado básica secundaria, el 37,9% básica primaria y el 5,6% otros estudios como técnico, tecnológico y/o universitario. Es de tenerse en cuenta que un porcentaje importante de CHC cuentan con estudios universitarios y/o tecnológicos, encontrándose que una de las principales razones por las cuales se inicia habitando calle es por el consumo de SPA y por razones económicas, como pérdidas entre otras.

El aseguramiento en salud de la población con habitabilidad en calle identificada en la localidad de Ciudad Bolívar, refleja que el 67% es población pobre no asegurada, aunque un gran número de esta población cuenta con carta de población especial entregada por la SDIS y la SDS con el fin de lograr atención en salud en casos de urgencias. A través de la práctica del sector salud, se ha encontrado que las barreras de acceso para estas personas es más elevado respecto a las demás, debido a discriminación por su aspecto, hospitales como la Hortua o la Misericordia en el centro de la ciudad, son los que mayor población habitante de calle atienden. Finalmente se encuentra que un 33% de CHC se está afiliado al SGSS en régimen subsidiado.

Relación de Población y Territorio población Habitante de calle, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.

El fenómeno de habitabilidad en calle en la ciudad de Bogotá data de la época de la colonia, debido a los problemas sociales y económicos del período. No obstante, por el crecimiento poblacional y consiguientemente el incremento de las problemáticas sociales, se ha generado un incremento en esta población.

La habitabilidad de calle se caracteriza por reunir un conjunto de elementos espaciales y personales que crean entre sí territorios en la ciudad. Estos se constituyen en localizaciones, lugares o espacios en los que la población habitante de la calle desarrolla condiciones particulares de vida, generación de ingresos y relacionamiento. Como resultado de las interacciones sociales, construidas a partir de formas tensas o consensuadas, se configura el ámbito territorial de la habitabilidad de calle. (19)

Distribución de los cambuches

Reconociendo que los cambuches son ubicaciones con presencia frecuente de habitantes de calle, utilizados continuamente con el propósito básico de pernoctar

bien sea de manera permanente o periódica, estos espacios se constituyen en escenarios claves donde se expresa la habitabilidad en calle en los territorios, no solo por los y las habitantes de calle, sino por los factores que posibilitan la conformación de estas ubicaciones. En Bogotá se identificaron 3.667 cambuches ubicados en 19 localidades, de los cuales 190 se ubican en la Subred Sur, y 65 (1,8%) en la localidad de Ciudad Bolívar. (19)

De los cambuches identificados en la localidad y el tiempo de existencia se observa que el 41,2% presentan tiempo superior de 1 a 3 años de existencia, seguido del 26,5% de 8 a 10 años, el 17,6% menos de 3 meses reafirmando la constante dinámica de apropiación del espacio público para pernoctar y conformar cambuches, el 8,8% se ubica en permanencia de 4 a 7 años y de 4 a 6 meses con un 5,9%. (19)

De acuerdo a la tipología de los cambuches se pueden identificar dos tipos. El primero de carácter estructurado, es decir, disponen de materiales como tablas, tejas, plásticos, entre otros, organizados de tal manera que buscan constituirse en viviendas prototípicas, indicando mayor apropiación y permanencia en el espacio urbano.

En segundo lugar pueden ser circunstanciales, conformados por materiales como cartones, plásticos, cobijas, telas y otros que son acomodados temporalmente para pernoctar. En Ciudad Bolívar el 81,5% son cambuches fijos y el 18,5% son cambuches circunstanciales, es decir, un cambuches con carácter temporal. En cuanto al uso dado a los cambuches el 66,1% son espacios de uso mixto, un 17,9% son de exclusivo para vivienda, el 14,3% para el trabajo y un 1,8% para el retaque. (19)

De acuerdo a las dinámicas de la localidad, y las condiciones de habitabilidad de la población CHC, se ha encontrado que la Quebrada Limas, la avenida Gaitán Cortes, La Avenida Boyacá, Barrios como el Perdomo, Paraíso, la Entrada al relleno sanitario de Doña Juana son espacios en los cuales se han encontrado cambuches y presencia de CHC. Estos lugares se caracterizan por ser contextos en los cuales la presencia de la fuerza policial es débil o por ser lugares en los cuales las viviendas no son frecuentes.

Parches

Habitar en calle implica la adopción de posturas para preservar la integridad física, en esta medida algunos CHC optan por conformar comunidades con las cuales se reconoce a otro como par o semejante. Es así como crea un lenguaje verbal y no verbal que de alguna forma también causa exclusión de otros CHC que no hacen parte del parche. Estos grupos se componen "por personas aliadas unas con otras

por lazos de amistad y parentesco y en algunos casos se elige, también por acuerdo a un jefe o líder. Este acuerdo común produce la cohesión social que es característico de la gallada"(20). En la localidad de Ciudad Bolívar se han identificado parches que no pernoctan en un punto específico, sino que se mudan de sitio cada cierto tiempo, además que duermen en el lugar y muy temprano en el día salen al "rebusque".

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en población Habitante de Calle

Las condiciones de vida de los Ciudadanos Habitantes de calle de la localidad, están mediadas por las características de los entornos en los cuales "parchan" o viven estas personas.

Los ciudadanos habitantes de calle son personas de cualquier edad que por diversas razones, situaciones económicas, desplazamiento forzado y migración, conflicto armado, violencia intrafamiliar, desempleo e incremento del consumo de SPA, deciden romper los lazos familiares y sociales para alejarse de su mundo cotidiano. En esta medida los CHC le dan un significado al espacio que habitan, en cuanto a que los lugares deben reunir unas características que provean la satisfacción mínima de necesidades, alimentación y dinero.

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

Se ha encontrado que el aseguramiento en salud de los CHC va desde personas que aun cuentan con régimen contributivo, que son tal vez beneficiarios de personas que trabajan, jóvenes hasta los 18 años y personas adultas que fueron afiliados por su pareja sentimental. También se encuentran personas con régimen subsidiado, que fue contraído antes de la habitabilidad en calle. Y el régimen que más se encuentra en esta población es el especial, el cual es adjudicado por la secretaria de integración social después de un proceso de verificación de la situación, este régimen brinda atención gratuita a estas personas. Aunque hay que tener en cuenta que, hay un importante número de CHC sin ningún tipo de afiliación al SGSSS debido a la tramitología para acceder al régimen especial y a las demoras en los traslados de régimen.

Ahora bien, los CHC acuden a los servicios de salud en caso de presentar algún tipo de urgencia, en estudios Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de

2000, se encontró que en gran medida estas personas desconocen la obligatoriedad y gratuidad de la atención para ellos, además en algunos casos algunos CHC fueron objeto de discriminación por parte de los profesionales de la salud por su aspecto. Sin embargo, también se encontró que algunos ciudadanos acuden a los centro de salud exigiendo una pronta atención, con palabras soeces y amenazantes, lo que genera resistencia por los funcionarios. En esta medida se requiere una vigilancia a las EAPS con el fin de lograr una atención especializada y diferencial a estas personas, garantizando así el acceso oportuno a los servicios de salud.

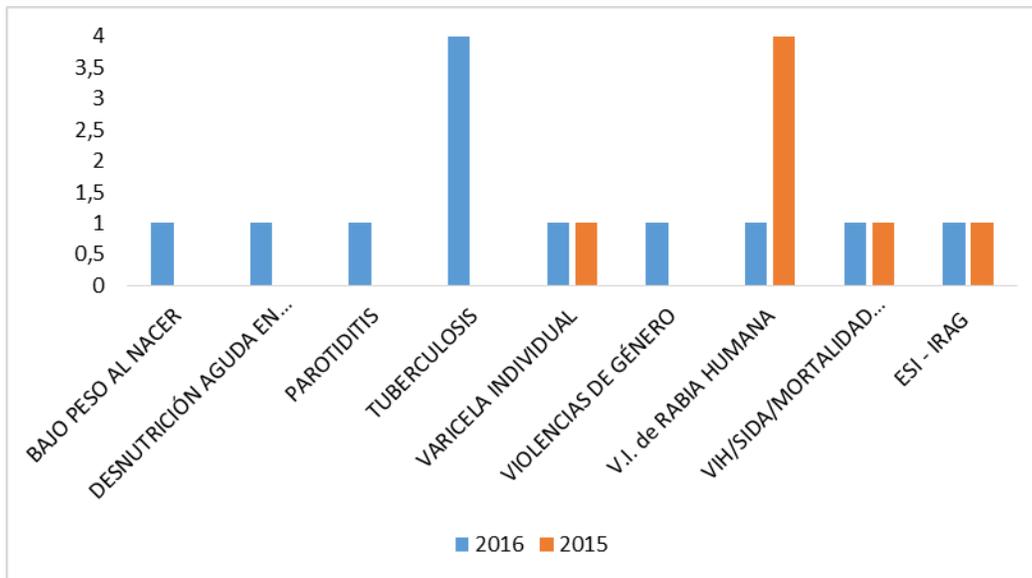
A causa de lo anterior, la información encontrada sobre la situación en salud de la población CHC en la localidad, entre las principales dolencias o enfermedades encontradas son las enfermedades transmisibles como tuberculosis, Neumonía, VIH/SIDA, algunos tipos de discapacidad como visual o por falta de alguna extremidad, enfermedades mentales como Esquizofrenia y todo lo relacionado con la dependencia a sustancias psicoactivas. Por último se encuentra que los CHC presentan algún grado de desnutrición lo que agudiza los padecimientos preexistentes.

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

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

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población Habitante de Calle

Gráfico 6 Eventos de notificación SIVIGILA en población habitante de calle, localidad Ciudad Bolívar, años de 2015-2016



Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. 2015-2016

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

6.5. Caracterización Población LGBTI, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur

Contexto Demográfico

Según la información de la Encuesta Bienal de Culturas 2015, la cual reconoce y examina la diversidad cultural de una ciudad en transformación permanente por sus propias dinámicas poblacionales y territoriales en Bogotá, encontró que de los 507.198 encuestados en Ciudad Bolívar, el 44.03% de las personas en edades

entre los 13 años o más el reconocen que el sexo de nacimiento es hombre, el 47.82% mujer y 0.01% intersexual. Respecto a la identidad de género, el 48.48% de estos ciudadanos afirman que se reconocen con el género femenino, el 42.91% con el género masculino y un 0.05% se identifican como transgeneristas.

En cuanto a orientación sexual, se encontró que alrededor de 119.893 personas se reconocen con algún tipo de orientación sexual, de los cuales 58.262 personas tienen orientación sexual homosexual, Bisexual (n=57.813), Transgeneristas (n=3.175), e Intersexual (n=643). Del total de la población en Bogotá identificada con orientación sexual diversa el 17% (n=20.350) residen en la Subred Sur, de los cuales 14.827 se encuentran en la Localidad de Ciudad Bolívar. Según orientación sexual, el 14,8% se reconocen como población bisexual y el 85,2% como población gay y lesbiana.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC y el programa territorios Saludables, en el periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 189 personas que se auto reconocen como población LGBTI, de las cuales el 43% (n=82) residen en la localidad de Ciudad Bolívar. De acuerdo a la orientación sexual y genera el 58,7% se identifican como transgeneristas, el 15,4% se reconocen como bisexual, el 12,6% lesbiana, el 9,8% Gay y el 3,5% intersexual.

Relación de Población y Territorio población LGBTI, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.

Las diferentes acciones que se desarrollan en la localidad, por parte de las diferentes secretarías del Distrito, han encontrado que la comunidad LGBTI encuentran en sus contexto hostilidad por parte de algunas personas, en especial para las personas transgeneristas, quienes han sido objeto de discriminación y estigmatización, los cuales se han traducido en violencia.

Por consiguiente, estos procesos de discriminación han llevado que esta población se enmarque a actividades laborales relacionadas con peluquerías y prostitución.

La localidad de ciudad Bolívar, es reconocida por ser un contexto de inseguridad para sus habitantes, debido a los diferentes hechos que ocurren: comercialización y venta de SPA, hurtos callejeros y a viviendas, accidentes de tránsito, entre muchas otras, que ponen en riesgo a la comunidad en general. Sin embargo, la comunidad LGBTI se le suma la discriminación y exclusión.

En los proceso de identificación de personas LGBTI en la localidad de Ciudad Bolívar, se ha realizado contacto con líderes LGBTI y asociaciones que propenden por la restitución de derechos de dicha población. La asociación "Madonna y sus

Divas” y “Diversidad Humana” en la UPZ Lucero. Estas asociación brinda apoyo a las personas con diversidad sexual diversa, orientando frente a servicios de salud y judicial. En la UPZ Jerusalén se identificó la “Organización las Hilton”. En la UPZ Tesoro asociación “Gente de Mil colores” y en la UPZ Arborizadora “Las de La Coruña”, estas organizaciones de cierta forma, brindan apoyo y soporte a la comunidad que aportan en el desarrollo social de estas personas.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud población LGBTI

En la localidad para la población LGBTI se identifican necesidades relacionadas con las condiciones de vida y las dinámicas propias de la población. Existe una diversidad de determinantes dependiendo de los intereses y actividades de la población LGBTI, de acuerdo con esto, se identifican necesidades en prevención de ITS, modificaciones corporales y en actitudes discriminatorios desde diferentes ámbitos hacia la población.

En cuanto a la prevención de ITS y asesoría en el uso de métodos anticonceptivos, los procesos preventivos de enfermedades de transmisión sexual no dispone en algunos casos de enfoques que tengan en cuenta la diversidad sexual, lo cual limita y genera barreras en el acceso a los servicios y métodos de protección, lo cual se relaciona con un desconocimiento tanto como de los prestadores de servicios como de la población misma que desconoce o no hace uso de estos servicios, así mismo y relacionado con la capacidad económica, aumenta el riesgo de contagio de ITS al no tener acceso a los métodos de prevención.

Para algunos casos específicos, se requiere de atención y asesoría en procesos de implantes y modificaciones corporales relacionada con la prevención de procedimientos no seguros. Existen barreras de acceso a los Servicios de Salud en el Plan Obligatorio (POS), puesto que no se tiene incluido el proceso de las transformaciones corporales y hormonización a las que se quiere someter parte de la población LGBTI, ya que al considerarse procedimientos estéticos no son cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto ocasiona que la población se vea expuesta a la práctica insegura de procedimientos para realizar modificaciones corporales, generando lesiones, deformaciones, problemas en la piel, afectación general de salud y riesgo de muerte.

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

violencias y discriminación generan vulneración de derechos, teniendo afectaciones en salud mental, limitaciones en la realización de proyecto de vida y limitando el acceso de la población a los servicios institucionales.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población LGBTI

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

Tabla 22. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos LGBTI	2	2	7	9
	Total Notificado	2584	2759	4266	4583
	% LGBTI	0,1	0,1	0,3	0,3
SIVECOS	Casos LGBTI	3	7	12	30
	Total Notificado	697	884	1281	1274
	% LGBTI	0,4	1,0	1,7	4,3
SIVELCE	Casos LGBTI	0	3	91	5
	Total Notificado	0	619	1135	2249
	% LGBTI	0,0	0,0	1,3	0,1

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

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

transgénero 6,7%. Frente al tipo de conducta suicida, predomina la ideación con 66,7%, seguido del intento 25% y amenaza 8,3%.

6.6. Caracterización Población en ejercicio de la prostitución, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur

La Sentencia T-629 de 2010 reconoce que la prostitución en un trabajo como cualquiera y quienes ejercen este trabajo deben tener los mismos derechos que cualquier trabajador, además de ser un grupo discriminado y vulnerado en sus derechos laborales, lo anterior, se suma a la sentencia T-736 de 2015 donde nuevamente se define a los trabajadores sexuales como un grupo históricamente marginado y discriminado que merece especial protección constitucional, ambas sentencias realizadas por la Corte Constitucional, sin embargo el país aún no cuenta con un marco jurídico específico la ejercer la prostitución, regulando derechos y deberes para la realización de este oficio.

Al realizar una revisión de datos de este tema, no se cuenta con mucha información, en consecuencia se toma como base dos fuentes principales: el boletín informativo de la Secretaria de la Mujer de 2015, número 6: Mujeres en cifras, acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá, que da una información general del distrito y puntual en la localidad en algunos temas particulares, la segunda fuente es del sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas (PIC) del periodo Julio 2012 a Junio 2016.

Contexto Demográfico

El boletín informativo de la Secretaria de la Mujer de 2015, se cuenta con información recolectada mediante encuesta directa semiestructurada en las 20 localidades de la ciudad a 1.995 mujeres en ejercicio de prostitución o en riesgo de estarlo.

De las 1.995 personas que participaron en la encuesta, se registró que el 94.7% de los casos se dan en mujeres, 4.3% en hombres y 0.8% intersexual, en cuanto las edades se encontró que un gran porcentaje se encuentra en jóvenes de 27 a 45 años (48.3%), seguido por jóvenes de 18 a 26 años (39.9%) y adultas de 46 a 59 años (9.8%), las edades extremas en adultas mayores de 60 años 1.3% y adolescentes de 17 a 17 años (0.4%).

En cuanto, al lugar de nacimiento, se encontró que más de la mitad de los casos (53.1%) son personas de otros municipios de Colombia, en cuanto a los nacidos en Bogotá, los datos registran un 41.6%, esta diferenciación en el lugar de

nacimiento se observa con mayor fuerza en las persona mayores de 45 años (Otros municipios 69.4% y Bogotá 27.5%), seguidas por quienes están entre 27 y 45 años (Otros municipios 56.4% y Bogotá 37.6%), caso contrario ocurre en los jóvenes entre 14 y 26 años (Otros municipios 44.9% y Bogotá 50.6%).

En cuanto a nivel educativo se encontró que la mayor parte de la población entrevistada tiene secundaria incompleta (37.2%), seguido por la secundaria completa (27.4%), continúan la primaria completa (14.0%) e incompleta (9.5%), llama la atención el 1.5% de casos que no reporta estudios de ningún tipo. En cuanto la educación superior sea técnico tecnológico o universitario suman el 9.6% del cual resalta el 5.1% con un estudio técnico completo, 0.6% de tecnológico completo y un 0.5% de universitario completo.

En afiliación al sistema general de seguridad social en salud, se registra que el 89.1% de las personas que ejercen la prostitución y con algún grado de escolaridad se encuentra afiliada en algún tipo de régimen. Cifra que disminuye en las personas sin escolaridad, donde el porcentaje de afiliación al sistema llega solo al 79.3%.

El 50.1% de las personas entrevistadas refirió tener actualmente una pareja sentimental y vivir con ella. Cabe resaltar que, el 52% de las parejas de estas personas, conocen la actividad a la cual se dedican, ejercicio de la prostitución. Lo anterior puede ser la causante de dificultades en la relación, debida a la estigmatización de la actividad, además pueden ser objeto posibles eventos de violencia o maltrato si se llega a conocer.

Con relación a la edad de inicio en el ejercicio de la prostitución, se encuentra que de uno de cada cuatro casos se da en menores de edad (25.1%), antes de los 15 años el 7.6%, entre los 15 y 17 un 17.5%, entre los 18 y 25 años, entre los 17.4% se da entre los 26 y 35 años. Respecto, a la información refiere el peso que ejerce la explotación sexual comercial en niños niñas y adolescentes de edad en este evento.

En cuanto a los casos referidos a menores de edad con ejercicio de prostitución, se encuentra que la explotación sexual comercial en el país aún persiste. El perfil de los niños y niñas que son utilizados para este trabajo, según la UNICEF, a menudo provienen de contextos en los que predominan las desventajas socioeconómicas. Pertenecen a minorías étnicas, comunidades desplazadas y otros grupos marginados socialmente. Pueden haber sufrido violencia física y emocional. Con frecuencia son “niños de la calle” y huérfanos del SIDA.

En cuanto al uso de Sustancias psicoactivas para el ejercicio, se encuentra que el 55.1% de los casos refieren el uso de algún tipo de SPA, uso que va disminuyendo dependiendo la edad, entre los 14 y 26 años consume un 60.1%,

entre los 27 y 45 un 53.4% y después de los 45 el dato se reduce levemente a un 46.8%. Como principal motivo para el uso de estas sustancias, se relaciona con mismo ejercicio de la prostitución, seguido por familia amigos u otros con un 18.5%, por la familia o distracción aportan el 6.4% y 6.1% respectivamente.

Respecto a la información sobre población que ejerce la prostitución residente en la localidad de Ciudad Bolívar, se ubica en el 4° lugar en el distrito con un 8.3% superado por Mártires (18.3%), Kennedy (10.3%) y Rafael Uribe Uribe (8.7%).

En cuanto la edad, llama la atención que la localidad de Ciudad Bolívar es una de las que aporta más jóvenes de 14 a 26 años con un 8.8 %, solamente superado por mártires (18.8%), Kennedy (10.1%), Usme (9.3%) y Rafael Uribe Uribe (9.0%).

En cuanto al lugar en que se ejerce la prostitución, la localidad de Ciudad Bolívar aporta el 0.4%, del dato, lejano de primeras 5 localidades, Mártires (25.6%), Santa Fe (15.8%), Kennedy (12.0%), Barrios Unidos (6.2%) y Chapinero (6.1%), ubicándolo en las ultimas 3 localidades del distrito.

En cuanto las edades de las personas que ejercen en Ciudad Bolívar se dan en mayor proporción en personas jóvenes de 27 a 45 años de edad con relación al lugar donde se ejerce esta práctica 87.5% lo realiza en establecimiento y el 12.5 en la calle. En esta localidad durante el ejercicio de la prostitución el 50% refiere haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyente abuso policial y en menor medida violencia física.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC a través del programa territorios Saludables entre el Periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 25 personas en ejercicio de la prostitución en la localidad de Ciudad Bolívar,

En cuanto el sexo, en la localidad se identificó 6 casos de personas de sexo masculino en ejercicio de la prostitución, dato que representa el 3.2% del total de casos, dato distante al observando en localidades como Chapinero, Santa Fe, y Barrios Unidos donde el porcentaje de sexo masculino rodea el 10% y en especial con Los Mártires con un 27%.

Con relación a los cursos de vida, se encontraron 2 persona menor de edad específicamente entre los 6 y 13 años de edad, adultez con 14 casos, juventud con 7 casos y persona mayor con 2 casos. Por último, en cuanto a la escolaridad y aseguramiento se observa en primera instancia que la mayor proporción de casos de personas en ejercicio de la prostitución cuentan con educación secundaria (88.7%) y primaria (6.6%). Con relación al aseguramiento, se observa que en el régimen subsidiado con 14 personas, 5 en contributivo y 1 sin aseguramiento.

Relación de Población y Territorio población en ejercicio de la Prostitución, Localidad de Ciudad Bolívar Subred Sur.

A través de las acciones de Espacio Público de la subred sur, se ha realizado ejercicios de caracterización, contacto y atención de personas que ejercen la prostitución en la localidad. Identificándose 3 establecimientos dedicados al ejercicio de la prostitución en la UPZ 2 Ismael Perdomo y 1 en la UPZ Lucero, los cuales funcionan únicamente los fines de semana, en estos lugares trabajan alrededor de 15 a 20 personas por establecimiento.

En el ejercicio de la prostitución se identifica riesgos muy ligados a la actividad, violencia física, abuso sexual y abuso policial, según información suministrada por la Secretaría Distrital de la Mujer. Sin embargo, existen otras violencias como la verbal, trata de mujeres, económicas y discriminación. Todas ejercidas principalmente por los dueños de los establecimientos, fuerza pública pero principalmente clientes.

Los establecimientos identificados y en los cuales se ejerce la prostitución en la UPZ Ismael Perdomo, se caracteriza por estar ubicada en zona limítrofe de la ciudad. La ubicación de estos lugares se da en cercanías a parqueaderos y paradas de las personas que se dedican al transporte de carga pesada, “camioneros”, quienes tal vez en sus jornadas de descanso al entrar a Bogotá, hacen uso de dichos lugares.

La comunidad cercana a estos lugares, aunque están en desacuerdo con estos establecimientos, indican que han realizado peticiones para el cierre, pero que aún no han logrado dicho proceso.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población en ejercicio de la prostitución

La calidad de vida de las personas que ejercen la prostitución se realiza desde el análisis de las diferentes barreras de acceso que se han identificado al acceder a los servicios de salud.

En unidad de análisis sobre el tema, las barreras de acceso que encuentran estas personas son las mismas que se presentan en la población que no ejerce este ejercicio. Desde los diferentes espacios de intervención de la subred sur, se encontró que un número importante de personas que ejercen la prostitución no cuentan con SISBEN, por lo que no pueden acceder a una EAPB subsidiada. Esta situación se encuentra relacionada con la migración a la ciudad, algunas mujeres que llegan a Bogotá a ejercer la prostitución, no hacen la desafiliación al SGSSS de su ciudad o municipio de procedencia por lo que al tratar de acceder en la

ciudad se le dificulta por la portabilidad que en ocasiones no realizan los entes territoriales.

No se encuentra información respecto a los ingresos de las mujeres o los hombres que se dedican al ejercicio. Sin embargo, desde el empirismo se infiere que los ingresos no son fijos y dependen de la forma en la que se ejerce, en calle o en establecimiento y, el estrato o la ubicación en la que se lleva a cabo la oferta del servicio.

Mientras que las personas que ejercen la prostitución en la localidad cobran en promedio 50.000 y 80.000 mil pesos, en el norte se cobra en promedio 120.000 y 200.000 mil pesos. Aunque este valor no es ganancia neta para la persona que presta el servicio pues se debe restar los gastos de administración, pieza y proxeneta. Por lo tanto, el ingreso de estas personas es reducido y destinado a suplir sus necesidades y las de su familia.

Lo anterior agrava de alguna forma la situación de salud de estas personas, pues al no contar afiliación al SGSSS subsidiada, sus ingresos reducen las posibilidades de acceder a otros servicios. Encontrándose que en los casos que resultan reactivos en VIH o Sífilis en algunos casos no son tratados por los elevados costos de los tratamientos y los profesionales de los espacios al activar la ruta, se cuenta con la apertura y motivación de la usuaria en asistir a las consultas, encontrándose que algunas tampoco quieren acceder a los servicios de salud.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud de la población en ejercicio de la prostitución

Al revisar los diferentes subsistemas de notificación en salud pública no se cuenta con información de población en ejercicio de prostitución para los años 2013, 2014 y 2015. Para el año 2016 en SISVECOS se notificó un caso de conducta suicida en población en ejercicio de prostitución, se presentó en mujer de 25 años de edad y el tipo de conducta fue ideación suicida.

6.7. Caracterización Población Recicladora, Localidad Ciudad Bolívar, Subred Sur

Según la Sentencia C - 793/09, Los recicladores informales constituyen un grupo social que, como alternativa de supervivencia, se dedica al reciclaje de basuras, en condiciones de marginamiento y discriminación, razón por la cual el Estado no solamente está obligado a adoptar las acciones positivas que sean necesarias para ayudarles a superar la condición de exclusión social en la que viven, sino que debe abstenerse de adoptar medidas que, aunque con carácter general y

abstracto, pretendan impulsar finalidades constitucionalmente legítimas, tengan un impacto desproporcionado sobre la actividad que como medio de subsistencia, realizan los recicladores informales, sin ofrecerles de manera simultánea alternativas adecuadas de ingreso.

Para el análisis de este grupo poblacional se contó como fuente información las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a través del Programa Territorios Saludables entre el Periodo Julio 2012 a Junio 2016 y el informe de caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizado en 2014, a partir del análisis de datos del Censo 2012 de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos –UAESP- y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas –UDFJC.

Contexto Demográfico

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a través del Programa Territorios Saludables entre el Periodo Julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 347 personas de la población recicladora en la localidad de Ciudad Bolívar lo que la ubica en el tercer lugar con un 14% de las 2522 personas caracterizadas en el distrito capital. En cuanto el sexo, en la localidad de Ciudad Bolívar se observa que el 53% de la población recicladora, se encuentra representada por el sexo mujer, situación que es similar en localidades como San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Kennedy, Rafael Uribe y Engativa, donde el porcentaje de sexo mujer rodea el 54% y en especial Suba con un 68%.

Estos 347 casos fueron recolectados durante el período en mención, evidenciando que para los años 2013 y 2014, se registraron 4 y 1 caso respectivamente, y la mayoría de información se recolectó durante el año 2015 (134 casos, 38%), seguido por el año 2016 donde se registró el 34% (121 casos).

Este comportamiento es similar entre las localidades de Ciudad Bolívar, Kenney y los Mártires, donde dichos sectores registraron un mayor número de este tipo de población en contraste con las demás localidades, hecho posiblemente relacionado con las características de los sectores, como ubicación de zonas de tolerancia legales o ilegales, así como la presencia de industrias.

Con relación a los cursos de vida, la distribución de casos registra que el 31,5% de estos son menores de 1 año y el 15,7% se encuentra en el curso de primera infancia (de 1 a 5 años), adolescencia (de 14 a 17 años), juventud (de 18 a 26 años) y vejez (de 60 años y más); comportamiento que difiere de las demás localidades, debido a que el mayor porcentaje de casos detectados se distribuyen

en los cursos de vida adultez y juventud, en localidades como Mártires, Santa Fe, Ciudad Bolívar y Kennedy.

Con respecto al nivel educativo se observa que el mayor porcentaje de la población presenta primaria, con el 68%, seguido del nivel educativo secundaria, con el 24%; por otro lado el régimen de aseguramiento que presenta el mayor porcentaje es el subsidiado con el 46,1%, seguido del contributivo con el 34,6%.

Relación de Población y Territorio Población Recicladora, Localidad de Ciudad Bolívar.

De acuerdo con el informe de caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizado en 2014, a partir del análisis de datos del Censo 2012 de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos –UAESP- y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas –UDFJC-, en la localidad de Ciudad Bolívar se identificaron 2131 recicladores de oficio, que corresponden al 15,5% de los 13771 recicladores identificados en Bogotá, siendo la localidad con mayor número, seguido de las localidades de Kennedy (2018), Suba (1348), Bosa (1110), Engativá (896) y Santa Fe (782).(20)

Del total de recicladores de oficio identificados, 2115 indicaron el barrio de residencia, ubicándose en 152 barrios de la localidad. El barrio con mayor número de habitantes con población recicladora es Jerusalem Sector Paraíso con el 6,9% (n 145), seguido de San Francisco 5,6% (n 118), Arborizadora Alta 5,4% (n 115), Bella Flor 5,1 (n 107) y Juan Pablo II 3,1% (n 65). Respecto al lugar de procedencia de la población recicladora de Bogotá, el 53,93% manifiestan haber nacido en Bogotá, 11,14% en municipios de Cundinamarca, 8,03% en Boyacá, 6,06% en el Tolima y 3,14 en Santander.(20)

De acuerdo con la base de datos de la UAESP con corte a mayo de 2016, en Ciudad Bolívar se localizan dos Organizaciones de Recicladores ORAs en la UPZ Lucero, las cuales son “formas asociativas integradas en orden superior al 90% por recicladores de oficio, habilitada por la UAESP y autorizada por la Superintendencia de Servicios Públicos para la prestación del servicio de recolección y transporte del material potencialmente reciclable y reutilizable (MPRR)”. (21)

Ahora bien, la localidad de Ciudad Bolívar cuenta con número importante de personas que se dedican a la labor de reciclaje, debido a las condiciones económicas y sociales de las familias. En algunos casos se ha encontrado que esta labor se ha transmitido de generación en generación.

El ejercicio del reciclaje o recuperación de material, es una fuente importante del trabajo informal, pues se ha encontrado que hombres, mujeres y niños, se gana la

vida recogiendo, separando y vendiendo “desechos o basura” de las viviendas. Se puede encontrar que las personas realizan esta labor en diferentes contextos, recopilando basura de en andenes fuera de casas y fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura.

Según **Gómez, 2003**, una parte importante de recicladores percibía un ingreso diario de \$ 5.640 (2 dólares) por día o menos, ubicando a la población en la línea de pobreza o en la línea de miseria, se ha encontrado también que una parte importante se encuentran afiliados a servicios de salud con régimen subsidiado y otros sin aseguramiento.

Entre las principales problemáticas que se encuentran entre la población recicladora está a exposiciones a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol), exposición a residuos peligrosos, incluyendo sustancias tóxicas como el plomo y el asbesto, así como sangre, materia fecal, cadáveres de animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado, también se exponen a enfermedades transmitidas por parásitos, moscas y mosquitos. Además con el esta labor y sin el uso de protección se ha encontrado que, estas personas sufren en especial de dolor de espalda y extremidades, irritación de la piel y erupciones y con alto riesgo específico a contraer tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, disentería y parásitos. Por lo que se debe contemplar que las personas al dedicarse a una labor que de alguna forma contribuye a la economía del hogar, se exponen a riesgos para la salud que puede causar la muerte sino se realiza con las precauciones del caso.

Ahora bien, se debe hacer una distinción entre las personas que se dedican a esta labor, pues se encuentran los recicladores de oficio, los cuales hacen esto para ganar el sustento del hogar y se encuentran afiliados a una organización que los agremia, capacita y de alguna forma busca contribuir a buscar mejorar las condiciones de la labor. También se encuentran los habitantes de calle, que realizan reciclaje con el fin de lograr ganar algo de dinero para adquirir sustancias psicoactivas.

Por último, se debe destacar que en las zonas en las cuales se ubican y se encuentran gran parte de las personas dedicadas a la recuperación de material, son zonas con alta vulneración social, falta de oferta educativa y productiva. Además son zonas en las cuales han instalado grandes bodegas en las cuales se les compra el material reciclado.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población Recicladora

Las personas que se dedican al ejercicio de recuperación de material denominado “basura”, son llamados recicladores. Esta labor es una fuente importante de trabajo informal en la localidad, la cual se realiza en diferentes contextos, andenes fuera de casas, fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura.

El ingreso que perciben estas personas oscila entre los 5000 y 700 mil pesos diarios o menos, ubicando a la población en la línea de pobreza o en la línea de miseria, se ha encontrado también que una parte importante se encuentran afiliados a servicios de salud con régimen subsidiado y otros sin aseguramiento.

Entre las principales problemáticas que se encuentran entre la población recicladora está a exposiciones a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol), exposición a residuos peligrosos, incluyendo sustancias tóxicas como el plomo y el asbesto, así como sangre, materia fecal, cadáveres de animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado, también se exponen a enfermedades transmitidas por parásitos, moscas y mosquitos.

Además con el esta labor y sin el uso de protección se ha encontrado que, estas personas sufren en especial de dolor de espalda y extremidades, irritación de la piel y erupciones y con alto riesgo específico a contraer tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, disentería y parásitos. Por lo que se debe contemplar que las personas al dedicarse a una labor que de alguna forma contribuye a la economía del hogar, se exponen a riesgos para la salud que puede causar la muerte sino se realiza con las precauciones del caso.

Ahora bien, se debe hacer una distinción entre las personas que se dedican a esta labor, pues se encuentran los recicladores de oficio, los cuales hacen esto para ganar el sustento del hogar y se encuentran afiliados a una organización que los agremia, capacita y de alguna forma busca contribuir a buscar mejorar las condiciones de la labor. También se encuentran los habitantes de calle, que realizan reciclaje con el fin de lograr ganar algo de dinero para adquirir sustancias psicoactivas. Por último, se debe destacar que en las zonas en las cuales se ubican y se encuentran gran parte de las personas dedicadas a la recuperación de material, son zonas con alta vulneración social, falta de oferta educativa y productiva. Además son zonas en las cuales han instalado grandes bodegas en las cuales se les compra el material reciclado.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud de la población Recicladora (falta)

CONCLUSIONES

El análisis de calidad de vida y salud de las poblaciones diferenciales, es el resultado de la obtención de información en unidades de análisis con las referentes de Gobernanza 1, quienes a través del posicionamiento de las políticas públicas enfocadas a la atención de poblaciones diferenciales y de temas centrales en la agenda pública.

Las barreras en acceso a la salud es la principal problemática que se encuentra en las poblaciones diferenciales de nuestras localidades, en las barreras administrativas se encuentra la no aplicación de la norma, normal 1683 de 2013, la cual dispone las reglas para operacionalizar la portabilidad entre entes territoriales. Sin embargo, se encuentra que algunas de las EAPB dificultan el traslado de sus afiliados a su nueva zona de origen.

Entre las barreras administrativas, también se identifican la dificultad de acceso a citas con especialistas, pero en algunos casos las USS no cuentan con este servicio o la agenda cuenta con disponibilidad de meses.

En cuanto a la población recicladora se tiene que hay renuencia para acceder a los servicios de salud, debido a la discriminación de la cual han sido objeto. Por lo cual es necesario humanizar los servicios en las USS

En cuanto a la población LGBTI se encuentra que las barreras de acceso también son diversas, en tanto que esta población presenta necesidades particulares. Por un lado, se tiene dificultad de acceso a los tratamientos hormonales y otros en tratamientos de remoción de cuerpos extraños (en los casos de aplicación de silicona en senos y glúteos).

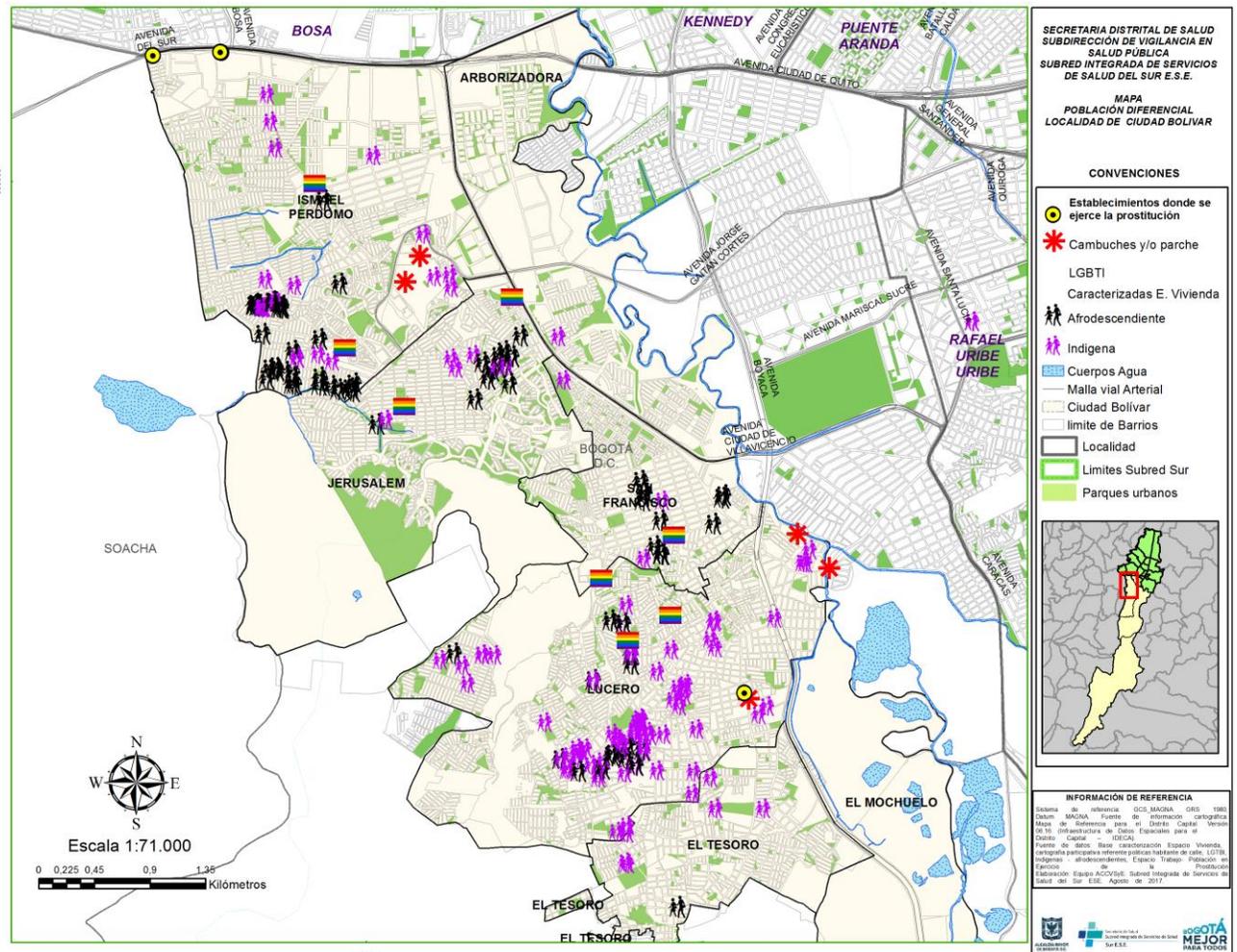
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría Distrital de Salud. CAPÍTULO IV - análisis diferencial (version final) Lineamiento Técnicos.
2. Ley 1448 De 2011. 2013;2011(Junio 10).
3. Colombia. Ministerio de Cultura. Siona, La gente del rio de la Caña Brava. Siona, la gente del río la Caña Brava [Internet]. 2005;(18000):1–14. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización del pueblo Siona.pdf>
4. Colombia. Ministerio de Cultura. Los Kichwa, de la tierra de la canela. Awá Kuaiker, gente la montaña [Internet]. 2010;(18000):1–11. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización del pueblo Awa.pdf>
5. Interior M del. Plan de salvaguada étnica del pueblo Pijao. 2010;1–46.
6. Colombia. Ministerio de Cultura. Wounaan, tejedores de redes. Awá Kuaiker, gente la montaña [Internet]. 2010;(18000):1–11. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización del pueblo Awa.pdf>
7. ICBF IC de BF-. diagnóstico situacional de la etnica pijao. 2010;
8. EPSI E promotora de SI-. Pijaos Salud EPSI Medicina Ancestral.
9. Cardona-Arias J. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2012;14(4):630–43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08>
10. Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. Los Pueblos Indígenas – Tierras, Territorios y Recursos Naturales. 2007; Available from: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/6_session_factsheet1_es.pdf
11. ACNUR. Comunidades indigenas en Colombia. 2011;
12. DANE. Colombia una nación multicultural, su diversidad etnica. 2007;
13. Hospital Vista Hermosa I nivel. AjusteASISDiferencialFase Exploratoria_CBolivar_26Abril2016-1. 2015.
14. Social AB_ T. Indígenas y afrocolombianos en situación de desplazamiento en Bogotá _.
15. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica /Public Heal [Internet]. 2005;17(5/6):353–61. Available from: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/371>
16. Observatorio Distrital de Víctimas. Comportamiento de hechos victimizantes eclarados en Bogotá entre 1985-2015. 2015;

17. Observatorio Distrital de Víctimas. Estado del Arte del Monitoreo y la Observancia de los Derechos de las Víctimas del Conflicto Armado Interno. 2015;
18. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). VI censo habitantes de calle. 2011.
19. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D . C . 2015;
20. UAESP, Castro. Informe “ Caracterización de la población recicladora de oficio en Informe “ Caracterización de la población recicladora de oficio en. 2012;257. Available from: www.uaesp.gov.co
21. Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos UAESP. Base de Recicladores UAESP por UPZ. 2014.

Anexo

Mapa 3 Mapa Ubicación población Diferencial Localidad Ciudad Bolívar



Fuente: Base caracterización espacio vivienda, cartografía participativa referente políticas habitante de calle, LGBTI, Indígenas, Afrodescendiente, Espacio de Trabajo Agosto 2017.

Traversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
 Código postal:
 Tel.:4853551 -4853574
 www.subredsur.gov.co